

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 23. juni 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste

SAK 40/2016 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 16. juni 2016

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 5/2016
Dato møte:	23. juni 2016
Møtetid:	Klokken 8.00 - 12.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, seminarrom 1 og 2.

40/2016	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
41/2016	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 28.april og 26. mai 2016
42/2016	Orientering:	Revisjon av OUS sitt tiltaksarbeid etter konsernrevisjoner
43/2016	Beslutning:	Ledelsens gjennomgang første tertial 2016
44/2016	Orientering:	Rapport per mai 2016
45/2016	Beslutning:	Gjennomføring av budsjett 2016
46/2016	Orientering:	Økonomisk langtidsplan 2017-2020 og budsjett 2017
47/2016	Beslutning:	Møteplan for 2017
48/2016	Orientering:	Plan for styrets arbeid
49/2016	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

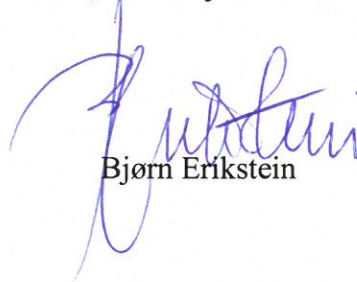
Dato møte: 23. juni 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 28. april og 26. mai 2016

**SAK 41/2016 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 28. APRIL OG 26. MAI 2016**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 28.april og 26. mai 2016.

Oslo, den 16. juni 2016



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	28. april 2016
Dato møte:	28. april 2016 kl 8.00 – 13.15 på Radiumhospitalet, Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Bjørg Månnum Andersson (forlot møtet etter sak 30/2016), Berit Kjøll, Aasmund Magnus Bredeli, Else Lise Skjæret-Larsen; Ole Petter Ottersen, Svein Erik Urstrømmen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Terje Rootwelt, Tove Strand, Erlend Smeland, Morten Meyer, Sølvi Andersen, Annelene Svingen m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra brukerutvalget og publikum

Sak 24/2016 Godkjenning av innkalling og sakliste

Svein Erik Urstrømmen meldte en sak til eventuelt.

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 25/2016 Godkjenning av protokoll

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 17. mars 2016.

Sak 26/2016 Rapport per mars 2016

Vedtak:

1. Styret konstaterer at driftssituasjonen hittil i år viser en betydelig risiko for et negativt resultatavvik i 2016 og er usikker på om de iverksatte tiltakene gir tilstrekkelig økonomisk effekt for å kunne unngå dette. Styret ber derfor administrerende direktør vurdere ytterligere tiltak for å redusere kostnadene.
2. Styret ber direktør særskilt vurdere og gjennomføre tiltak som reduserer kostnadene innefor stab- og støttefunksjoner, bemanning og rekruttering, drift av sengeposter, overtid og innleie. I tillegg ber styret administrerende direktør vurdere ekstraordinære tiltak for 2016 innenfor områder som ikke direkte er knyttet til pasientbehandlingen slik som kurs, reiser, permisjoner og andre anskaffelser. Styret ber videre administrerende direktør gjennomføre tiltak for å sikre helseforetakets inntekter. Styret forventer samtidig at tiltak raskt blir innført slik at de kan få effekt for virksomheten så raskt som mulig.
3. Styret ber om å bli orientert om status for gjennomføringen av tiltakene på ekstraordinært telefonstyremøte 26. mai.
4. Styret ber videre om en mer omfattende orientering om gjennomføring og effekt av planene til styremøtet den 23. juni.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Aasmund Magnus Bredeli og Else Lise Skjæret-Larsen ønsket følgende ført til protokollen i forbindelse med sak 26/2016:

”Styrerepresentantene Else Lise Skjæret, Aasmund Bredeli og Svein Erik Urstrømmen stemte mot alternativt forslag til vedtak i styresak 26/2016. Forslaget ble fremlagt av styreleder i møtet. Vi mener administrasjonen gjennom sin presentasjon redegjorde for situasjonen og arbeidet med tiltak på en god måte, og at saken derfor kan tas til orientering i tråd med opprinnelig vedtakstekst. Det alternative forslaget innebærer etter vår oppfatning for stor grad av detaljstyring fra styrets side, og dermed en begrensning av foretakets handlingsrom. Det alternative forslaget har heller ikke fokus på mulige konsekvenser av ytterligere tiltak.”

Sak 27/2016 Økonomisk langtidsplan 2017-2020

Protokoll fra drøftingsmøte 27. april 2016 ble delt ut i møtet.

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 nødvendige investeringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr.

3. Styret konstaterer at det fortsatt er en betydelig utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en bærekraftig økonomisk utvikling de neste årene. Styret ber administrerende direktør om å forberede en sak til styremøtet 23. juni der arbeidet med effektivisering av driften konkretiseres ytterligere.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Aasmund Magnus Bredeli og Else Lise Skjæret-Larsen ønsket følgende ført til protokollen i forbindelse med sak 27/2016:

”Styrerepresentantene Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen og Aasmund Magnus Bredeli er bekymret for sykehusets forutsetninger til å levere et resultat i henhold til økonomisk langtidsplan 2017-2020. Til tross for reduserte resultatmål i perioden 2017-2020 synes virksomheten å være underfinansiert med hensyn til drifts- og investeringsmidler og vi vil påpeke nødvendigheten av at det jobbes videre med å sannsynliggjøre dette overfor eier. I det videre arbeidet med konkretisering av effektiviseringstiltak av driften forutsetter vi at det utarbeides konsekvensvurderinger av tiltakene og at arbeidstagerorganisasjonene involveres i dette arbeidet.”

Sak 28/2016 Idéfase Oslo universitetssykehus HF, oppfølging av risiko

Vedtak:

1. Styret tar rapportene om risiko- og sårbarhetsanalyse og øvrig oppfølging av risiko i arbeidet med idéfase til orientering.
2. Styret ber om at rapportene om risiko og sårbarhet oversendes Helse Sør-Øst RHF som del av grunnlagsdokumentasjonen for idéfasearbeidet.

Sak 29/2016 Internrevisjonsplan 2016-2017 Oslo universitetssykehus

Vedtak:

Styret tar forslag til revisjonsplan for 2016-2017 for Oslo universitetssykehus til etterretning.

Sak 30/2016 Arbeidsmiljørapport 2015

Vedtak:

Styret tar redegjørelse om Arbeidsmiljøårsrapport 2015 til orientering.

Sak 31/2016 Presentasjon av forskningsstrategi 2016-2020

Vedtak:

Styret tar saken til orientering

Sak 32/2016 Presentasjon om innovasjon i Oslo universitetssykehus

Vedtak:

Styret tar saken til orientering

Sak 33/2016 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 34/2016 Administrerende direktørs orienteringer

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 35/2016 Eventuelt

Styremedlem Svein Erik Urstrømmen tok opp hvilket ansvar styret i Oslo universitetssykehus HF har for vedtak i datterselskap.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Berit Kjøll

Björg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	26. mai 2016
Dato møte:	26. mai 2016 kl 9.00 – 10.20 på Ullevål sykehus, Oslo og per telefon
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Stener Kvinnsland, Bjørg Månnum Andersson, Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen

Tilstede på per telefon: Anne Carine Tanum, Berit Kjøll, Ole Petter Ottersen, Aasmund Magnus Bredeli

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Terje Rootwelt, Morten Meyer, Sølvi Andersen, Børge Einrem m.fl.

Tilstede ellers: observatør fra brukerutvalget og publikum

Sak 36/2016 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 37/2016 Rapport per april 2016

Vedtak:

Styret tar rapportering per april til orientering.

Sak 38/2016 Tiltak for gjennomføring av budsjett 2016

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 39/2016 Administrerende direktørs orienteringer

Regjeringen har vedtatt at Området rettsmedisinske fag i Folkehelseinstituttet skal virksomhetsoverdras til Oslo universitetssykehus HF fra 1. januar 2017.

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland
styreleder

Anne Carine Tanum
nestleder

Berit Kjøll

Bjørg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 23. juni 2016

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

**SAK 42/2016 KONERNREVISJONEN VARSLER REVISJON AV
TILTAKSARBEID ETTER REVISJONER UTFØRT AV
KONERNREVISJONEN**

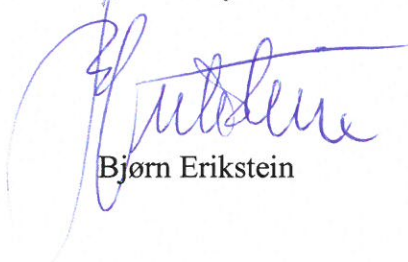
Konernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF i revisjonsplan 2016 til 2017 satt opp revisjon av tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konernrevisjonen i Oslo universitetssykehus HF.

Styret i Oslo universitetssykehus vil bli inkludert i revisjonen. Konernrevisjonen vil derfor orientere kort om revisjonen i styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 16. juni 2016



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 23. juni 2016

Saksbehandler: Kst direktør for pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg:

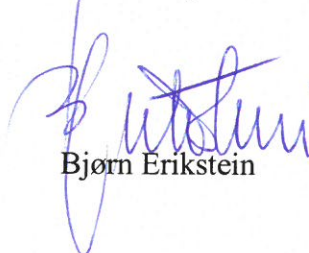
1. Risikovurdering med tiltaksplaner etter 1. tertial 2016
2. Utvalgte områder og kommentarer fra 1. tertial 2016
3. Kvalitetssystemet

SAK 43/2016 LEDELSENS GJENNOMGANG 1. TERTIAL 2016

Forslag til vedtak:

Styret tar ledelsens gjennomgang fra 1. tertial 2016 til etterretning.

Oslo, den 16. juni 2016



Bjørn Erikstein

Sammendrag

Tertialmøter med Ledelsens gjennomgang er holdt i alle klinikker etter 1. tertial 2016. Ledelsens gjennomgang må ses i sammenheng med de månedlig resultatrapporteringene til styret.

Administrerende direktørs vurderinger og anbefalinger

Risikovurderinger og risikostyring inngår i helseforetakets virksomhetsstyring og systematiseres gjennom arbeidet med risikoanalyser i alle deler av organisasjonen. Risikovurderingen 1. tertial er en hovedgjennomgang med utgangspunkt i oppdragsdokumentet fra Helse Sør-Øst RHF, handlingsplanen som blant annet knytter seg til helseforetakets strategi og internt initierte satsninger.

Prosessen starter på avdelingsnivå og er videreført på klinikk- og foretaksnivå. I forbindelse med risikokartleggingen gjøres effektvurderinger av tiltakene fra forrige tertial. Oppsummert risikoanalyse er bearbeidet i direktørens stab med innspill fra hovedverneombud, tillitsvalgte og sentralt Arbeidsmiljøutvalg før endelig behandling i helseforetakets ledergruppe.

Det er uønsket risiko knyttet til deler av foretakets infrastruktur som bygg etc. Det er ressurskrevende og tar tid å utbedre dette med varig effekt. Det er derfor gledelig å registrere kontroll og fremgang innen enkelte risikoelementer. Selv om helseforetaket har relativ høy risiko på enkelte områder, er vurderingen at den omfattende prosessen som gjennomføres bidrar til å sikre god styring og kontroll.

Vedlegg 1 Risikovurdering – 1. tertial 2016Tar utgangspunkt i pasientens perspektiv – (pasientbehandlingen)

Risiko knyttet til pasientbehandlingen har stor oppmerksomhet og det gjennomføres mange tiltak for å redusere risiko. Det er gledelig å kunne melde at faren for fristbrudd og lange ventetider er redusert betydelig både for eksternt og internt ventende. Som tiltakslisten viser er det satset bredt på ulike tiltak og virkemidler for å få kontroll. Sentrale virkemidler har vært bedre opplæring, tiltak for økt aktivitet og pålitelige data tatt opp i ledermøte hver uke. Antall fristbrudd og langtidsventende ligger nå på et relativt lavt nivå, men vil fortsatt ha oppmerksomhet både på grunn av ferieavviklingen og for å bedre resultatene ytterligere.

Sykehusets IKT-system DIPS har gitt forventede forbedringer. Det er fortsatt en utfordring for radiologi at helseforetaket har to separate system. Det samme er tilfelle for laboratoriene som har mange systemer. Det er fortsatt store utfordringer med å få etablert sømløse IKT-systemer innen sykehus og mellom sykehus, avtalespesialister og kommunetjenesten.

Samhandlingsoverlege og praksiskonsulent bidrar positivt til å forsterke samhandlingen med kommunetjenesten, og det er ny giv i satsningen mot fastleger og kommunen.

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Sykehuset har fortsatt en stor arbeidsmiljøutfordring på grunn av bygningsmassens tekniske standard og plassforhold. Både Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har gitt pålegg om tiltak. Det er etablert tiltaksplaner fram til 2019 for gjennomføring av de 150 gjenstående arbeidsmiljøtiltakene.

I løpet av første tertial 2016 er det meldt 1659 HMS-avvik. Det er en økning fra 3. tertial 2015. En ser at meldekulturen i klinikkene varierer, størst økning viser fysisk arbeidsmiljø, vold/trusler/utagerende adferd, smittevern og psykososialt arbeidsmiljø. Klinikk for psykisk helse og avhengighet registrerer flest HMS-avvik og vold, trusler og utagerende adferd er hyppig meldt. Det er også meldt tilsvarende saker fra Prehospital klinikk, Akuttklinikken, Medisinsk klinikk, Nevroklinikken, Ortopedisk klinikk og Oslo sykehusservice. Økning av vold og trusler ser ut til å være en klar tendens som må håndteres i det forebyggende HMS-arbeidet. Til tross for økningen i innrapporterte saker i perioden, har likevel skadefrekvensen gått ned i samme tertial. Dette er et godt eksempel på at meldefrekvens ikke nødvendigvis betyr økt risikonivå. Tvert om kan det bety at arbeidsplassen er blitt tryggere fordi man jobber systematisk med å forbedre HMS-forholdene.

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

Det pågår et omfattende arbeid for å forbedre IKT-situasjonen for forskere, både i regi av Oslo universitetssykehus HF, Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF. Risikobildet vil ikke reduseres før systemer er implementert. Det er fortsatt like utfordrende å avsette tid og ressurser til kliniske studier, utdanning og innovasjon kombinert med klinisk virksomhet. Eier stiller i oppdragsdokumentet særskilte krav til forbedret infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier og innovasjoner. Prioritering av området er fremhevet i budsjettskriv til klinikkene, Handlingsplan 2016 og i ny forskningsstrategi. Kravene er særskilt fulgt opp i ledelsens gjennomgang med klinikkene. Det arbeides med samarbeidsløsninger om innovasjoner med Oslo kommune, men foreløpig er finansiering uavklart.

Den nye ordningen for spesialistutdanning av leger tegner til å bli krevende for helseforetaket og følges tett på av utdanningsseksjonen. Det er fortsatt stor mangel på spesialsykepleiere innen flere fagområder.

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør –(økonomi og infrastruktur)

Aktiviteten 1. tertial var på rapporteringstidspunktet lavere enn budsjettet, men har i rapporteringen fra NPR vist seg å være bedre enn først antatt. Kostnadsnivået var høyere enn budsjettet både for lønns-, vare- og andre driftskostnader. Det er risiko for at helseforetakets økonomiske resultat avviker negativt fra styringsmålet. I ekstraordinært styremøte 26. mai ble styret orientert om ulike tiltak eksempelvis reduksjon i kurs/reiseutgifter, anskaffelser og ledighold av stillinger for å bedre det økonomiske resultatet.

Investeringsgraden for fornying av medisinsk teknisk utstyr bekymrer fortsatt. Det samme gjelder tilstrekkelig rask utbedring av bygningsmassen. I behandlingen av økonomisk langtidsplan 2017 – 2020 legges det til grunn et høyere investeringsnivå for å komme ut av situasjonen. For å kunne investere i ønsket takt, er det kritisk viktig at det holdes kontroll med driftskostnadene.

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

Vedlegg 2 Ledelsens gjennomgang 1. tertial 2016

Vedleggets innhold av temaer er endret noe ved at det er valgt ut enkelte områder for nærmere presentasjon, mens andre områder først presenteres senere gjennom året.

Det er laget en tentativ plan for presentasjoner gjennom 2016 vist som her:

	T1	T2	T3	Egen sak*
Oppdrag og bestilling	X	X	X	X
Styrende dokumentasjon	X			
Kontinuerlig systematisk forbedringsarbeid og LEAN	X			
Hendelsesregistrering og avvikshåndtering	X	X	X	
Revisjoner	X	X	X	X
Tilsyn (interne og eksterne)	X		X	
Juridiske forhold				X
Beredskap				X
Brukerutvalg				X
Ungdomsråd				X
Brukertilbakemeldinger		X		
Uønskede pasienthendelser	X	X	X	
Sykehusinfeksjoner/resistens	X		X	X
Kvalitetsindikatorer og kvalitetregistre	X		X	
Sykehusobduksjoner			X	
Meldinger til Kunnskapssenteret			X	
Varslert til Statens helsetilsyn	X	X	X	
Norsk pasientskadeerstatning			X	
System for vurdering av dødsfall			X	
Pasientsikkerhetsprogrammet/Handlingsplan pasientsikkerhet	X		X	
Pasientsikkerhetsvisitter			X	
Klage og tilsynssaker	X		X	
Etikk (KEK)	X		X	
Metodevurderinger		X		
Pasientforløpsarbeidet	X	X	X	
Samhandling				X
Likeverd				X
Pasienter til behandling i utlandet				X
Pasient- og pårørendeinformasjon		X		
Internasjonalt arbeide				X
Læringstilbud til pasienter og pårørende		X		X
Barn som pårørende		X		X
Forskning		X		X
Inovasjon		X		X
Utdanning av helsepersonell			X	X
Sykehusets vernetjeneste				X
Brudd på arbeidstidsbestemmelsene	X ^(itv)			X
HMS avvik	X		X	X
Kommunikasjon og profilering				X
ROS – helseforetaket (Vedlegg 1)	X	X		
ROS – lovpålagte områder (Vedlegg 1)			X	

Tabell 1. Plan for fordeling av utvalgte områder gjennom året

*Med «egen sak» menes at innholdet presenteres gjennom administrerende direktørs orienteringer, i årsrapporter eller i egne styresaker.

Faktabeskrivelse

Helseforetaket fikk 18. februar 2016 sitt oppdrag fra eier, Helse Sør-Øst RHF. Den overordnede oppgaven for Oslo universitetssykehus HF i 2016 er å gjennomføre de lovpålagte oppgavene innen pasientbehandling, forskning, utdanning og pasientopplæring. Oppdraget skal gjennomføres innenfor det økonomiske resultatkravet.

Oppdragsdokumentets styringsmål og helseforetakets avledede resultatmål fra helseforetakets Strategi 2013 – 2018 ble deretter lagt til grunn i utviklingen av en overordnet Handlingsplan for 2016. Det samlede oppdraget med tydelige mål, tiltak og resultatindikatorer ble deretter fordelt og videreformidlet til klinikkene og stabsdirektørene for oppfølging gjennom lokale handlingsplaner. På bakgrunn av dette

oppdraget har hver klinikk og tilhørende avdelinger gjennomført en risikoanalyse med tiltaksplaner. Framdriften i arbeidet rapporteres i ordinære møter med gjennomgang av «min rapport», i oppfølgingsmøter med direktørens stab og i ledelsens gjennomgang. Ventelistedata, fristbrudd, operasjonsaktivitet, poliklinisk aktivitet og bemanning har hatt spesielt fokus. Det er en positiv utvikling med reduksjon i både eksterne og interne ventelister og færre fristbrudd. Sykehuset nærmer seg gradvis status ingen fristbrudd på flere av klinikkene.

Pakkeforløp

Etter 1. september 2015 er 14 nye pakkeforløp kommet til og det er nå totalt 28 pakkeforløp som er implementert i helseforetaket. Fokus i første tertial 2016 har vært å identifisere og følge opp aktuelle tiltak for å forbedre forløpstidene i pakkeforløpene, samt forbedre samhandlingen i pakkeforløpene internt mellom avdelinger, med fastleger og andre helseforetak.

I første tertial 2016 er 73 % (ca. 1200 pasienter) inkludert i pakkeforløp i helseforetaket. Det nasjonale målet er 70 %. Andel kreftpasienter som behandles innenfor normert forløpstid var 59 % i 2015 og har utviklet seg positivt til 63 % i første tertial. For de ulike behandlingstypene er start pakkeforløp til medisinsk behandling 73 %, start pakkeforløp til kirurgisk behandling 63 % og start pakkeforløp til strålebehandling 47 %. Innen kirurgisk behandling er det ikke tilfredsstillende forløpstider for brystkreft, prostatakreft og de gynekologiske pakkeforløpene. For strålebehandling er det pakkeforløpene livmorkreft, hjernekreft, hode-hals kreft, prostatakreft og livmorhalskreft som ikke er innenfor normert tid. Forløpsdataene gjelder pasienter som starter sin behandling i Oslo universitetssykehus HF. Pasienter i pakkeforløp mellom lokalsykehus og Oslo universitetssykehus HF har i hovedregel lengre forløpstider. Erkjennelsen av denne utfordringen gjør at pakkeforløp/forløpstider er markert med øket risiko i helseforetakets risikoanalyse.

Forløpskoordinatorene har en sentral oppgave som pasientens kontaktpunkt. Alle pakkeforløpene har nå en slik funksjon på plass, men situasjonen er sårbar blant annet i ferier fordi det foreløpig er få koordinatorene knyttet til hvert pakkeforløp. Fra 27. mai er DIPS Arena tilrettelagt med funksjonalitet som bedre støtter registreringen av pakkeforløp. Det er forventet at både registreringsrutiner og datakvaliteten i pakkeforløpene forenkles og forbedres, noe som forhåpentligvis vil avlaste forløpskoordinatorene slik at de får bedre tid til kontakt med pasientene.

De tilfredsstillende resultatene innen enkelte pakkeforløp har ført til en betydelig satsning på å forbedre effektivitet og drift i helseforetaket gjennom bedre utnyttelse av operasjonsstuer og økt operasjonskapasitet, bedre samhandling og utnyttelse av ressurser på tvers innen Avdeling for kreftbehandling, bedre MR-kapasiteten, innføre regionale MDT videokonferansemøter og flere andre tiltak.

Lean-arbeid

Alle klinikker har fått i oppdrag å utvikle forbedringsprosjekter og blir fulgt opp på dette i ledelsens gjennomgang. Sykehuset har de siste årene satset mer systematisk på kontinuerlig forbedring gjennom tilnærmingen LEAN. Formålet har vært å øke generell kompetanse hos ansatte i forbedringsmetodikk for gjennom det å kunne øke effektivitet og kvalitet i virksomheten. Initialt har fokus vært rettet på opplæring og forbedring av hverdagslige arbeidsprosesser for å utnytte alle ressurser best mulig. Etter hvert har det blitt naturlig å prøve ut metoden på mer krevende prosesser. Det er nå et arbeid på gang i pakkeforløpene for livmor- og livmorhalskreft.

Kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre

Sykehuset har i 1. tertial hatt en mer offensiv tilnærming til bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale kvalitetsregistre. I alt dreier det seg om 87 nasjonale kvalitetsindikatorer for helseforetakene hvorav 33 danner grunnlag for nasjonal kvalitetsbasert finansiering. Oslo universitetssykehus HF har overveiende gode resultater å vise til, men noen utfordringer med sammenligningsgrunnlaget. Dette gjelder eksempelvis hoftebruddspasienter og slagpasienter hvor pasientene våre kan være mer alvorlig syke og ha høyere ko-morbiditet enn de vi sammenlignes med. Det samarbeides videre med Folkehelseinstituttet om mer sofistikerte analyser som i framtid kan gi bedre sammenligningsgrunnlag.

Oslo universitetssykehus HF drifter selv 19 av de 52 nasjonale kvalitetsregistrene. 8 er knyttet til Kreftregistret og de 11 resterende er knyttet til fagmiljø i ulike klinikker. De øvrige registrene driftes av andre regionssykehus. Bruk av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre er tematisert i ulike sammenheng med ønske om å ta disse verktøyene i bruk til systematisk styring basert på faglige kriterier. Det er godt mottatt av ansatte og ledere i helseforetaket, og det planlegges videre oppfølging på feltet.

Pasientsikkerhet

I ledelsens gjennomgang med klinikkene 1. tertial har det vært en utstrakt åpenhet om kvalitet- og pasientsikkerhetslementer. Det meldes stadig flere uønskede hendelser i helseforetaket. Antallet alvorlige hendelser øker ikke tilsvarende så økningen tolkes som et utslag av at helseforetaket har en meldekultur i positiv utvikling. Kjennskap til uønskede hendelser uten alvorlig konsekvens vil i seg selv gi mulighet for å iverksette flere forebyggende, risikoreduserende tiltak som på sikt vil kunne redusere forekomsten av mer alvorlige hendelser og pasientskader. Det fremgår i vedlegg 2, både antall og kategori av uønskede pasienthendelser og andel med betydelig skade/død. Det er små variasjoner i andel registrerte saker med betydelig skade/død.

Det er rapportert klage- og tilsynssaker via pasientombudet eller Fylkesmannen, og saker hvor helseforetaket har fått brudd på lov eller forskrift er gjengitt i anonymisert kortversjon. Vi har også valgt å gjengi et knippe av saker tatt opp i Klinisk etikk komité som belyser flere av dilemmaene som helseforetaket står ovenfor i sitt daglige virke og hvor Klinisk etikk komité er til uvurderlig støtte i vanskelige avgjørelser.

Vedlegg 3 Kvalitetssystemet - vurderinger 1. tertial 2016

Nytt tema ved årets ledelsens gjennomgang er å «se i bakspeilet» på kvalitetssystemet som skal understøtte kjerneprosesser og støtteprosesser i helseforetaket. Det må vurderes om kvalitetssystemelementene er i tråd med lov og forskrift, virker hensiktsmessig, er tilstrekkelig og effektive.

Vedlikehold av kvalitetssystemet skal være en kontinuerlig prosess og ajourføring og utarbeidelse av nye prosesser og dokumenter foregår fortløpende. I tillegg bør kvalitetssystemet ha en rutinemessig gjennomgang og oppdatering om lag hvert 5 år. Det er naturlig å legge opp til en rullering mellom de ulike delene for å unngå samtidskonflikter. Oslo universitetssykehus HF har i denne omgang startet med å ta for seg temaene kvalitetspolitikk, kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg og system for informasjonssikkerhet.



Innholdsfortegnelse

1. Risikovurdering 1. tertial 2016 – beskrivelse av områder	1
Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv	1
Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt.....	2
Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon.....	3
God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør	4
2. Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling).....	5
3. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt.....	12
4. Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon (Forskning, innovasjon og utdanning)	14
6. God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi og infrastruktur)	16

1. Risikovurdering 1. tertial 2016 – beskrivelse av områder

Risikovurderinger og risikostyring er et viktig ledd i Oslo universitetssykehus sin totale virksomhetsstyring og systematiseres gjennom arbeidet med risikoanalyser i alle deler av organisasjonen.

Sykehuset har for 2016 etablert en overordnet handlingsplan med utgangspunkt i oppdragsdokumentet fra helse Sør-Øst, sykehusets strategidokument og internt initierte satsninger. Innretningen på handlingsplanen følger strategidokumentets fire tematiske områder. Alle enheter skal ha utviklet tilsvarende handlingsplaner med lokale mål, tiltak og resultatindikatorer. Det arbeides for å samordne planene for risikoreduserende tiltak med de øvrige handlingsplanene. Som et første skritt i dette arbeidet, er de fire risikoområdene gitt samme navn som hovedområdene i sykehusets strategi.

I 1. tertial gjøres en grundig vurdering av risiko med utgangspunkt i resultater forrige år, nye mål og evt. nye forutsetninger. I forbindelse med risikokartleggingen gjøres effektvurderinger av risikoreduserende tiltak fra forrige tertial. Prosessen starter på avdelingsnivå og fortsetter videre til klinikk- og sykehusnivå. Arbeidet med større forbedringstiltak på sykehusnivå tar lang tid, og mange tiltak vil derfor strekke seg over flere år. Særlig gjelder dette risiko som har sammenheng med sykehusets dårlige standard for bygg og infrastruktur.

Denne gangen ble det identifisert enkelte nye risikomomenter, men de fleste er kjent fra tidligere. Mange tiltak vil derfor være oppfølging av tiltak som har vært fastsatt i tidligere tertialer. Risikovurderingen som framvises på sykehusnivå er bearbeidet i direktørens stab og gjennomgått med hovedverneombud og tillitsvalgte.

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv (Pasientbehandling)

Risiko knyttet til pasientbehandlingen har stor oppmerksomhet, og det gjennomføres mange tiltak for å redusere risiko. Sykehuset har gjort en betydelig innsats for å redusere fristbrudd og antall langtidsventende, dels gjennom opplæring i korrekte registreringer i DIPS, dels gjennom økt aktivitet og kortere ventetid innen flere fagområder og dels gjennom etablering av bedre virksomhetsrapporter for lederne. Antall fristbrudd og langtidsventende ligger nå på et relativt lavt nivå, men vil fortsatt ha oppmerksomhet fremover for å bedre resultatene ytterligere. Sykehuset har siste år også hatt stort fokus på de interne ventelister, etter at pasienter har fått innfridd sin juridiske rett til helsehjelp. Resultatene viser jevn nedgang i antall som venter utover tentativ dato for behandling eller kontroll. Videre framover vil nye henviste og internt ventende, herunder indikatorene som knytter seg til disse, bli fulgt tettere opp. Med henblikk på håndtering av kapasitet, har sykehuset fortsatt en vedvarende utfordring knyttet til utilfredsstillende arealer.

Sykehusets nye IKT-systemer har gitt forventede forbedringer, men ulike IKT-systemer innen radiologi er ikke hensiktsmessig. Elektroniske henvisninger fra fastleger er nå stort sett etablert. Generelt er det ikke mulig å motta elektroniske henvisninger fra andre sykehus, men det pågår nå en pilot mot Vestre Viken HF. Sentralt henvisningsmottak, som mottar alle henvisninger og fordeler til de avdelingsvise henvisningsmottak, fungerer bra etter kapasitetsproblemer i vinter. Elektronisk utsending av laboratoriesvar og epikriser er et betydelig framskritt.

Pakkeforløp for kreft stiller store krav til koordinering slik at pasientene får oppleve et forløp uten unødig ventetid, kontinuitet i pasientbehandlingen og tverrfaglig samarbeid mellom avdelingene og mot andre sykehus og fastleger. Det er innført 28 pakkeforløp i sykehuset, med forløpskoordinatorer, forløpsteam og forløpsledere. Sykehuset får månedlige rapporter fra NPR og det er utviklet rapporter i sykehusets LIS. Kodingen har vært arbeidskrevende, men 27.5.16 etableres en ny pakkeforløpsmodul i DIPS Arena som vil være enklere og gi bedre oversikt og hjelp til daglig monitorering av enkeltpasienter. Sykehuset har etablert gode forløp innen mange kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft og lungekreft. Imidlertid har sykehuset større utfordringer innen andre forløp som prostatakreft, brystkreft og underlivskreft hos kvinner. I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort fortsatt kapasitetsutfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og deler av behandlingen. Det arbeides med tiltak for å bedre situasjonen. Samhandlingsoverlege og praksiskonsulent bidrar positivt til å forsterke samhandlingen med primærhelsetjenesten.

Andel sykehusinfeksjoner og infeksjoner med resistente bakterier er bekymringsfulle, og det arbeides både med presentasjon av robuste data og med handlingsplaner som skal bidra til økt fokus og forbedringstiltak. Det planlegges innført et elektronisk antibiotikastyringssystem.

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Sykehusets største fysiske arbeidsmiljøutfordringer er "bygningssmassens tekniske standard" (eksempelvis VVS-forhold og elektro) og "plassforhold". Både Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har gitt pålegg om tiltak. I perioden 2011 - 2015 er det innen arbeidsmiljøområdet gjennomført ca. 100 bygningsmessige tiltak. Det er etablert tiltaksplaner videre fram til 2019 for gjennomføring av de ca. 150 gjenstående arbeidsmiljøtiltakene. Dette dreier seg om midlertidige eller varige tiltak som vil bidra til en positiv arbeidsmiljøutvikling i et mellomlangt perspektiv. Tilsvarende planer er utarbeidet for elsikkerhet og brannvern.

Det ble meldt 1439 HMS-avvik i 2015, omtrent det samme som i 2014. Konsekvensprofilen holder seg ganske stabilt fra tertial til tertial, med ca. 15 % alvorlig reell konsekvens og ca. 40 % alvorlig potensiell konsekvens (oransje/rødt/mørkerødt). En gjennomgang av saksbehandlingen for de alvorligste avvikene viser at det jobbes seriøst med oppfølgingen av disse. Når det gjelder de moderate og mindre alvorlige avvikene er ikke oppfølgingen like god. Mange ledere har et forbedringspotensial her.

Antallet ansattskader holder seg omtrent på samme nivå i 2015 som 2014 (ca. 500). Her er det det "stikkskader" og "fysisk vold" / "trusler" som topper statistikken. Det er innført nytt sikkerhetsutstyr som skal redusere risikoen for stikkskader, men så langt viser målinger ingen tydelig effekt av dette. Ellers arbeides det med ulike tiltak innen sikkerhet for å minimalisere risiko ved vold / trusler samt skape økt bevissthet på problemstillingen i sykehuset.

Innen arbeidsmiljø er "smittevern" den største avviksgruppen. Alle aspekter meldes fra smittevernprosedyre ikke fulgt til manglende informasjon om smitte. Mange av disse avvikene omhandler også ulike nivåer av pasientsikkerhet. Disse HMS-avvikene kan derfor betegnes som "gråsoneavvik" i feltet mellom HMS-avvik og pasienthendelser.

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

I 1. tertial 2016 er det registrert 7692 brudd på bestemmelsene om arbeidstid per dag, uke, fire uker og år. Det er en nedgang på 17,7 prosent, eller 1657 brudd, sammenlignet med tilsvarende periode i 2015. For de bruddtypene som her er redegjort går antall brudd ned. Alle klinikker har vist en positiv utvikling i AML-brudd over tid.

I 2016 videreføres møter med avdelingsledere i hver klinikk slik at Direktørens HR-stab opprettholder en tett dialog med klinikkene om problemstillinger knyttet til AML-brudd. I møtene diskuteres tiltak for å unngå brudd og ev. behov for tettere oppfølging.

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

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon

(Forskning, innovasjon og utdanning)

Det pågår et arbeid for å forbedre IKT-situasjonen for forskere, både i regi av Oslo universitetssykehus, hos Sykehuspartner og i Helse Sør-Øst, som har opprettet et eget program for forskning under satsingen Digital fornying. Med unntak av de pågående infrastrukturiltakene i sykehusets egen regi, er bedre forskningssystemer foreløpig ikke implementert og risiko er inntil videre uendret.

Sykehuset har ansvar for 11 nasjonale kvalitetsregistre og er i tillegg forpliktet til å rapportere data til et stort antall registre som andre helseforetak har ansvar for. Den nasjonale dekningsgraden er fortsatt utilfredsstillende for mange registre, og det er derfor etablert noen pilotprosjekter for økt dekningsgrad. God datakvalitet krever at det avsettes tilstrekkelige kliniske ressurser til innlegging og uttrekk av data, noe flere klinikker sliter med. Det arbeides også med å få sykehusets registre over på nasjonalt foretrukne IT-løsninger. Dette medfører imidlertid betydelig økte IKT-driftsutgifter for sykehuset og registrene.

Å avsette tilstrekkelig tid og ressurser til kliniske studier, utdanning og innovasjon, kombinert med klinisk virksomhet, er fortsatt like krevende med de effektiviseringskravene klinikkene står overfor. Eier stiller i oppdrag og bestilling for 2016 særskilte krav til forbedret infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier. Det er et langsiktig arbeid å forbedre dette vesentlig. Prioritering av området er fremhevet i budsjettskriv til klinikkene for 2016, i sykehusets handlingsplan for 2016 og i ny forskningsstrategi. Kravet er også særskilt fulgt opp i Ledelsens gjennomgang for 1. tertial. Likeledes stilles det forventninger om økt innovasjonsaktivitet og en styrket infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner. Dette er synliggjort som en ny risikofaktor. Det arbeides med flere aktuelle tiltak og prosjekter, blant annet i samarbeid med Oslo kommune, men finansieringen av de aktuelle løsningene er fortsatt uavklart.

Mangelfull supervisjon og veiledning av leger i spesialisering dokumenteres i evalueringer av spesialistutdanning for leger, som viser mange problemområder ved

sykehuset. Utdanningsseksjonen følger tett opp temaet overfor klinikkene og deltar i evalueringsmøter med spesialitetskomiteer. Det er videre blitt svært krevende å gjennomføre strukturerte utdanningsløp for leger i spesialisering som skal ha gruppe 1-tjeneste ved Oslo universitetssykehus. Problemet er en konsekvens av at stillingene nå omgjøres til faste stillinger, der det må inngås avtaler med andre helseforetak om å levere en tidsbegrenset og "skreddersydd" gruppe 1-tjeneste på 1,5 års varighet. Tjenesteplanene for disse stillingene er i dag primært lagt opp etter driftsbehovet ved avdelingene, og det vil få økonomiske og driftsmessige konsekvenser å lage utdanningsløp basert på andre premisser. Det er fortsatt stor mangel på utdannede spesialsykepleiere innen flere områder, se risikobildet for pasientbehandling.

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør (Økonomi og infrastruktur)

Aktiviteten etter 1. tertial var på rapporteringstidspunktet noe lavere enn budsjettert innenfor somatikken. Senere tall (rapportering av 1. tertial til Norsk pasientregister) viser at aktiviteten var om lag som budsjettert 1. tertial. Kostnadsnivået var høyere enn budsjettert innenfor både lønns-, vare- og andre driftskostnader. Det er risiko for at sykehusets økonomiske resultat avviker negativt fra styringsmålet og styret var i møte 28. april bekymret for det økonomiske resultatet. Det ble innkalt til styremøte 26. mai der styret ble orientert om arbeidet med å finne tiltak for å bedre det økonomiske resultatet for 2016. Styret forelegges drøftede tiltaksplaner den 23. juni. Virkemidlene vil være både bedre kapasitetsutnyttelse gjennom høyere aktivitet og reduksjon av kostnader. Det vil for 2016 også være nødvendig å gjennomføre engangstiltak som ikke gir varig effekt, slik som reduksjon i kurs/reiseutgifter, anskaffelser og ledighold av stillinger.

Problemerkene med for lav investeringsgrad, mulighet til fornying av medisinsk-teknisk utstyr og utbedring av bygningsmassen er fremdeles betydelige selv om foretaket har økt investeringsnivået fra 2013. I behandlingen av økonomisk langtidsplan for årene 2017-2020 er det derfor lagt til grunn et betydelig investeringsnivå innenfor medisinsk-teknisk utstyr og bygg. For å sikre en god plan for forvaltning av bygg ble det søkt om lånefinansiering for utbedring og oppgradering av bygg for årene 2016-2019. Dette ble bevilget i budsjettproposisjonen for 2016 og lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet inngår som del av investeringsbudsjettet for 2016. Svakere resultat enn budsjettert gir fremdeles en betydelig risiko for ikke å kunne opprettholde det planlagte investeringsnivået både i inneværende år og kommende år.

Det innføres og endres løpende en rekke kliniske- og administrative systemer. Eksterne krav medfører også løpende endringer i kodeverk med mer. I tillegg er det ett meget stort antall brukere av de ulike systemene. Dette gir betydelige utfordringer i forhold til å oppnå konsistens mellom systemene, registreringer og kunne bruke alle virksomhetsdata som ett samlet ERP-system.

Det er et jevnt høyt antall kritiske feil i flere viktige IKT-applikasjoner. Dette vil først bedres når felles regionale prosjekter gjennomføres innen klinisk dokumentasjon og infrastruktur. Sykehusets hovedoperativsystem (ikke servere) gikk ut av support fra Microsoft i april 2014, og utskifting er godt i gang. Oppgradering av infrastruktur fullføres i 2016. Sykehuspartners leveranser og oppfølging i den daglige drift vurderes som uforandret fra 3.tertial 2015. Det er etablert et godt samarbeid mellom Sykehuspartner og sykehuset innenfor området kvalitet/virksomhetsstyring.

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv - risikoreduserende tiltak

Risiko	Vurderinger/ tiltak
Sykehusinfeksjoner - økende resistens-utvikling	OUS følger handlingsplan for smittevern 2014 – 2018
Forløpstider og pakkeforløp kreft	Det er i løpet av 2015 totalt implementert 28 pakkeforløp, 10 av disse ble innført fra 1. september. Det registreres forløpstider i pakkeforløpene og sykehuset får månedlige rapporter fra NPR. Det har vært arbeidet med å utvikle rapporter i sykehusets LIS for daglig monitorering. Sykehuset har etablert velfungerende forløp innen mange kreftformer, spesielt er måloppnåelsen god innen tykk- og endetarmskreft og lungekreft. Imidlertid har sykehuset større utfordringer innen andre forløp som prostatakreft, brystkreft og underlivskreft hos kvinner.
	Etablering av forløpskoordinatorer, samt etablering av tilstrekkelig utrednings- og behandlingsskapasitet, ledelse og samhandling i pakkeforløpene.
	Opplæring og monitorering av forløpstider i pakkeforløp som går på tvers av avdelinger i OUS og på tvers av sykehus.
Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	Det arbeides videre med årlige investeringer i tråd med Områdeplan for utskiftning av medisinsk teknisk utstyr.
Byggstandard	Egen vedlikeholdstiltaksplan videreføres i 2016
Legionella Radiumhospitalet/ Ullevål	Legionellasituasjonen på Radiumhospitalet er nå under kontroll, og det er ikke påvist Legionella siden oktober 2014. Det tas kontrollprøver regelmessig. Det er påvist lave til moderate mengder av Legionella micdadei noen steder på Ullevål. Det er satt i gang risikoreduserende tiltak som økt temperatur, gjennomskylling etc.
Ventelister / fristbrudd / behandlingskapasitet	Det arbeides kontinuerlig med kvalitetssikring av ventelistedata og å sikre at alle pasienter har time innen riktig tid. Fokusområdene for ventelistearbeidet i 2016 er kvalitetsindikatorer som Oslo universitetssykehus HF benytter som styringsindikatorer for ventende. Dette innebærer blant annet oppfølging av pasientforløp (inkludert pakkeforløp), gjennomgang og rydding av eksterne og interne ventelistedata, tidlig tildeling av time, samarbeid med eksterne aktører og løpende kvalitetssikring av NPR-tilbakemeldingen.
	Etter en betydelig bedring av fristbrudd og langtidsventende gjennom 2015, har sykehuset i 2016 forsterket oppfølgingen av pasientene etter at frist til utredning eller behandling er innfridd, dvs videre interne ventelister. Vi følger opp reduksjonen i antall pasienter hvor tentativ dato for neste oppmøte er passert og forebygger at nye pasienter ikke får innfrid sin frist med "time i hånden" og gjennomgår rapport 7221-pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny planlagt kontakt. Interne ventelister ble betydelig bedret i fjor, men vi tilstreber en ytterligere bedring gjennom 2016. Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i hovedsak at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, samt en forsinkelse i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre HF. Det er i løpet av april registrert 1 reelt fristbrudd i Fristbruddportalen. Ellers er registrerte fristbrudd registrert med "planlagt behandlingsdato i OUS" eller "ønsker ikke tilbud fra HELFO".

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<ul style="list-style-type: none"> • Det er gjennomført opplæring i bruk av rapporter i DIPS for kontrollrutiner og kvalitetssikring av ventelistedata. • Det er månedlig gjennomført ventelisteworkshop for klinikkene. • Det er laget egen sjekklister for ajourhold av ventelister og pasientflyt. • Styrende dokumenter er revidert og oppdatert. • Det er gjennomført tre revisjoner med nasjonale kvalitetsmål innen angitte frister som tema. • Ved manglende kapasitet, samarbeide med Informasjonstjenesten velg behandlingssted om alternative behandlingssteder for pasienten. • Samarbeid med avtalespesialister og private leverandører som Helse Sør-Øst RHF har inngått avtale med. • Videreføre internsertifiseringsprogram for kontorfaglig tjeneste og ventelisterådgivere. Tilrettelegge for spisset opplæring til leger i registrering, vurdering av henvisninger og prioritering av pasienter som settes på venteliste • Sikre at timebok er planlagt 12 måneder fram i tid, inkludert på lab/rad og at timebøkene faktisk fylles/planlegges med lang tidshorisont (direktebooking og oppfølging av pasienter som er i et forløp). • Utvidet åpningstid på poliklinikker. • Videre samarbeid med Helse Sør-Øst RHF og Sykehuspartner om analyse og planlegging av poliklinikkdrift. • Tilrettelegge for pasientadministrativt arbeid ved å følge opp sentrale indikatorer i foretakets ledelsesinformasjonssystem, herunder ukentlig utsendelse av "Min rapport". • Benytte regional prosedyre som beskriver praksis for viderehenvisninger og overføring av pasienter mellom HF'ene. <p>Lukking av avvik er fulgt tett opp og det er fokusert på læringsoverføring i etterkant av konsernrevisjonens gjennomgang av virksomhetsstyring i Hjerte- lunge- karklinikken.</p> <p>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.</p>
Responstid/ ambulansestyling AMK	<p>Det er initiert et arbeid for ny permanent AMK sentral fordi man på sikt vil få betydelige kapasitetsproblemer igjen.</p> <p>Etablere bedre teknologiske løsninger i AMK som elektronisk beslutningsstøtte og flåtestyring - midlertidig i OUS og varig iht nasjonale prosesser. Dette inkluderer også EPJ.</p> <p>Vurdere bemanningen i henhold til de øvrige tiltakenes effekt og tidspunkt for effektivering.</p>
Operasjonskapasitet	<p>Rikshospitalet har økt operasjonskapasiteten med to operasjonsstuer på Operasjon 1, hvorav en innen gastrokirurgi / transplatasjonskirurgi og en innen hjertekirurgi. En operasjonsstue i Operasjon 3 er midlertidig fristilt til bruk for ØNH- og plastisk kirurgi fram til innflytting av karkirurgi. I tillegg er en operasjonsstuedag i Operasjon 3 overført fra HLK til funksjonell nevrokirurgi.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>4 operasjonsstuer i bygg 17 på Ullevål er ferdigstilt, 3 av disse er tatt i bruk til gastrokirurgi og nevrokirurgi.</p> <p>Oppgraderingen av 5 operasjonsstuer ved legevakta ble ferdigstilt i 2015 og tatt i bruk uke 43. Operasjonsaktiviteten ble da flyttet tilbake. Dette frigjorde 4 – 5 operasjonsstuer på Aker hvorav to er oppgradert første halvår 2016.</p> <p>Tiltak innen kompetanseutvikling og rekruttering, spesielt knyttet til spesialsykepleiere. Sykehuset har opprettet 100 nye utdanningsstillinger innen spesialsykepleie. Tiltaket videreføres.</p> <p>Turnusløsninger vurderes som tiltak for å beholde allerede tilsatte operasjonssykepleiere.</p> <p>Systematisk kartlegging av sykehusets utstyr; standard og servicebehov foregår årlig i et samarbeid mellom klinikkene og MTV.</p>
Intern overflytning av kritisk syke pasienter	<p>Omfanget av interne overflyttinger særlig fra Aker er kartlagt og risikogrupper identifisert . Ansatte læres opp i National Early Warning Score.</p>
Kapasitet radiologi og svartider patologi	<p>Gjennomføre og monitorere vedtatte prioriteringer for bruk av radiologiske undersøkelser. Klinikken skal tydeliggjøre radiologisk prioritet innen egne pasientgrupper. Øket fokus på området etter innføring av pakkeforløp for kreft der radiologi og patologi ofte representerer flaskehals.</p> <p>Overvåke effekter på kapasitet og mangler etter innføringen av pakkeforløp i 2015 inkl. konsekvenser for andre pasientgrupper.</p> <p>RIS/PACS-løsningen på Radiumhospitalet ble erstattet med løsningen på Rikshospitalet i 2015 for å sikre forsvarlig drift der. Det forventes også å øke kapasitet gjennom økt stabilisering og redusert nedetid/responstid for brukere. Det vil også søkes å bedre tilgjengelighet for RIS/PACS til brystdiagnostikk på tvers av OUS for å bedre samlet kapasitet.</p> <p>Skiftet ut MR på RH og Ullevål og CT på Aker i løpet av 2015.</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. Ta i bruk nye lokaler og samle og samordne den faglige virksomheten.</p> <p>Sende ut foreløpige patologisvar til klinikere.</p> <p>Anskaffet nye og bedre microtomer og mer automatisert fargeutstyr</p>
Intensiv- og intermediær-senger	<p>Sykehuset har ikke lyktes med noen vesentlig økning i antall intensivsykepleiere. Det er isteden utviklet et trainèe-program hvor ordinære sykepleiere deltar i en intern opplæring på 6-8 mnd. Tiltaket videreføres.</p> <p>Kartlegging av intermediærsenger er avsluttet. Intermediærkapasiteten utvides gradvis gjennom videreføring av foreslåtte tiltak og vil på sikt kunne avlaste intensiv. Tiltaket videreføres.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<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>
<p>Mangel på spesialsykepleiere og annet personell</p>	<p>Koordineringsgruppe for strategisk kompetanseutvikling skal sikre at kompetanseutvikling i OUS samkjøres Et analysemiljø for strategisk kompetanseutvikling er etablert i HSØ for å få oversikt over sårbare fagmiljø og tilby prognoser for ledere i OUS. I dette arbeidet inngår både bedre utnyttelse av IKT-verktøy.</p> <p>Samarbeidsgruppe med representanter fra HR-stab, stab MHU, stab FIU og OSS har behandlet flere saker med hensyn til spesialsykepleiere. Det jobbes med å:</p> <ul style="list-style-type: none"> -kartlegge titler og funksjonsbeskrivelser på alle ansatte -systematisere bruk av titler for å synliggjøre ansattes fagområder/kompetansenivå (vil forenkle oversikt over ulike spesialsykepleieres fagområde) -gjennomføre årlig behovskartlegging for spesialsykepleiere og fordele utdanningsstillinger på klinikker <p>Relevans i utdanning</p> <ul style="list-style-type: none"> -Videreutdanning i sykepleie som en del av et masterløp ved høyskolene er etter samarbeid med HiOA og LDH blitt mulig å avslutte etter 16 mnd. og gir da kvalifikasjon som spesialsykepleier innen for eksempel intensivsykepleie. -Fagråd og dialogmøter mellom OUS og aktuelle høyskoler sikrer at sykehusets behov for kompetanse, kapasitet til praksisplasser og høyskolenes utdanningskapasitet og tilbud er koordinert. <p>Deltidsutdanning i intensiv er startet ved LDH fra høsten 2016</p>
	<p>Rekruttere og beholde ansatte</p> <ul style="list-style-type: none"> -100 utdanningsstillinger til sykepleiere i videreutdanning kontinueres innen Anestesisykepleie, Barnesykepleie, Intensiv-sykepleie, Operasjonssykepleie, Nyfødtsykepleie, Kreftsykepleie, Psykisk helsearbeid (ABIO, N, K, P) -Masterutdanning gis økonomisk støtte ved seksjoner der det er aktuelt. Nivå-1 Retningslinje ID 22291 gir lederen føringer i prosessen og et grunnlag for den individuelle avtalen. -Traneestillinger med eget kursprogram utprøves ved Intensivenheter i Akuttklinikken. Målet er at flere søkere til intensivutdanning med et ønske om bindingstid ved Akuttklinikken. -Internkurs som tilbys i Akuttklinikken vil bli evaluert og vurdert som et mulig felles kurs hvor også sykepleiere ved intermediærenheter kan få hevet sin kompetanse. -HR-stab har egen ansatt som jobber med rekrutteringstiltak fra utlysningstekster til større prosjekt som omhandler Profilering av OUS som arbeidsplass. <p>Helsefagutdanning – Lærlingebedrift</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klinikkene er svært positive til å motta Helsefagarbeiderlæringer. De opparbeider seg studiekompetanse og kan deretter velge å studere helsefag på høyere nivå. -Fagskoleutdanning etableres nå med spesialisering innen sterilisering -OUS deltar i HSØ prosjekt og ser på oppgavedeling i operasjonsstuer. Det kan her bli aktuelt å benytte spesialutdannet personell fra fagskolen til håndtering av sterilforsyning til operasjonsstuer.

Risiko	Vurderinger/ tiltak
	<p>Kvalitetssikring av studenter/fremtidige ansatte i samarbeid med høyskolen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kvalitetssikring av sykepleieautorisasjonen før studiestart på videreutdanning. -Krav om vandelsattest for alle videreutdanningsstudenter som skal ha praksis ved sykehuset innarbeides i samarbeidsavtalen med aktuelle høyskoler. -Krav om vandelsattest for studenter fra fagskolen før praksis ved sykehuset. Kvalitetssikring pågår. -Skikkethetsvurdering av studenter fra høyskolen. -Utvikle felles rutiner for håndtering av svake studenter. <p>Praksisplasser ved OUS - Økt antall studenter krever flere praksisplasser</p> <p>Dagenheter og poliklinikker med avansert behandling og sykepleie blir benyttet til veiledet opplæring. Incentivmidler fra HSØ benyttes i ulike prosjekt for å fremskaffe praksisplasser. Det arbeides også for at Helsearena Aker i større grad brukes som praksisplass.</p> <p>-Det ble gjort en ekstra innsats med praksisplasser for studenter i operasjonssykepleie høsten 2015 da høyskolene vil ha tre kull samtidig i praksis.</p> <p>Bedre tilrettelagt mottak av studenter</p> <p>IKT-tilganger for studenter som skal dokumentere i journalen har blitt utsatt i påvente av nytt EPJ. Det har nå vært gjennomført en pilot med maskinell registrering som vil lette arbeidsflyt ved mottak av studenter.</p> <p>Ansettelse av sykepleiere med utenlandsk videreutdanning</p> <p>Det er utarbeidet en prosedyre og anbefalt etablert en ekspertgruppe som kan bistå ledere. Pilot pågår i Akuttklinikken mht. ansettelse av sykepleiere med utenlandsk videreutdanning i operasjonssykepleie.</p>
<p>Henvisningsmottak - elektroniske henvisninger</p>	<p>OUS har sentralt mottak av elektroniske henvisninger for videre fordeling til avdelingsvise henvisningsmottak. Det har vært en del tilfeller av direktesending av henvisninger til avdelingsvise henvisningsmottak, men dette gjelder henvisninger på papir og fax. Overgangen til elektronisk mottak av henvisninger med bruk av applikasjonskvittering regnes som en reduksjon av risiko.</p>
<p>Dokumentasjonen i el. pleie- og omsorgs-meldinger</p>	<p>Det er gjort en gjennomgang av sykehusets praksis vedrørende dokumentasjon i elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger som fortsatt viser forbedringsmuligheter.</p> <p>Det er satt i gang et opplæringsprogram ved medisinsk klinikk vedrørende dokumentasjonskrav i pleie- og omsorgsmeldinger. Programmet vil bli evaluert og justert.</p> <p>Det skal videre breddes et systematisk arbeid i hele sykehuset med opplæring av ansatte vedrørende dokumentasjonskrav i pleie- og omsorgsmeldinger.</p>
<p>Bruk av DIPS - PAS/EPJ</p>	<p>Kompetansen i bruk av DIPS er relativt god, men det gjenstår noe opplæring og oppfølging på rett bruk av DIPS, dels for registrering av ventetid slutt, dels for aktivitetsregistrering og timebokføring på poliklinikk. De fleste brukerne har forbedret seg i signering av prøvesvar. Fokus på korrekt bruk videreføres, ikke minst for å følge opp endringer som følge av ny pasient- og brukerrettighetslov. Risikoen for alvorlige konsekvenser er betydelig redusert.</p>

Risiko	Vurderinger/ tiltak
IKT - RIS/PACS-systemer	Følges opp i tett dialog med RKL/HSØ samtidig som nødvendige interne oppgraderinger ivaretas.
Utsending av epikriser og laboratoriesvar	Utsending av epikriser og laboratoriesvar følges opp av overvåkningsverktøyet Message Tracking Monitor (MTM) ved Sykehuspartner, ved KDI og i DigSam-prosjektet. 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 der det fortsatt sendes ut.
	Ferdigstille en avstemningsløsning for kontroll av patologisvar som sendes internt fra DL-Patologi til DIPS.
	Gjennomføre revisjon/stikkprøvekontroll av svarutsendinger etter overgang til elektronisk utsending.
Utskrivning av pasienter / legemiddel-avstemming	Opplæring i aktuelle nivå 1-prosedyrer.
	Fokus på legemiddelavstemming i alle klinikker.
Svikt i oppfølging av pas. i overgang til primærhelsetjenesten	Det er stort fokus på å sikre at epikriser og laboratoriesvar kommer frem til korrekt mottaker. Utsendelsene monitoreres via systemet MTM. Det arbeides aktivt for å redusere brukerfeil og bedre tekniske muligheter for feilutsendelser. Sykehuset har løpende dialog med primærhelsetjenesten og ulike journalleverandører for å løse problemer og feil.
	Lovpålagt funksjon som koordinator med fokus på pasientforløpene fra hjem til hjem er testet i en egen pilot. Det skal etableres et nettverk av koordinatører i alle klinikker som driver pasient-behandling.
	Sykehuset kontinuerer opplæring av klinikkens ansatte i forhold til nivå 1-prosedyre –« utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester». Det arbeides med bredding av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) til alle landets kommuner. Arbeidet er planlagt slutført innen årets utgang.
	Det arbeides med å sikre at OUS ulike samhandlingsparter deltar i pasient-forløpsarbeidet fra "hjem til hjem". De inngåtte Samarbeidsavtalene benyttes som strategiske virkemiddel i arbeidet. Det er utarbeidet felles handlingsplan for 2015-2016 mellom OUS seks sektorbydelere og Helseetaten, Velferdsetaten og Sykehjemsetaten i Oslo. Handlingsplanen understøtter felles innsats for å utvikle kjennskap til hverandres arbeidsform og faglige tilbud i tillegg til kompetanseutveksling.

3. Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid. (Overfør risikoer og tiltak fra enhetens HMS-handlingsplan)		Sykehusnivå		07.06.16 Oslo universitetssykehus	
Vold/ulykke		Stor arbeidsbelastning		Bemanningsstyring	
Trusler ovenfor ansatte Kjemikaliesikkerhet		Mangel på spesialsykepleiere		Byggsstandard og plassforhold Arb. tidsbrudd og oppfølging	
Slikkskader				Kulturfordringer	
Ubetydelig (1)		Moderat (3)		Stor (4)	
Lav (2)		Liten (2)		Svært stor (5)	
Meget liten (1)		Moderat (3)		Stor (4)	
Svært alvorlig (5)		Moderat (3)		Stor (4)	
Alvorlig (4)		Liten (2)		Svært stor (5)	
Moderat (3)		Liten (2)		Svært stor (5)	
Lav (2)		Liten (2)		Svært stor (5)	
Ubetydelig (1)		Liten (2)		Svært stor (5)	
4		6		Svært stor (5)	
Konsekvens					
Sannsynlighet					

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt - risikoreduserende tiltak

Risiko	Tiltak
Bemanningsstyring	Økt kunnskap om og lojalitet til regel- og avtaleverk gjennom kurs, veiledning og tettere oppfølging; full bruk av GAT som planleggings- og styringsverktøy.
Stor arbeidsbelastning	Ha alle stillinger besatt, lyse ut tidlig nok, gjennomgå arbeidsplaner, bemanningspool
Byggstandard	Vedlikeholdsplan i samråd med Arbeidstilsynet. Løpende vurdering av eksisterende areal
Arbeidstidsbrudd og oppfølging av disse	Tiltaksplan med både sentrale tiltak, klinikkovergripende tiltak og klinikkvise tiltak; tettere og hyppigere oppfølging av alle typer brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Faste tertialvise møter med alle avdelingsledere vedr status og tiltak for å unngå AML-brudd.
Kjemikaliesikkerhet	Forum for kjemikaliesikkerhet i HSØ. Sende ut klinikkrapporter om status vedrørende stoffkartoteket, lokale risikovurderinger og substitusjon
Mangel på spesialsykepleiere	Flere rekrutteringstiltak; ordningen med 100 utdanningsstillinger i spesialsykepleie videreføres; strategisk kompetanseplanlegging og -styring; videreføring av prosjekt om frigjøring av tid for operasjonssykepleiere for økt operasjonskapasitet; styrke OUS' omdømme som en attraktiv arbeidsplass; egen handlingsplan utarbeidet for 2015-2016.
Stikkskader	Bytte til sikkerhetskanyler i hele sykehuset. Fokusområde prosedyrer og opplæring i klinikkene
Kulturutfordringer	Overordnet er det viktig med ny forankring og videreføring av kulturkompetanseprogrammet. Alle klinikker bør ha tilstrekkelig antall kulturkonsulenter. Det skal arbeides med kulturbygging på flere nivåer og arenaer, og med forskjellige innfallsvinkler. Hovedinnsatsen skal gjøres i klinikkene.
Vold og ulykker	Opplæring etter modell/best practice fra PHA. Vurdere fysiske barrierer.
Trusler ovenfor ansatte	Opplæring etter modell/best practice fra PHA. Vurdere fysiske barrierer.

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon - risikoreducerende tiltak

Risiko	Tiltak
Spesialistutdanning leger - veiledning og supervisjon	Utdanningsleder v/ OUS har ledet prosjekt i regi av helsedirektoratet, der veiledning og supervisjon tydeliggjøres som viktige elementer i ny spesialistutdanning. For LIS. OUS har holdt veilederkurs for overleger, det må arrangeres flere tilsvarende kurs.
IKT-infrastruktur til forskning og kvalitetsregistre	Aktivt bidra inn til IKT program for forskning i HSØ gjennom deltakelse i rådgivningsgruppe og i programstyret. Månedlige oppfølgingsmøter mellom FIU/IKT stab og Sykehuspartner. Delta i styringsgruppen for Klinisk datavarehus OUS.
Biobankvirksomhet	Igangsatt prosess for etablering av nytt felles biobanklokale på Rikshospitalet. Igangsatt prosess for etablering av prospektive forskningsbiobanker basert på bredt samtykke.
Arealer til forskning	Bidra til mer dynamisk arealprioritering for å gi plass til forskningsmiljøer som ekspanderer som følge av eksterne bevilgninger som sykehuset har gitt sin institusjonelle støtte til. Aktivt bidra i planleggingen av nye arealer/bygg til OUS (oppfølging av idefase), slik at forskningens behov blir tydelig belyst og integrert i videre planlegging.
Innovasjon - infrastruktur og støttefunksjoner for gjennomføring av innovasjonsprosjekter	Ferdigstille foranalyse for testarena innovasjon, i samarbeid med Oslo kommune.
Leger i spesialisering - "skreddersydd" løp for gruppe 1-tjeneste på 1,5 års varighet	Oppfordre avdelingene til å legge til rette for skreddersydde løp.
Kliniske studier - infrastruktur og støttefunksjoner	Oppfølging av klinikkens tiltak for å styrke infrastruktur og støttefunksjoner for kliniske studier i Ledelsens gjennomgang for 1.tertial (jf krav i sykehusets handlingsplan), herunder følge opp at klinikkene styrker de eksisterende kliniske forskningspostene. Støttefunksjoner for kliniske studier skal også prioriteres av OSS Forskningsstøtte innen rammen av tilskuddet til regional forskningsstøtte. Fortsatt deltakelse i det nasjonale samarbeidet Norcrin om infrastruktur for kliniske studier.
Opprettelse av regionalt utdanningssenter for LIS	Koordinator ansatt, men starter først i aug. Prosess i gang med å ansette leder som skal knyttes til bistilling ved UiO.
Mangel på praksisplasser for spesialsykepleiere.	Være i dialog med praksiskoordinator og aktuelle leder, samt andre helseforetak for å øke den totale kapasiteten i Osloregionen, være i dialog med høgskolene.
Lover og etikk i forskning - avvikssaker	Etablere forskningsetisk utvalg i løpet av 2016 i samarbeid med UiO. Revidere forskningsombudets mandat. Intensiv kursvirksomhet i regi av både OUS og Medfak.

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

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør Inkluderer samhandling, generell administrasjon, økonomi, innkjøp, IKT, bygninger, lokaler, transport, kjøkken, tekniske og andre interne tjenester samt ytre miljø		Sykehusnivå		07.06.16 Oslo universitetssykehus					
		Resultat iht budsjett 2016	Økonomisk bærekraft Ineffektiv bygn. Massestort vedlikeholdsetterslep HR - Bemanningssyring	Dyrtre legemidler Sikre innkrevning av rettmessige innlester Leveranser fra Sykehuspartner Arealknapphet i sentrale områder IKT-kostnader	Gammelt medisinsk teknisk utstyr				
Konsekvens	Svært alvorlig (5)								
	Alvorlig (4)								
	Moderat (3)								
	Lav (2)								
	Ubetydelig (1)								
	7	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)	Sannsynlighet		
5									

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør - risikoreduserende tiltak

Risiko	Tiltak
Resultat i henhold til budsjett 2016	Det iverksettes nye tiltak som skal bedre det økonomiske resultatet for inneværende år. Styret forelegges risikovurderte og drøftede planer den 23. juni
Økonomisk bærekraft	Langsiktig plan for forbedring av økonomisk resultat behandles første gang på styremøte 23. juni
Ineffektiv bygningsmasse/stort vedlikeholdsetterslep	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 er til behandling for å løse det langsiktige behovet for forvaltning av bygningsmassen i OUS HF.
HR - Bemanningsstyring	Der er etablert tydeligere retningslinjer og prosess støtte for klinikkens stillingsutvalg våren 2016. Ressursstyringsteam tilbyr erfaring og kunnskap til utvalgte avdelinger og det tilbys kontinuerlig opplæring i bruk av GAT.
Gammelt medisinsk teknisk utstyr	Øke investeringsnivået i tråd med økonomisk langtidsplan. (avhenger av resultat og langsiktig økonomisk bærekraft).
Dyrere legemidler	Vurdere legemidler der det er rimeligere alternativer og der bruk kan avsluttes tidligere uten negativ medisinsk effekt. Mer aktiv bruk av Legemiddelkomitéens kompetanse i lederlinjen i OUS HF.
Sikre innkreving av rettmessige inntekter	Det pågår løpende arbeid for å prioritere rett koding av aktivitet, dette er intensivt 1. tertial 2016. Det pågår dialog med Helse Sør-Øst, andre HF og Helsedirektoratet for vurdering av flere inntektsområder for OUS HF (Sykehotell, laboratorier, gjestepasienter med mer).
IKT-kostnader	Begrense omfang og bruk av utstyr i OUS HF. Velge rimeligere alternativer der dette er mulig.
Leveranser fra Sykehuspartner	Fortsette den løpende dialogen med SP i form av kundemøtene.
Arealknapphet i sentrale områder	Ytterligere prioritering av bruken av sentrale arealer. Dert arbeides for å etablere et modulbygg på Ullevål sykehus.
IKT: Konsolidering av IKT-systemer	På kort sikt driftes det videre med allerede etablerte løsninger som delvis kompenserer for risikoene som først blir løst med nye systemer.
Kontrollmiljø (økonomi, juridisk)	Fortsette arbeidet med etablering av helhetlig internkontroll innenfor økonomiområdet i hele virksomheten

Målgruppe: Ledermøtet / Styret
Faglig ansvarlig: Kst. stabsdirektør Sølvi Andersen
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Dato: 16.06.2016



1 Innledning	3
2 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll	4
2.1 Oppdrag og bestilling.....	4
2.2 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll.....	5
2.3 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering.....	6
2.4 Kontrolltiltak (revisjoner og tilsyn).....	8
2.5 Kontinuerlig systematisk forbedringsarbeid og LEAN.....	15
3 Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling	17
3.1 Pasientforløpsarbeidet.....	17
3.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre	20
3.3 Uønskede pasienthendelser	22
3.4 Sykehusinfeksjoner.....	23
3.5 Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a	25
3.6 Pasientsikkerhetsprogrammet.....	26
3.7 Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen.....	26
3.8 Etikk (Klinisk etikk komité).....	30
4 Forskning og utvikling	34
4.1 Forskning.....	34
4.2 Innovasjon.....	36
5 Utdanning av helsepersonell	38
6 Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)	40
6.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser	40
6.2 Helse Miljø Sikkerhet avvik.....	42
7 Referansetabeller	52
7.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 1. tertial 2016.....	52
7.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid.....	53
7.3 Nasjonale kvalitetsregistre fordelt på klinikker	54

1 Innledning

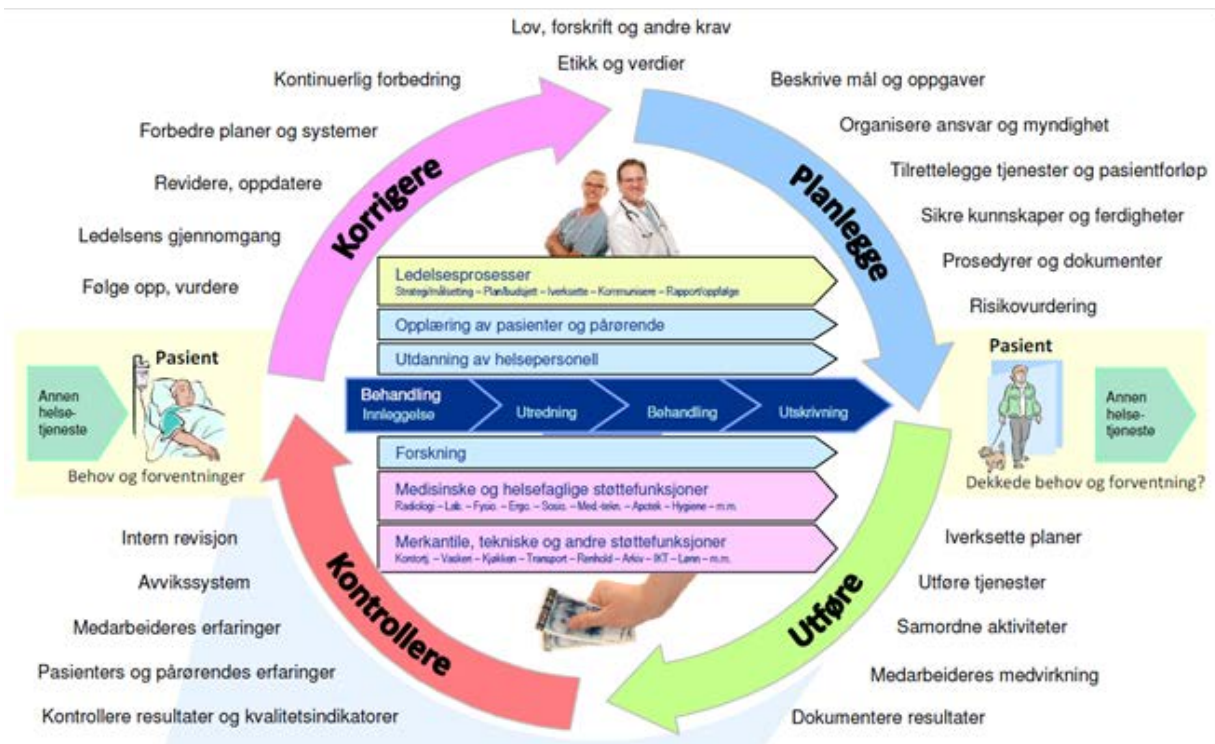
Med ledelsens gjennomgang tilstreber sykehusledelsen å sikre god virksomhetsstyring og resultatoppnåelse i forhold til oppdrag, mål og resultatindikatorer. Videre skal ledelsens gjennomgang sikre at kvalitetssystemet inklusiv HMS og miljøstyring regelmessig gjennomgås for å påse at systemet og kvalitetselementene fungerer hensiktsmessig, er tilstrekkelige og effektive. Ledelsens gjennomgang gjennomføres hvert tertial med hver klinikk hvor klinikkleder, klinikkstab og avdelingsledelse er til stede.

Gjennomgangen tar utgangspunkt i sykehusets kjerne- og støtteprosesser. Kjerneprosessene er sykehusets lovpålagte oppgaver innen pasientbehandling, forskning og innovasjon, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Med støtteprosesser menes medisinske- og helsefaglige støttefunksjoner, samhandling med andre deler av helsetjenesten, økonomi, HR og personal, infrastruktur og andre medisinske- og ikke-medisinske støttefunksjoner.

I tillegg skal ledelsens gjennomgang ha et blikk for systemelementer i kvalitetssystemet. Dette kan dreie seg om mål og handlingsplaner, organisering, kompetansestyring, dokumentstyring, risikovurderinger (vedlegg 1), kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre, pasienterfaringer, uønskede pasienthendelser, revisjoner og tilsyn, arbeidsmiljø og HMS.

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

2 Virksomhetsstyring, intern styring og kontroll



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

2.1 Oppdrag og bestilling

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

Oppdragsdokumentet for Oslo universitetssykehus HF fra Helse Sør-Øst RHF ble mottatt i foretaksmøtet 18. februar 2016. Oppdragsdokumentets styringsmål og sykehusets avledede resultatmål fra Strategi 2013 – 2018 ble deretter lagt til grunn i utviklingen av en overordnet Handlingsplan for 2016. Det samlede oppdraget med tydeliggjorte mål og tiltak i Handlingsplan 2016 ble deretter fordelt og videreformidlet til de respektive klinikkene og stabsområdene for oppfølging gjennom lokale handlingsplaner. Status på tiltak og resultatindikatorer rapporteres i oppfølgingsmøter med direktørens stab, inkludert Ledelsens gjennomgang, og i ordinære ledermøter.

2.2 Styrende dokumentasjon som ledd i god intern styring og kontroll

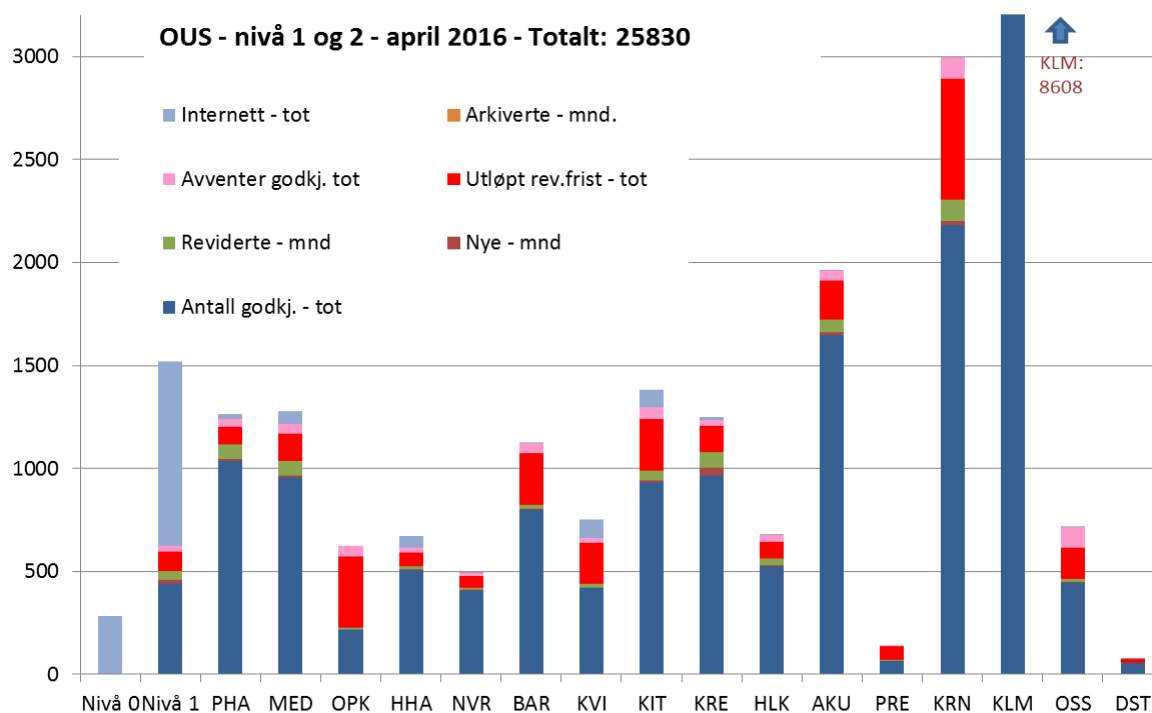
Med styrende dokumentasjon menes dokumenter som av ledere beskriver hvordan tjenester og aktiviteter skal planlegges, utføres, kontrolleres og dokumenteres. Eksempler på styringsdokumenter er retningslinjer, prosedyrer, instruksjoner, stillingsbeskrivelser, strategidokumenter, fullmakter og tiltakskort.

Alle styrende dokumenter i Oslo universitetssykehus HF er samlet i det elektroniske systemet eHåndbok som sikrer tilgjengelighet, oppdatering og godkjenning av dokumenter.

Styrende dokumenter i Oslo universitetssykehus HF inndeles i to nivåer:

- Nivå 1 dokumenter gjelder for alle ansatte uansett funksjon, tittel eller arbeidsplass. Dokumentene godkjennes av administrerende direktør, eventuelt en stabsdirektør etter delegasjon.
- Nivå 2 dokumenter gjelder for en begrenset mengde ansatte, gjerne begrenset til klinikk, avdeling eller enhet. Dokumentene godkjennes av lokal leder.

Interne styringsdokumenter



Figur 2. Antall dokumenter fordelt på klinikk og status i eHåndbok

Totalt er det nå over 25 800 styrende dokumenter i sykehuset. Figur 2 viser stor variasjon i antall dokumenter mellom klinikkene. Klinikken for laboratoriemedisin er i en særklasse med mer enn 8 600 dokumenter. Klinikken for radiologi og nukleærmedisin, har ca. 3000 dokumenter. De øvrige klinikkene har mellom 500 og 1 500 dokumenter. Det finnes i tillegg ca. 1500 virksomhetsomfattende dokumenter (nivå 1).

Det er trolig for mange dokumenter innen enkelte områder. Det tilstrebes at lokale dokumenter løftes til et høyere organisasjonsnivå (nivå 1) slik at de kan benyttes av

flere. Utviklingen det siste året er positiv ved at det er en stagnasjon av nye dokumenter på klinikknivå og en økning i antall fellesdokumenter på nivå 1.

Alle dokumenter skal revideres innen maksimalt tre år. Systemet sender automatisk påminnelse i e-post til den ansvarlige når et dokument nærmer seg revisjonsfristen, men mange enheter greier ikke å holde sine dokumenter oppdatert. I tertialmøtene ble det fokusert på å begrense utdatert dokumentasjon gjennom enten å løfte dokumentet til nivå 1, avvikle dokumentet dersom behovet er falt bort eller revidere dokumentet. I Figur 2 viser de røde feltene dokumenter hvor revisjonsfristen har utløpt. Statusrapporter sendes månedlig til ansvarlige ledere.

eHåndboken har vært sykehusets felles system for styrende dokumentasjon siden 2010, men fortsatt finnes det enkelte papirhåndbøker og andre dokumentsamlinger. I 2015 ble det vedtatt at slike dokumentsamlinger skal innlemmes i eHåndbok, og dette arbeidet er påbegynt. Det er utviklet et nytt og mer funksjonelt brukergrensesnitt for eHåndbok som vil bli innført når hele sykehuset har konvertert til ny teknisk plattform på Windows 7, i løpet av sommeren 2016.

eHåndbokens internettutgave og mobilapp

Det er et økende antall dokumenter i internettutgaven (<http://ehandboken.ous-hf.no>) som er fritt tilgjengelige for alle. I Figur 2 er dokumenter i internettutgaven vist med gråblå farge. Totalt er det over 1 750 dokumenter tilgjengelig på internett. Av disse er ca. 900 fellesdokumentene (nivå 1).

Alle medisinske fagprosedyrer ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi er gjennom et pilotprosjekt gjort tilgjengelig i en app for smarttelefoner og nettbrett. Erfaringene så langt er gode. Prosjektet skal evalueres før innholdet utvides til alle dokumentene i eHåndbokens internettutgave. Den fremtidige funksjonaliteten er allerede utviklet og det pågår testing for å sikre at dette vil oppleves som et nyttig verktøy.

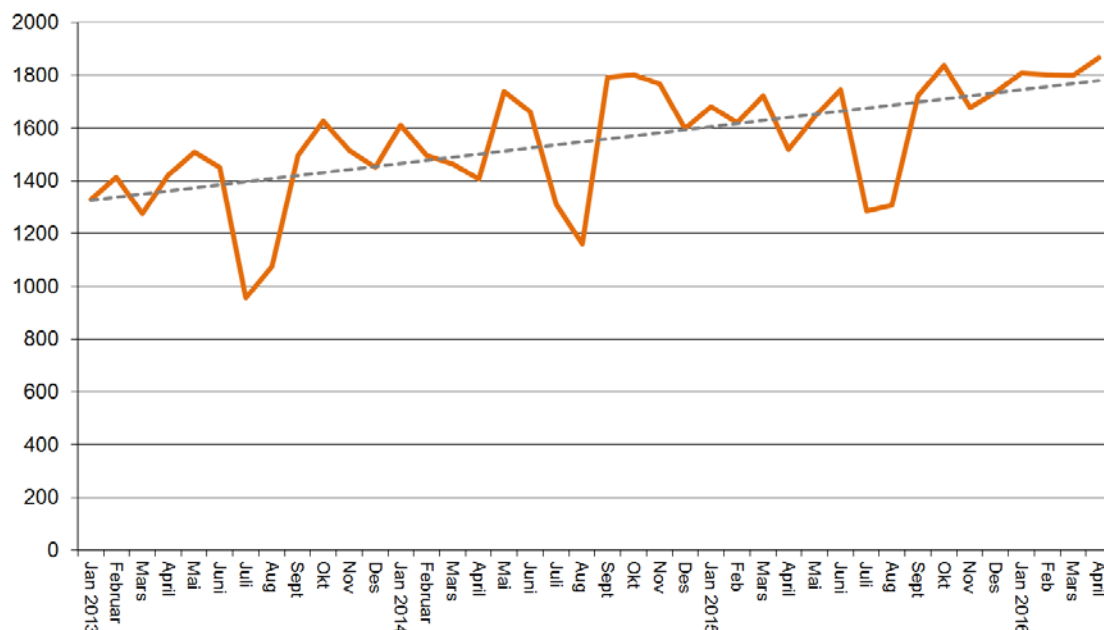
2.3 Hendelsesregistrering og avvikshåndtering

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

Registreringer i Achilles kategoriseres i hovedkategoriene «Pasienthendelse», «HMS Hendelse» eller «Andre avvik og forbedringsforslag». Pasientrelaterte hendelser presenteres mer inngående i kapittel 3.1 og Helse-miljø-sikkerhetshendelser i kapittel 6.2. Dette kapittelet gir en oversikt over alle innmeldte hendelser.

I første tertial 2016 er det registrert 7278 uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag ved sykehuset. Dette er en økning på 11 % fra samme periode i fjor. Antall dokumenterte tiltak er 2696, en økning på 46 % i forhold til samme periode i fjor.

Økningen antas å ha sammenheng med økt fokus på at forbedringstiltak som blir besluttet skal dokumenteres.



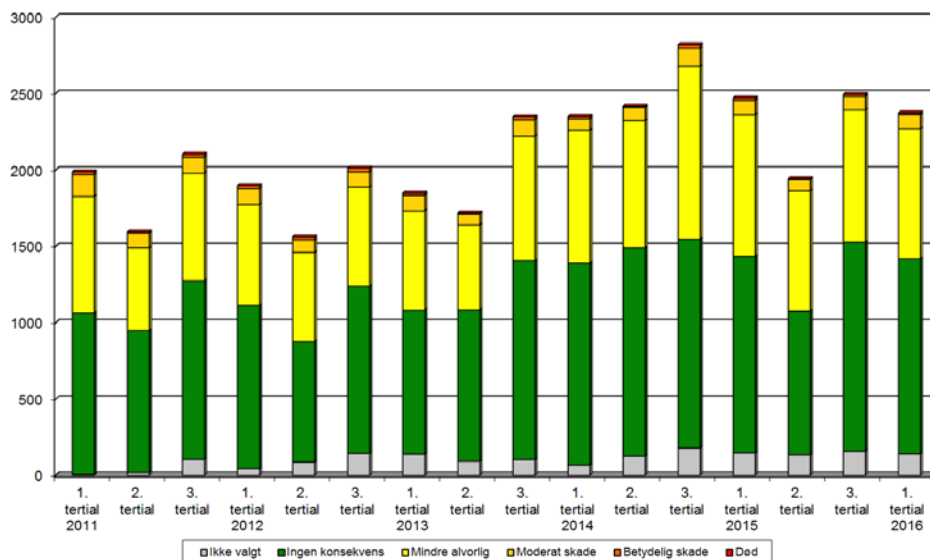
Figur 2. Uønskede hendelser og risikoforhold registrert i Achilles per måned med trendlinje. Kilde: Achilles

En fortsatt økning i antall registreringer er en ønsket og gledelig utvikling så lenge antallet alvorlige hendelser ikke øker tilsvarende. Økningen kan tolkes som at sykehuset har en meldekultur i positiv utvikling. Økningen vil i seg selv gi muligheter for å iverksette flere forebyggende, risikoreduserende tiltak som igjen på sikt vil kunne redusere forekomsten av alvorlige uønskede hendelser og pasientskader.

2.3.1 Andre avvik og forbedringsforslag

Figur 4 viser antall registreringer i kategorien «Andre avvik». Antall registreringene er på samme nivå som 1. tertial 2015 og 1. tertial 2014.

29 % av registreringene er laboratorierelaterte avvik, i hovedsak med ingen eller mindre alvorlig konsekvens.



Figur 3. Antall registreringer i kategorien "Andre avvik". Kilde: Achilles

2.4 Kontrolltiltak (revisjoner og tilsyn)

Med kontrolltiltak menes interne og eksterne strukturerte og planlagte handlinger som medvirker til å avdekke lovbrudd, svakheter eller uønsket risiko i sykehuset. Sykehuset har som ledd i egen lovpålagt internkontroll, jmf Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten og Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, interne revisjoner. Interne revisjoner skal se etter om prosesser for styring og kontroll fungerer som forutsatt og bidra til forbedringer.

Tilsynsmyndighetens rolle er på vegne av Stortinget å kontrollere om foretaksgruppens internkontrollsystemer faktisk er etablert, og om de virker som forutsatt (etterlever lov- og regelverk). Tilsynsmyndigheten har myndighet til å påpeke feil, mangler og svakheter ved arbeidet - som må rettes opp. Tilsynsmyndighetene har tilsynsrollen, men den skal også bidra til å skape læring og oppnå forbedringer.

2.4.1 Revisjoner

Internrevisjonen ved Oslo universitetssykehus HF skal på vegne av Administrerende direktør kontrollere at det er etablert og gjennomføres tilfredsstillende intern styring og kontroll i linjen. Revisjonsområdene blir prioritert på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 29/2016).

Revisjonene, som utføres etter en systematisert metode, skal bidra til læring og forbedringer i organisasjonen.

Linjeledelsen har et selvstendig ansvar for å utøve internkontroll i eget ansvarsområde. Ved revisjonsfunns skal linjeledelsen påse og følge opp at handlingsplanene som utarbeides, bidrar til forbedringer.

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

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

Revisjoner i 1. tertial 2016 -sammendrag

I perioden har det vært utført interne revisjoner innen området «Henvisninger og ventelister». Revisjonsteamene fant ingen alvorlige avvik, men et bifunn av vesentlig karakter som blir fulgt opp.

Det har i perioden vært gjennomført to grunnkurs i revisjonsteknikk av 3 dagers varighet (40 nye revisorer) og ett revisjonslederkurs (2 dager, 12 deltakere) Konsernrevisjonen har ikke gjennomført revisjoner i perioden, men en revisjon har vært styrebehandlet.

Alle klinikker har nå etablert planer for klinikkvise interne revisjoner i 2016. Enkelte er riktignok knyttet til gammel klinikkstruktur og må justeres noe.

I perioden har det også vært oppfølging av fire tidligere interne revisjoner.

Revisjoner utført av Internrevisjonen i 1. tertial 2016

Revisjon av «Henvisninger og ventelister»

Ledermøtet i Oslo universitetssykehus HF besluttet fokusområder for ventelistearbeidet i 2016. Klinikkene skal sørge for *forutsigbar og koordinert behandling i tråd med nasjonale kvalitetsmål innen angitte frister*. I sykehusets Handlingsplan 2016 er det angitt mål, tiltak og indikatorer som skal følges opp, og lederne får ukentlig en oversikt over sentrale resultatparametere i «Min rapport».

Revisjonens formål var å evaluere om revisjonsenhetene arbeidet på en strukturert måte med ajourhold av ventelister, om pasientforløp er tilfredsstillende koordinert slik at pasientene får sine rettigheter oppfylt og at angitte frister blir overholdt. Videre var formålet å bidra til læring og forbedringsarbeid.

Revisjonen ble utført i:

- Klinik for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi, Øyeavdelingen
Seksjon for: poliklinikk for medisinsk oftalmologi
- Kreftklinikken, Avdeling kreftbehandling
Seksjon for: bryst- og endokrinkirurgi

Det ble funnet 4 følgende avvik:

- Timebok foreligger ikke 6 måneder fram i tid (i tråd med sykehusets retningslinjer)
- Fristbrudd. Time gitt utover frist er ikke avklart med pasient eller registrert i fristbruddportalen. Det foreligger ikke rutiner mellom Brystdiagnostisk senter og Seksjon Bryst- og endokrinologi for meldeordningen til HELFO.
- Henvisningene rettighetsvurderes ikke fortløpende av radiolog og pasienten får ikke, innen 10 dager, informasjon om rettighetsvurderingen med tidspunkt for når utredning eller behandling skal starte. Dette avviket ligger i Brystdiagnostisk senter, men seksjon for Bryst- og endokrinologi og Brystdiagnostisk senter har et fellesansvar for at henvisninger som skal vurderes for pasienter til venteliste blir håndtert slik lovverket tilsier.

- Antall pasienter med passert tentativ dato i Brystdiagnostisk senter er 449. De viktigste årsakene skyldes trolig manglende kvittering av prøvesvar og/eller manglende kontinuitet i oppfølgingen av pasienter som skal til ny kontroll. Brystdiagnostisk senter og seksjon Bryst- og endokrinolog har et fellesansvar for oppfølgingen av pasienter på intern venteliste.

Tiltaksplan for å utbedre avvikene er sendt revisjonsleder og det vil være en oppfølging av planene 1. juni 2016.

Det ble også funnet et bifunn ved Øyeavdelingen som er rapportert:

- Årlig er det 1.800 polikliniske konsultasjoner (behandling: injeksjoner) fra Asker og Bærum (Vestre Viken HF). Ansvar for disse pasientene ble overført til Vestre Viken HF i 2014, men det er fortsatt pasienter med et samlet behandlingsbehov på 1800 injeksjoner i året som ikke ønsker overføring og som derfor ikke er blitt overført. I alt har seksjonen 3000 injeksjoner utenfor lokalt opptaksområde. Injeksjoner utføres uavhengig av bemanning og ferier. Avdelingen har utfordringer knyttet til kapasitet for injeksjonsbehandlingen (kveldspoliklinikk for å gi pasienter medisinsk forsvarlig behandling) og pasientgruppen øker i tillegg med ca. 10 % per år.

Oppfølging av tidligere interne revisjoner

Revisjon av Medisinsk koding - området «Pasientopplæring og tiltak i gruppe»

Revisjonen hadde hovedfokus på om pasient- og pårørendeopplæring blir kodet på en riktig måte. For å evaluere dette ble det nødvendig å belyse hvordan systemet/strukturen rundt arbeidet med medisinsk koding er etablert.

Revisjonen ble gjennomført i fire klinikker i 2015; Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT), Medisinsk klinikk (MED), Hjerter-, lunge- og karklinikken (HLK) og Kvinne- og barneklinikken (KVB).

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

Observasjoner og funn:

- Vedrørende systemet/strukturen for utøvelse av kodevirksomheten
Både stab, Oslo sykehusservice (OSS) og ledelsen er kjent med egne oppgaver, men det er ikke gjennomgående avklart hva som inngår i stabens/OSS oppgaver som tilrettelegger/støttefunksjon. Videre er det uklart hvilket systematisk kontrollmiljø klinikken har etablert vedrørende koding og klassifisering, bruk av periodiske, systematiske stikkprøver av epikriser for gjennomgang i fagmiljøene, og bruk av kontrollrapportene i DIPS og LIS (SAS) til oppfølging og forbedring av koding.

- Vedrørende koding av pasient- og pårørendeopplæring i klinikkene. Strengt vurdert var det svært mange kurs som ikke fylte krav satt av Helsedirektoratet, for å være berettiget ISF-finansiering. Det var også kurs hvor konsultasjonene er feilaktig rapportert og finansiert som individuelle konsultasjoner.

Revisjonsrapporten og funnene ble presentert i Ledermøtet 16. februar og det er utarbeidet handlingsplaner for området som vil følges opp i oktober 2016.

Revisjon Antibiotikaproedyrer – profylakse ved kirurgiske inngrep

Revisjonen var en del av en fellesrevisjon i Helse Sør-Øst i 2015 og ble gjennomført høsten 2015. Alle revisjonsfunnene inngikk i samlerapport for fellesrevisjon i Helse Sør-Øst som ga grunnlag for sammenligning på området med andre helseforetak i regionen. Revisjonsfokus var knyttet til om avdelingene hadde prosedyrer i henhold til nasjonale faglige retningslinjer for antibiotisk infeksjonsprofylakse i forbindelse med kirurgiske inngrep, og om disse ble fulgt. Revisjonskriteriene var knyttet til prosedyrer og etterlevelse, ansvar, opplæring, trygg kirurgi, ordinerings, dokumentasjon, avvik og oppfølging av avvik. Det ble funnet 7 avvik, 3 forbedringsområder og 2 bifunn. Alle avvikene er nå lukket og revisjonen er avsluttet.

Revisjon innen personvern og informasjonssikkerhet

Revisjonens fokus var:

- a) Generell overholdelse av styrende dokumenter innen informasjonssikkerhet og personvern. Behandling av sensitive personopplysninger utenfor etablerte fagsystemer/pasientjournal, eksempelvis kvalitetsregistre, ble gitt spesielt fokus.
- b) Overholdelse av styrende dokumenter innen informasjonssikkerhet og personvern i forskning. Lagring, bruk og tilgangsstyring knyttet til sensitive personopplysninger i forskning ble gitt spesielt fokus.

Det ble i februar/mars gjennomført en foretaksomfattende revisjon av informasjonssikkerhet og personvern på ledernivå 2, -3 og -4 i klinikkene og i direktørens stab. Deler av revisjonen var grunnlag for å lukke avvik avdekket i Riksrevisjonens kontroll av tilgang til journal, og opplæring i bruk av denne.

Revisjonen ga flere avvik knyttet til ledernes oversikt over forskningsprosjekter, interne kvalitetsregistre og brede forskningsregistre innen egen enhet. Gjennomføringen av det obligatoriske e-læringskurset «Personvern i praksis (PIIP)» er ikke tilstrekkelig fulgt opp av lederne.

Lederne svarer generelt tilfredsstillende på spørsmålene om utlevering av personopplysninger. Det samme gjelder spørsmål om tilgang til journal for studenter og innleide, samt spørsmål om risikovurdering i forbindelse med innføring av nye systemer som involverer databehandling av sensitive personopplysninger. Flere oppgir likevel at reglene for oppslag i journal ikke følges.

Det benyttes ikke-godkjente lagringsområder for sensitive personopplysninger og avvik meldes ikke i tilstrekkelig grad. Revisjonen viste at det er behov for mer informasjon og opplæring rundt rutinene for risikovurderinger, både på lokalt og sykehus nivå.

Arbeidet med å lukke avvikene pågår.

Våren 2015 ble det avholdt stedlig revisjon av «Tematisk område forskning cancer mammae» og tilhørende forskningsbiobank ved Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Avdeling for kreftbehandling, og «Tematisk forskningsområde pankreascancer» med tilhørende forskningsbiobank ved Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Avdeling for gastro- og barnekirurgi. Revisjonen avdekket flere funn og forbedringsområder knyttet til rutiner for godkjenning av forskningsprosjekter, melding til Personvernombudet, utlevering til eksterne og informasjon til inkluderte. Avvikene er nå lukket og revisjonen er avsluttet.

Revisjon: Overordnet vurdering av styring og kontroll i prosesser knyttet til byggeprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF

Revisjonen inngikk i revisjonsplan for Oslo universitetssykehus HF og oppdraget ble gitt til foretakets eksterne revisor Pricewaterhouse Coopers AS (PwC). Revisjonsfokus var å undersøke i hvilken grad byggeprosjektene gjennomføres på en hensiktsmessig måte. Dette vil si i forhold til målrettet drift, pålitelig rapportering og etterlevelse av lover og retningslinjer/veiledere. Revisjonen ble gjennomført i perioden januar-mai 2015 og rapport overlevert 8. juni 2015. Rapporten ble presentert som egen orienteringssak i styremøte 28. oktober 2015, sak 72/2015.

Revisjonen viste funn som indikerte at oppgavene med styring, ledelse og gjennomføring av byggeprosjektene ikke er godt nok håndtert og at det er risiko for manglende prosedyre- og regeletterlevelse. Sykehuset foretok en etterfølgende intern gjennomgang av funnene som ga et mer nyansert bilde enn det som ble beskrevet i rapporten og omtalt i etterfølgende medieoppslag. I mange tilfeller fantes det relevante årsaksforklaringer på de aktuelle funnene, og at det likevel ikke har vært regel- eller rutinebrudd i det omfang eller av den karakter som først ble antatt.

Tiltak for å følge opp funnene i revisjonen er under effektivering. Flere tiltak er allerede håndtert og ferdig. Tiltakene er knyttet til struktur, rutiner, ledelse og opplæring. Tiltakene er videre prioritert etter alvorlighetsgrad samt antatt effekt over tid. Realisering av innhold og framdrift i planen følges opp av ledelsen i Oslo sykehusservice med rapportering til viseadministrerende direktør økonomi og finans. Det skal rapporteres jevnlig på framdrift i forhold til oppsatt plan. Revisjonsfunnene og oppfølging av disse inngår i driften.

Styret vil senere få forelagt en oppdatert oversikt for oppfølging av funnene og gjennomgangen. Dette arbeidet medfører at sykehuset håndterer og forvalter byggeprosjektene på en god og trygg måte.

Revisjoner utført av konsernrevisjonen 1. tertial 2016:

Det har ikke vært utført revisjoner fra Konsernrevisjonen i dette tertial.

Revisjonsrapporter fra Konsernrevisjonen som har vært styrebehandlet i perioden

Revisjon Tilgjengelige helsetjenester

Styresak 17/2016.

Revisjonsperiodene var fra august til november 2015.

Revisjonen hadde følgende problemstilling:

«Arbeider Oslo universitetssykehus HF på en strukturert måte for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter i pasientforløpet?»

Revisjonen har kartlagt og vurdert hvordan helseforetaket gjennom ulike styringsinformasjon arbeider med å sikre at alle pasienter får helsehjelp innen fastsatte tidspunkter. Videre har revisjonen kartlagt hvordan helseforetaket arbeider med å synliggjøre sammenhengene mellom aktivitet, ressurser og kapasitet. Revisjonen har satt dette i sammenheng med plan- og oppfølgingsprosessene i helseforetaket, samt andre sentrale faktorer som ansvar og kompetanse.

Revisjonen har sett på systemet som helhet, og revisjonen var gjennomført på overordnet nivå og i tre klinikker. Innenfor hver av de tre klinikkene var tre avdelinger med fire tilhørende seksjoner inkludert i revisjonen.

Revisjonen viste at det er gjennomført en rekke tiltak i sykehuset for å sikre at pasientene får helsehjelp innen fastsatte tider. Samtidig avdekket revisjonen svakheter/mangler innenfor flere områder som inngår i gjeldende krav til intern kontroll.

Det ble i mars forelagt styret en handlingsplan for hvordan funnene skal følges opp. Tiltakene i handlingsplanen skal «bakes inn i» eksisterende styrende prosesser. Effekt av tiltakene vurderes i løpet av høsten 2016.

Oppfølginger av konsernrevisjoner fra tidligere tertial

Det har ikke vært oppfølging av tidligere konsernrevisjoner i dette tertial.

2.4.2 Eksterne tilsyn

Oslo universitetssykehus HF forholder seg til en rekke statlige tilsyn som har det overordnede faglige tilsynet innenfor sine fagområder, og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Arbeidsområder, rettigheter, ansvar og myndighet er regulert gjennom lov eller forskrift.

De viktigste tilsyn for Oslo universitetssykehus HF er:

- Statens helsetilsyn
- Fylkesmannen i fylkene
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Det lokale el-tilsyn
- Mattilsynet
- Brann- og redningsvesen i kommunene
- Statens strålevern
- Statens legemiddelverk
- Arbeidstilsynet

I 1. tertial har det totalt vært 15 tilsynsbesøk:

- Vann- og avløpsetaten (5)
- Riksrevisjonen (3)
- Mattilsynet (3)
- Branntilsyn (2)
- Arbeidstilsynet (1)
- Det lokale el-tilsyn (netteier) (1)

Vann- og avløpsetaten har vært på tilsynsbesøk på 5 lokalisasjoner: Aker, Gaustad, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål. Til sammen ble det gitt 26 avvik. Alle avvikene gjelder den tilbakestrømningsbeskyttelsen som er installert ved sykehusets vanninntak hvor formålet er å beskytte vannledningsnettet mot forurensning ved tilbakestrømning. Sykehuset er pålagt å rette avvikene i henhold til plan- og bygningsloven (§32-3 første ledd). Oslo sykehusservice lager nå en handlingsplan for lukking avvikene ved alle lokalisasjonene, men det vil ta tid å få gjennomført de nødvendige tiltak. Frist for oversendelse av handlingsplan er 19.august 2016.

Riksrevisjonen har hatt postale tilsyn:

- 1) Forvaltningsrevisjon om medisinsk koding ved lungebetennelser (Medisinsk klinikk, Infeksjonsmedisinsk avdeling) og implantasjon av hofteproteser (Ortopedisk klinikk, Avdeling for protesekirurgi). Det ble i januar/februar gjennomført en spørreundersøkelse til kodere, kontrollere og ledere. Tilbakemelding foreligger ikke pt.
- 2) Konsulentbruk i staten, inklusiv Helseforetak. Det ble i februar/mars gjennomført en spørreundersøkelse til Administrerende direktørs stab og sykehusets ledelse. Tilbakemelding foreligger ikke pt.
- 3) Forvaltningsrevisjon om bruk av bildediagnostikk i Klinikk for radiologi og nukleærmedisin. Det er for kort tid siden mottatt en spørreundersøkelse. Tilbakemelding foreligger ikke.

Mattilsynet, det lokale el-tilsyn og brannvesenet har også gitt hvert sitt avvik ved tre ulike tilsyn. Dette er mindre alvorlige avvik hvorav ett allerede er lukket.

Tidligere tilsyn – pågående prosess

Det er åtte tidligere tilsyn som ikke er helt avsluttet (se oversikt i kapittel 7).

Flere av disse er oppfølging av avvik hvor tiltak er iverksatt og hvor tilsynsmyndigheten ønsker evaluering eller beskrivelse av status. På enkelte områder kan det ta lengre tid å gjennomføre endringer. En del slike langsiktige prosesser følges opp gjennom dialogmøter med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Arbeidstilsynet og Oslo Brann- og redningsetat.

2.5 Kontinuerlig systematisk forbedringsarbeid og LEAN

Sykehuset har de siste årene satset mer systematisk på kontinuerlig forbedring gjennom tilnærmingen LEAN. Målsettingen har vært å øke generell kompetanse hos ansatte i forbedringsmetodikk og gjennom dette å øke effektivitet og kvalitet i virksomheten. Initialt fokus har rettet seg mot opplæring og forbedring av hverdagslige arbeidsprosesser for å utnytte ressursene best mulig. Etter hvert har tilnærmingen blitt brukt på mer krevende prosesser.

I sykehusets overordnede handlingsplan for 2016 står det:

Mål:	Tiltak:
Oslo universitetssykehus HF har kompetanse og anvendelse av Lean ledelsesfilosofi, metoder og verktøy i kvalitetsforbedringsarbeid innen pasientforløp, logistikk og prosesser i alle deler av sykehuset	Gjennomføre leankurs for 200 ledere/ressurspersoner i Oslo universitetssykehus HF som skal igangsette forbedringsarbeid
Ledere er aktive pådrivere i LEAN-prosjekter	Alle klinikker skal ha pågående Lean forbedringsarbeid
Ledere prioriterer og konkretiserer lokalt forbedringsarbeid	Klinikker skal benytte systematisk forbedringsverktøy i pasientsikkerhetsarbeid og pakkeforløp

Tabell 1. Utdrag fra sykehusets overordnede handlingsplan 2016

Målet er at sykehuset skal ha nødvendig og tilstrekkelig kompetanse innen egen organisasjon til å kunne benytte Lean metoder i kvalitetsforbedringsarbeid.

Lederne har en sentral rolle i arbeidet ved å motivere og skape engasjement, støtte og etterspørre progresjon i forbedringsarbeidet. Det skal oppleves at kontinuerlig forbedring og Lean er kjente begreper i sykehuset. Den systematiske metoden koples nå i økende grad opp mot mer avanserte oppgaver innenfor pasientforløp og pasientsikkerhet.

Det er opprettet et nettverk for kontinuerlig forbedring som ledes av klinikkleder for medisinsk klinikk og består av to personer fra hver av de gamle klinikkene og tre fra sentral stab. Nettverksmedlemmene arbeider internt i egen klinikk og på tvers av klinikkene. En forutsetning for å delta i nettverket er at personene har god og jevnlig kontakt med klinikkleder, og at de får prioritert tid til forbedringsarbeid i egen klinikk og i sykehuset. Nettverkets medlemmer er delt inn i fire underliggende arbeidsgrupper.

Status / resultater etter første tertial 2016

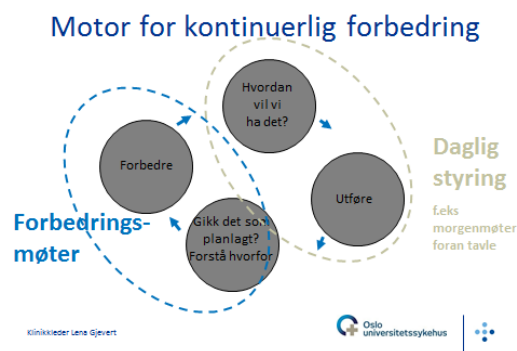
Nettverkets medlemmer har i perioden gjennomført og bistått i følgende arbeid:

- En dags samling for ledergruppen
- To halve dager med sentral HR og Økonomi stab
- Fem todagers grunnkurs i Lean med ca. 20 ledere og ressurspersoner på hvert kurs
- Opplæring av flere interne kursholdere
- Utvikling og evaluering av interne undervisningspakker: en – og todagers kurs, og kurs av kortere varighet
- Bistått i systematisk forbedringsarbeid i alle klinikker
- Klinikinterne kurs og forelesninger samt bistått hverandre på tvers av klinikkene.
- Undervisning i førstelinjelederprogrammet
- Presentasjon på ledersamling i Tønsberg 15. januar med eksempler på forbedringsarbeid i alle klinikker
- Presentasjon for Personalformidlingen
- Presentasjon for IKT stab
- Vært fasilitatorer i mer kompliserte forløp og samarbeid, standard pakkeforløp for pasienter med livmor- og livmorhalskreft, og i faglig samarbeid på tvers av klinikker hvor målet er at like fagområder har felles prosedyrer, rutiner, retningslinjer og standard for pasientbehandling og pasientinformasjon

Arbeidet med LEAN har også vakt interesse utenfor sykehuset

- Besøk fra Ledergruppen på TINE
- Besøk fra Vestre Viken/Helse Sør-Øst RHF
- Presentasjon av «Lean som metode for forbedringsarbeid ved OUS» i Helse Sør-Øst regionale læringsnettverk og i Forsvaret.
- Gjennomføring av flere todagers grunnopplæring i LEAN for Sykehusapotekene
- Besøk fra Regionssykehuset i Rogaland

Nettverket merker en økende etterspørsel etter bistand. Nettverkets arbeid har resultert i omfattende positivt samarbeid på tvers av klinikker og i sentral stab. LEAN gir resultater i små og store forbedringsarbeid, noe det finnes svært mange eksempler på i alle klinikker.



Figur 4. LEAN - motor for kontinuerlig forbedring. Prinsippskisse. L. Gjevvert

3 Pasientbehandling med fokus på pasientsikkerhet og samhandling

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

Pasientsikkerhet:

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

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

3.1 Pasientforløpsarbeidet

Pasientforløp/pakkeforløp

I første tertial 2016 har fokus innen pakkeforløp kreft vært identifisering og oppfølging av tiltak for å bedre forløpstidene i pakkeforløpene, samt forbedring av samhandlingen i pakkeforløpene internt mellom avdelinger, med fastleger og andre helseforetak.

Måloppnåelse forløpstider i pakkeforløp

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

Rapportene viser at sykehuset i stor grad bruker pakkeforløpsystemet. I 2015 ble 81 % av diagnostiserte kreftpasienter i sykehuset behandlet i et pakkeforløp (ca. 2400 pasienter). I første tertial 2016 er 73 % (ca. 1200 pasienter) inkludert i pakkeforløp i sykehuset. Det nasjonale målet er 70 %. Andel kreftpasienter behandlet innen normert forløpstid var 59 % i 2015 og 63 % i første tertial 2016. For de ulike behandlingstypene, er måloppnåelsen i 1. tertial 2016:

- Start pakkeforløp til medisinsk behandling: 73 % (128 av 176 er innenfor forløpstid)
- Start pakkeforløp til kirurgisk behandling: 63 % (380 av 599 er innenfor forløpstid)
- Start pakkeforløp til strålebehandling: 47 % (68 av 144 er innenfor forløpstid)

For kirurgi og strålebehandling er Oslo universitetssykehus HF under det nasjonale målet på 70 %. Forløpstidene frem til kirurgi er innenfor normen i pakkeforløpene tykk-

¹ Hentet fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet

² Hentet fra Den norske legeforening

og endetarmskreft, hjernekreft, hode-hals kreft, føflekkreft, bukspyttkjertelkreft og sarkom. For brystkreft, prostatakreft og de gynekologiske pakkeforløpene er forløpstidene frem til kirurgi klart under målet. Frem til strålebehandling er utfordringen størst innen pakkeforløpene livmorkreft, hjernekreft, hode-hals kreft, prostatakreft og livmorhalskreft.

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

Hovedfokuset så langt i sykehuset har vært forbedring av pakkeforløpene brystkreft, prostatakreft og de tre gynekologiske pakkeforløpene.

I brystkreftforløpet er det fortsatt mangelfull kapasitet i Brystdiagnostisk senter (BDS). 4 av 9 mammariadiologer har vært ute i fødselsperm i 2015. Disse kommer nå tilbake og det vil bedre situasjon for senteret i løpet av 2016. Sykehuset er likevel fortsatt avhengig av private aktører i utredningen, noe som vanskeliggjør innfrielse av forløpstidene. Operasjonskapasiteten er økt. I mars måned var for første gang over 70 % av pasientene innen forløpstiden frem til kirurgisk behandling. På grunn av påskeferieavvikling er forløpstidene dårligere igjen i april. Det er et stort behov for samlokalisering av brystkreft i sykehuset. Brystforløpet involverer både Ullevål, Radiumhospitalet, Aker og Rikshospitalet, noe som gir store koordineringsutfordringer og er en lite hensiktsmessig.

I prostatakreftforløpet er det ca. 4 ukers polikliniske ventetider fra start pakkeforløp til første fremmøte i pakkeforløpet både i Avdeling for urologi og Avdeling for kreftbehandling. Det er 1- 2 måneders ventetid på robotassistert laparoskopisk radikal prostatektomi (RALP), samt utfordringer innen MR regranskning. Koelisbiopsier er i utgangspunktet å foretrekke, men er svært tidkrevende med lengre ventetid. Fordelingen mellom Koelisbiopsier og ordinære biopsier (som er mindre tidkrevende) er nå ca. 50 % av hver. Antall RALP inngrep er økt. En del pasienter henvises videre til Sykehuset innlandet HF, Hamar for kirurgi der. Innen uro-onkologi gjennomføres det en virksomhetsgjennomgang i Avdeling for kreftbehandling som skal bedre samhandlingen mellom Radiumhospitalet og Ullevål.

Innen de tre gynekologiske pakkeforløpene er det fremdeles utfordringer på Radiumhospitalet med henvisningsflyt, radiologi, patologi og operasjonskapasitet. Det er satt i gang et LEAN-prosjekt for pakkeforløp livmorhalskreft som har identifisert følgende prioriterte fokusområder: Henvisningsflyt, MR kapasitet, tilgjengelighet forløpskoordinator, manglende kommunikasjon ut mot henvisende instanser og ventetid operasjon. Det jobbes med å utarbeide tiltak for å bedre situasjonen for gynekologisk kreft pasienter, blant annet ved å bedre MR-kapasiteten, øke operasjonskapasiteten og ved å innføre regionale MDT videokonferansemøter.

For de to andre storvolum pakkeforløpene lungekreft og tykk- og endetarmskreft er forløpstidene noe dårligere så langt i 2016 enn i 2015, og det arbeides med å bedre dette. I tykk- og endetarmskreftforløpet er det nødvendig med flere endoskop ved Avdeling for gastromedisin.

I tillegg til utfordringene nevnt ovenfor, har det så langt i 2016 vært et høyt sykefravær blant radiologene på Radiumhospitalet som i stor grad påvirker mange av pakkeforløpene i Helse Sør-Øst. Det er nå ansatt to nye erfarne radiologer som forhåpentligvis vil bedre situasjonen.

Flyttingen av patologiavdelingen fra gamle Radiumhospitalet til det nye OCCI-bygget på Montebello har ført til lengre svartider for patologiske undersøkelser. Det vil bedre seg i mai, men fortsatt er det en utfordrende driftssituasjon for patologi. Gammelt utstyr parallelt med økende antall prøver, spesielt spesialprøver, gjør situasjonen krevende og påvirker svartider både i utredningen og for operasjonspreparatene som er avgjørende for valg om videre behandling for kreftpasientene. Det er stort behov for oppgradering av utstyr og bedre driftssituasjon ved Avdeling for patologi.

Forløpskoordinatorer som pasientens kontaktpunkt

Forløpskoordinatorerne har en sentral oppgave i å være et kontaktpunkt for pasientene og samordne forløpene på tvers av de ulike lokaliseringene og avdelingene i sykehuset. Mange av pakkeforløpene er svært komplekse og involverer flere lokalisasjoner, noe som krever betydelig koordineringsressurser.

Alle pakkeforløpene har fått på plass forløpskoordinatorfunksjon. Det er opprettet enkelte nye slike stillinger etter innføringen av pakkeforløpene, men flertallet av forløpskoordinatorfunksjonene er innarbeidet i allerede etablerte pasientkoordinatorressurser. Forløpskoordinatorfunksjonen er sårbar i sykehuset fordi foreløpig er det få koordinatorer i de ulike pakkeforløpene. Ved fravær er det krevende å få andre til å ta arbeidsoppgavene til forløpskoordinatoren og spesielt følge opp telefonkontakten med pasientene. Det meldes om økende arbeidsbelastning for forløpskoordinatorerne med eskalerende turnover. Det bør på sikt trolig etableres flere forløpskoordinatorfunksjoner.

Registrering av pakkeforløp

Registreringen av målepunktene i pakkeforløpene i DIPS har vært en ressurskrevende oppgave og en ny oppgave som er tillagt forløpskoordinatorerne. I DIPS Arena er det utviklet funksjonalitet som bedre støtter registrering av pakkeforløp. Denne funksjonaliteten implementeres i sykehuset 27. mai. Det er forventet at både registreringsrutiner og datakvaliteten i pakkeforløpene forenkles og forbedres, noe som forhåpentligvis vil avlaste forløpskoordinatorerne slik at de kan få bedre tid til kontakt med pasientene.

Et fåtall av henvisningene sykehuset mottar enten fra fastleger, avtalespesialister eller andre sykehus, er merket med «pakkeforløp kreft». Vurderingsansvarlig lege ved sykehuset skal vurdere om det likevel er begrunnet mistanke om kreft i henvisningen. Hvis det er det, skal pasienten inkluderes i et pakkeforløp. Det arbeides med at alle vurderingsansvarlige leger skal få nødvendig opplæring i registrering av pasienter i pakkeforløp.

Etablering av forløpsledelse

Ansvar for gjennomføring av de ulike pakkeforløp ligger i dag i linjeledelsen. De enkelte avdelingsledere har således ansvar for «sin del» av pakkeforløpet. Når forløpene strekker seg over flere avdelinger og klinikker, utfordres kontinuitet og helhet i pasientbehandlingen. I 2015 ble det derfor besluttet en felles struktur hvor hvert pakkeforløp etablerte et forløpsteam med forløpsleder for å sikre mer helhetlig pasientbehandling på tvers av linjeledelsen.

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

3.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre

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

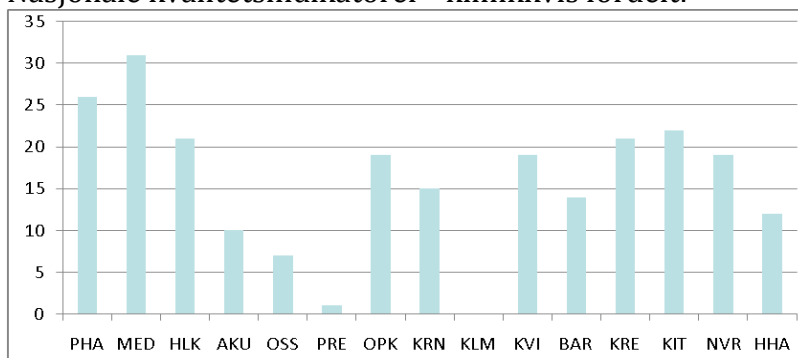
Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer:

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

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

Sykehuset har i 1. tertial 2016 startet en satsning på bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale kvalitetsregistre i forbedringsarbeid knyttet til pasientbehandling. I alt dreier det seg om 87 nasjonale kvalitetsindikatorer for helseforetakene, hvorav 33 danner grunnlag for nasjonal kvalitetsbasert finansiering. Nasjonale indikatorer og resultater er gjort tilgjengelig på www.helsenorge.no.

Nasjonale kvalitetsindikatorer - klinikkvis fordelt:



Figur 5. Nasjonale kvalitetsindikatorer fordelt på klinikk

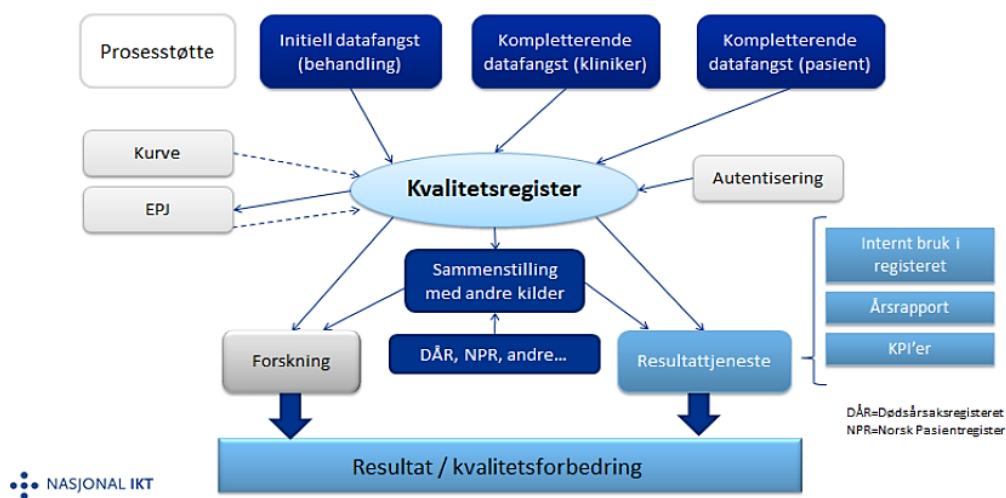
Etter at nye resultatet ble publisert i februar, ble Folkehelseinstituttet (tidligere Kunnskapscenteret) invitert til et møte i Sentralt kvalitetsutvalg for å presentere og diskutere de siste resultatene. Oslo universitetssykehus HF har overveiende gode resultater å vise til, men i møtet ble det særlig diskutert 30 dagers overlevelse etter hoftebrudd og hjerneslag der sykehuset har svakere resultater enn landsgjennomsnittet.

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

Oslo universitetssykehus HF drifter selv 19 av de 52 Nasjonale kvalitetsregistrene, hvorav 8 er tilknyttet Kreftregistret. De 11 øvrige registre er knyttet til ulike klinikker ved sykehuset (kapittel 7.3), og resten driftes av andre regionssykehus i Norge. Nasjonale kvalitetsregistre og funn er gjort tilgjengelig på www.kvalitetsregistre.no

Det er seg noen utfordringer til innsamlingen av data til registrene fordi høstingen som oftest må foregå manuelt i omfattende skjemaer. Det gir seg utslag i noe lav dekningsgrad og lav datakvalitet i flere av de nasjonale kvalitetsregistrene. Gjennom utvikling av en ny teknologisk løsning, datavarehus, vil dette framover bli betraktelig enklere.

Bruk av kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre er tematisert i sykehusledelsen med en gjennomgang av nasjonale indikatorer og nasjonale kvalitetsregistre brukt som systematisk styringsgrunnlag basert på faglige kriterier. Da Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (SKDE) undersøkte bruk av data fra nasjonale kvalitetsregistre i 2011, fant de at 60 % i kliniske miljø oppgir at de mottar resultater, 27 % angir at de bruker resultatene til evaluering av klinisk virksomhet og 13 % oppgir at resultatene benyttes i styring.



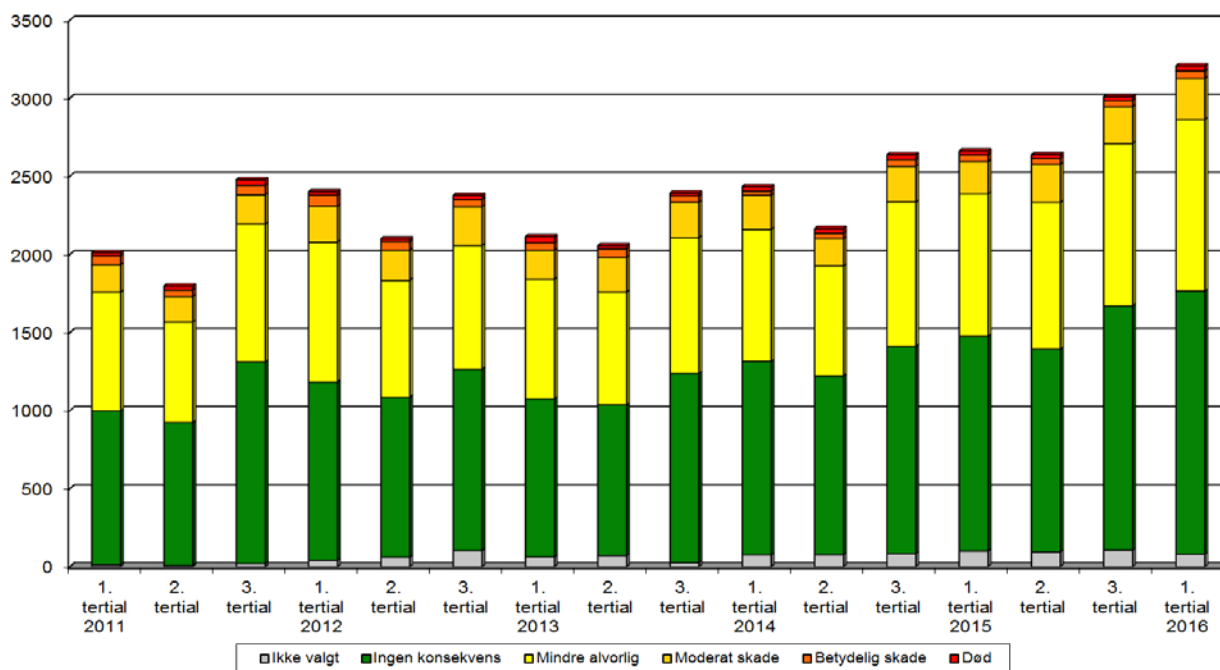
Figur 6

Resultatene fra nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale kvalitetsregistre ble tatt opp med klinikkene i tertialoppfølgingsmøtene. Det er flere eksempler i sykehuset på forbilledlig bruk av nasjonale kvalitetsregistre som eksempel barnediabetesregistre, intensivregistret, hjertekirurgiregistret og hoft- og kneprotese registre innen ortopedi. Det mottas svært positivt at ledelsen setter faglige indikatorer tydeligere på dagsorden i pasientsikkerhets- og kvalitetssammenheng. Klinikkene vil bli fulgt videre opp på dette feltet.

3.3 Uønskede pasienthendelser

Figur 7 viser en fortsatt økningen i registrering av uønskede pasienthendelser i 1. tertial 2016. Økningen inkluderer også hendelser uten faktisk konsekvens. Et viktig mål for sykehuset er å øke antallet registrerte pasientskader i Achilles uten å øke andelen, fordi dette er en sterk markør for meldekultur og åpenhet. Den vedvarende økningen i totale registreringer er derfor positiv.

Dersom man legger til grunn tilgjengelige datakilder fra 2015 er andel meldte pasientskader i Achilles, i forhold til antallet estimerte faktiske skader i sykehuset, 30-40 %. Dette er et høyt tall og uttrykker en åpen meldekultur sammenliknet med hva som er rapportert i en del publiserte studier (10-15 %). Det er knyttet betydelig usikkerhet til estimatet faktiske skader som beregnes ut fra jevnlig GTT- undersøkelser. Det vil bli nærmere gjennomgått.



Figur 7. Utvikling av pasientrelaterte hendelsesregistreringer med fargevisning av 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	Unaturlig dødsfall	Ikke valgt
Pasienthendelse		3206	1684	1099	262	48	34	80
Behandling og pleie	24 %	770	343	285	81	21	22	18
Diagnostikk / utredning	9 %	301	147	115	30	5	1	3
Dokumentasjon / info	10 %	335	222	95	11	0	2	5
Infeksjon	1 %	27	10	13	2	1	1	0
Legemidler og blod	16 %	525	348	153	20	2	0	2
Medisinsk utstyr	6 %	206	105	75	15	4	1	6
Pasientadferd	2 %	60	12	29	12	4	3	0
Pasientadministrasjon	17 %	555	297	204	40	4	3	8
Pasientuhell og fall	6 %	199	108	69	16	5	0	1
Ikke kategorisert	7 %	228	92	61	35	2	1	37

Tabell 2. Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier. 1. tertial 2016. Kilde: Achilles.

Det er små variasjoner i andelen av de registrerte sakene som har medført betydelig skade/død, og er dette tertial 2,6 %. Samtidig er 53 % av de registrerte hendelsene klassifisert med ingen eller ubetydelig konsekvens for pasientens helse.

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

Tabell 3. Fordeling av pasientrelaterte avvik ut i fra faktisk konsekvens. Kilde: Achilles

3.4 Sykehusinfeksjoner

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

Helsetjenesteassosierte infeksjoner

Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner var 7,1 % ved undersøkelsen 10. februar 2016. Tallene inkluderer helsetjenesteassosierte infeksjoner hos pasienter overført fra andre sykehus, som utgjorde 0,9 %. Prevalens av de infeksjonstypene som skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt var 5,4 %, hvorav 0,4 % var infeksjoner overført fra annet sykehus. Det er de sistnevnte tallene som benyttes ved offisiell rapportering i Helse Sør-Øst RHF.

³ Kilde: Helsedirektoratet

År	Gjennomsnittlig prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner	Klinikk vis variasjon**	Daglig gjennomsnittlig antall helsetjenesteassosierte infeksjoner blant heldøgns pasienter
2016/T1	7,0	1,4 – 31,4	101
2015	7,1	3,6 – 26,8	102
2014	6,5	2,0 – 28,3	94
2013	5,6	1,7 – 22,9	78
2012	6,4	3,5 – 20,8	84

Tabell 4. Prevalens av helsetjenesteassosierte infeksjoner * ved Oslo universitetssykehus HF i 2012 – 1. tertial 2016

* Omfatter alle typer helsetjenesteassosierte infeksjoner, også de som ikke skal rapporteres til Nasjonalt folkehelseinstitutt.

** Gjelder ny klinikkstruktur i 2016

Fristen for rapportering av infeksjoner etter kirurgiske inngrep utført i siste tertial 2015 var 27. mai 2016 og de endelige resultatene fra Folkehelseinstituttet foreligger ikke før 23. juni 2016. Ved Oslo universitetssykehus HF er det fulgt opp 3098 pasienter i hele 2015, og de foreløpige resultatene for insidens av infeksjoner i operasjonsområdet er vist i Tabell 5.

	Antall inngrep	Overflatisk infeksjon	Dyp og organ/hulrominfeksjon
Coronar bypass (enkle)	306	5,2 %	0 %
Keisersnitt	1778	2,1 %	0,7 %
Hofteprotese (total)	179	1,7 %	4,1 %
Hofteprotese (hemi)	121	1,7 %	3,9 %
Cholecystectomi	282	4,6 %	4,3 %
Colon	285	20,5 %	8,4 %

Tabell 5. Insidensandel av infeksjoner i operasjonsområde ved Oslo universitetssykehus HF i 2015

Antibiotikabruk

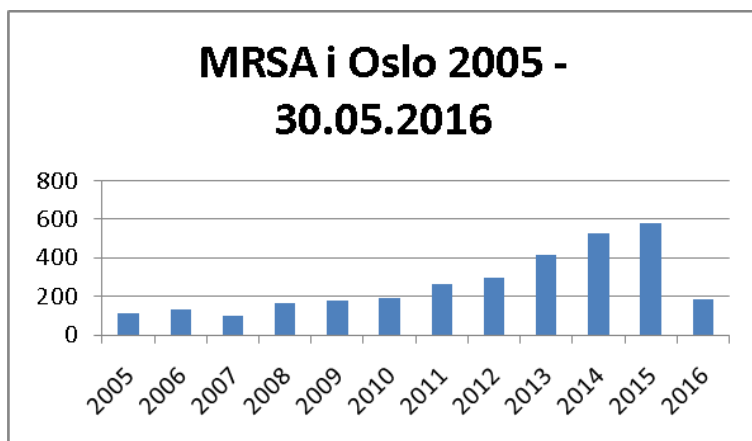
Registrering av antibiotikabruk viste at 26 % av inneliggende pasienter ved Oslo universitetssykehus HF fikk antibiotika 10. februar 2016.

Det er tildelt ekstra midler og besluttet organiseringen av et overordnet prosjekt for å implementere et antibiotika- styringsprogram i sykehuset.

Resistente bakterier

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

Figur 8 viser forekomsten av MRSA i Oslo til 30. mai 2016. Det ble rapportert MRSA hos til sammen 187 pasienter i Oslo, som utgjør 22,2 % av alle tilfeller i Norge.



Figur 8. Antall pasienter med MRSA i Oslo 2006 - 30.05.2016

De fleste pasientene som får påvist resistente bakterier er smittet utenfor sykehuset, men det påvises også noen tilfeller av smitte etter innleggelse.

Resistente bakterier skaper økende utfordringer for det infeksjonsforebyggende arbeidet og driften av sykehuset, og tar nå så mye ressurser at det går på bekostning av det øvrige smitteforebyggende arbeidet. Mangel på enerom og isolater øker risikoen for smittespredning og reduserer kapasiteten på diagnostikk og behandling.

Infeksjoner i operasjonsområde

Postoperative sårinfeksjoner utgjør den hyppigste infeksjonstypen ved Oslo universitetssykehus HF, og det forebyggende arbeidet mot denne infeksjonstypen prioriteres høyt. I 2015 arbeides det spesielt med forebygging av hypotermi og adferd på operasjonsstuene. Det er også påbegynt en utredning av om sykehuset skal endre rutinene for preoperativ huddeinfeksjon.

Blodbaneinfeksjoner

Kateterassosierte blodbaneinfeksjoner er et annet satsingsområde. Det er satt i gang et arbeid for å identifisere alle helsetjenesteassosierte blodbaneinfeksjoner for å følge disse opp med rot-årsaksanalyse.

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

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

I 1. tertial 2016 er det sendt 34 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Varslene medførte tilsynsmessig oppfølging i 19 av sakene.

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

Tabell 6. Antall varsler til Statens helsetilsyn med påfølgende oppfølging

3.6 Pasientsikkerhetsprogrammet

Det femårige, nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Programmet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og viderefører arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen ved samme navn (2011-2013).

Tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet følges opp i sykehuset som en integrert del av sykehusets «Handlingsplan for pasientsikkerhet 2015-2016». Lederne rapporterer på enhetens innføringsstatus- trenden er fortsatt svakt positiv.

Innføring av tiltakspakken for behandling av hjerneslag er fortsatt ikke påstartet.

Det minnes ellers om at i innsatsområdet «Ledelse av pasientsikkerhet» finnes tiltak for [«Styreinvolvering i pasientsikkerhet»](#)

3.7 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.

	2014			2015			2016
	T1	T2	T3	T1	T2	T3	T1
Fra Fylkesmannen	33	57	45	43	39	51	54
Fra Pasientombud	26	19	26	21	21	17	12
Tilsynssaker fra Fylkesmannen *	-	-	-	-	-	-	14

Tabell 7. . Nye klager og klagerelaterte saker. Kilde: Avvikssystemet Achilles.

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

Antallet saker fra Fylkesmannen er høyere og antall saker fra Pasientombudene er noe lavere enn i samme periode i 2015.

Fylkesmannens konklusjoner i tilsynssaker som er avsluttet i perioden:

	1. tertial 2015		2. tertial 2015		3. tertial 2015		1. tertial 2016	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	12	44 %	12	50 %	19	53 %	4	18 %
Avsluttet med anmerking	10	37 %	4	17 %	3	8 %	3	14 %
Brudd på informasjonsplikt	0	0 %	1	4 %	1	3 %	0	0 %
Brudd på pasientrettigheter	0	0 %	1	4 %	2	6 %	0	0 %
Brudd på krav til journalføring	0	0 %	0	0 %	1	3 %	1	5 %
Brudd på forsvarlighet	5	19 %	6	25 %	10	28 %	12	55 %
Brudd på helsepersonelloven	0	0 %	0	0 %	0	0 %	2	9 %
Brudd på taushetsplikt	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
SUM	27	100 %	24	100 %	36	100 %	22	100 %

Tabell 8. Fylkesmannens konklusjoner i avsluttede tilsynssaker.

Sakene som har medført brudd på lov eller forskrift (15) fordeler seg slik:

År	ePhorte	Klinikk	Hvem klager	Brudd på forsvarlighetskravet § 2-2 i SHTL	Brudd på andre lover, forskrifter
2010	7781	PHA	Legeforeningen		HPL § 16: Organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester jfr SHTL § 2-2.
2011	21064	KRE	Pårørende	X	
2012	5732	PHA	Varsel fra OUS til SHT	X	
2013	4453	KIT	Pasienten Fylkesmannen i Møre og Romsdal/SHT	X	
2013	7208	AKU KIT	Varsel fra OUS til SHT	X	2 leger får brudd på forsvarlighetskravet i HPL § 4
2013	9769	KIT KRN	Varsel fra OUS til SHT	X	SHTL § 3-2 om journal- og informasjonssystemer
2013	15610	KVI	Varsel til SHT/HSO		Helsepersonelloven § 39 om journalføringsplikt
2014	12470	KKT (KRE)	Pasientombudet i Vestfold/ FMOA		Brudd på journalforskriften § 8
2014	12668	KVI AKU	Varsel til SHT	X	Brudd på kravet om journalføring: SHTL § 3-2, HPL §§ 39, 40 og journal-forskriften.
2015	3408	KKT (KRE)	Pasienten HSO	X	
2015	9941	BAM KRN		X	

År	ePhorte	Klinikk	Hvem klager	Brudd på forsvarlighetskravet § 2-2 i SHTL	Brudd på andre lover, forskrifter
2015	12479	HLK	Pasienten- FMOA	X	Informasjonskravet i SHTL § 3-11
2015	13956	KRE (tidl. KVB)	Pasientombudet i Vestfold FMOA	X	
2015	15609	KRE (tidl. KVB)	Pasient Pårørende FMOA	X	
2015	5249	NEV	Varsel sendt fra OUS til SHT	X	

Tabell 9. Tilsynssaker med brudd på lov eller forskrift 1.tertial 2016

Sykehuset har mottatt 22 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav 15 med brudd på helselovgivningen i første tertial 2016. Tolv gjelder brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg foreligger det brudd på informasjonsplikten (1 sak), brudd som dreier seg journaldokumentasjon (4 saker) og brudd på kravet til organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester (1 sak). Seks saker hadde utgangspunkt i varsler sendt fra Oslo universitetssykehus HF til Statens helsetilsyn.

Klinikk Psykisk helse og avhengighet har hatt to saker (2010/7781) (2012/5732). I den ene saken med brudd på kravet til organisering av virksomheten, hadde klinikken utlevert opplysninger til Statens helsetilsyn i forbindelse med at en helsearbeider som hadde vært pasient hadde en tilsynssak på seg. I en slik situasjon skal helsearbeideren betraktes som en pasient og kunne styre hvilke journalopplysninger som gis ut om vedkommende, mens klinikken hadde sendt hele journalen til Statens helsetilsyn. Den andre saken gjaldt en pasient som var i behandling på grunn av rusproblemer og som tok sitt eget liv. Fylkesmannen konkluderer med at det manglet systematisk utredning og behandlingsplan og at suicidalitet ikke var fulgt opp i henhold til nasjonale retningslinjer, og de konkluderer med brudd på kravet til forsvarlighet.

Kreftklinikken har hatt 5 saker.

En sak gjaldt en klage fra pårørende (2011/21064) på en navngitt overlege som var involvert i datterens kreftbehandling der foreldrene klaget over dårlig kommunikasjon. Klinikken kjenner seg i liten grad igjen i beskrivelsen av denne overlegen. Fylkesmannen skriver at de finner det sannsynliggjort at overlegens kommunikasjonsform var vanskelig for både pasienten, familien og andre helsepersonell som inngikk i samarbeidet rundt pasienten. Avvikene har vært av en slik karakter at det anses som uforsvarlig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

En kvinne med to kreftformer klager (2012/12470) over at hun ble behandlet med cellegift og operasjon, både ved Sykehuset i Vestfold HF og Oslo universitetssykehus HF, og det oppstod komplikasjoner blant annet med perforasjon av magesekken. Avdelingens uttaler at pasienten hadde to svulster og at disse måtte behandles separat, og at pasienten derfor ble vurdert i et tverrfaglig møte, og det ble laget en behandlingsplan basert på dette. Fylkesmannen konkluderer med at manglende

journaldokumentasjon av endring av begrunnelsen for anbefaling av cellegift-kurene er et brudd på journalplikten.

Tre pasienter klager på lang ventetid på kreftbehandling (2015/3408) (2015/13956) (2015/15609). En pasient ventet 6,5 måneder fra start til operasjon. En annen ventet 60 dager fra henvisningen ble mottatt til operasjon, og den tredje ventet over to måneder fra hun ble henvist til operasjon ble satt opp, men så avlyst fordi svulster var blitt for stor. Fylkeslegen gir brudd på forsvarlighetskravet i alle de tre sakene. Avdelingen beklager lang ventetid. Det er nå ansatt flere overleger, operasjonskapasitet er bedret og pakkeforløp for kreft er under innføring.

Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon har hatt tre saker. En pasient ble feilbehandlet for non-Hodgin lymfom (2013/4453). Han ble henvist fordi man trengte kompetanse innen leverkirurgi fordi han hadde en tumor i buken. Etter operasjon viste histologi hvilken tumor det var, og konklusjonen var at man ikke burde operert uten biopsi først. Oslo universitetssykehus HF er enige i pasientens klage, og beklager kommunikasjonssvikten med St Olavs hospital, fordi man fikk inntrykk av at det hastet og at pasienten var utredet ved de andre sykehusene. Fylkesmannen konkluderer med brudd på forsvarlighetskravet. Det foreligger svikt både ved informasjonshåndteringen og ved den preoperative vurderingen. Pasienten er tilkjent erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning.

En 63 år gammel kvinne med inoperabel kreft fikk tilbud om å være med i en studie der man skulle prøve ut behandling med en «nano-kniv», som medførte perforasjon på magesekken. Prosedyren var utført av radiologer i klinikk radiologi og nukleærmedisin. Fylkeslegen mente pasienten var for dårlig til å inkluderes i studien og gir brudd på faglig forsvarlighet og brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 om journal- og informasjonssystemer (2013/9769).

En 3 år gammel gutt med Wilms nyretumor med spredning ble operert ved barne- og gastrokirurgisk avdeling. Postoperativt ble det oppdaget dårlig sirkulasjon i det ene benet, og man valgte å se det an. Dagen etter ble han operert i benet, koagler ble fjernet i lysken og benet måtte amputeres. To anestesileger (Akuttklinikken) får kritikk grunnet brudd på faglig forsvarlighet, men fikk ingen administrativ reaksjon fra Statens helsetilsyn fordi de erkjenner i ettertid at de ville gjort ting annerledes (2013/7208). Fylkeslegen gir Oslo universitetssykehus HF brudd på forsvarlighetskravet. Norsk pasientskadeerstatning har besluttet å gi 2.9 millioner kroner i erstatning.

Kvinneklinikken har to saker.

En førstegangsfødende, som ble innlagt 11 dager over termin, fikk utført akutt keisersnitt dagen etter innleggelsen fordi man ikke fant normal hjerterytme hos fosteret. Barnet var dødt. Patologene vurderer årsaken til dødsfallet som gradvis placentaløsning med betennelse i fosterhinnen og navlesnoen. Personalet oppfattet ikke at kvinnen hadde kliniske tegn til sykdom. Gjennom mangelfull journalføring av relevante opplysninger har jordmor brutt helsepersonellovens § 39 om plikt til å føre journal. (2013/15610). Pasienten er tilkjent erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning på kroner 50.000,-

En førstegangsfødende kvinne ble dårlig 3.dag etter fødsel og døde av septisk sjokk (barsel-feber). Etter Statens helsetilsyns vurdering var observasjon, overvåking og

oppfølging ikke tilstrekkelig målrettet slik at tegn på infeksjon ble identifisert tidlig nok. Videre var journalføringen ikke i tråd med kravene (2014/12668). De etterlatte er tilkjent erstatning på 3,6 millioner kroner. Saken omhandler også Akuttklinikken, men de fikk ikke kritikk. De to klinikkene har tatt saken meget alvorlig og har svart på oppfølgende spørsmål fra Statens helsetilsyn 25. mai 2016.

Hjerte- lungeklinikken har en sak (2015/12479).

En pasient som var hjerteoperert i 1986, fikk i 2008 påvist hepatitt C uten at pasienten ble orientert om funnet. I 2013 ble pasienten henvist hepatolog som konkluderte med at man ikke skulle gi noen aktiv behandling. Hepatologen mente pasienten trolig hadde hatt sykdommen i mer enn 30 år på grunn av påviste antistoffer. Pasienten ble strøket fra operasjon i 2014 grunnet hepatitt C mens han mener han ble smittet under operasjonen i 1986. Fylkesmannen konkluderer med brudd på forsvarlighetskravet. De vurderer at sykehuset sviktet både ved oppfølging av prøvesvar som viste at pasienten var positiv for hepatitt C virus antistoff i 2008 og ved senere kontroller frem til 2013.

Nevroklinikken har en sak (2015/5249).

Fragmin ble ved en feiltagelse gitt rett før spinalpunksjonen, noe som førte til at pasienten fikk en spinal blødning som måtte opereres. Fylkesmannen konkluderer med brudd på forsvarlighetskravet. Avdelingen utarbeider nå en retningslinje for pasienter med blodfortynnende behandling som skal spinalpunkteres.

Et barn på 2 år og 8 måneder med kreft døde og pasientens foreldre er kritiske til behandlingen og oppfølgingen barnet fikk ved Barneklinikken(2015/9941). Fylkesmannen har funnet vesentlige avvik knyttet til arbeidsflyt og dokumentasjon ved radiologiske undersøkelser og gir brudd på faglig forsvarlighet. Klinikker for radiologi og nuklærmedisin beklager at det tok for lang tid før bildet ble tolket. Rutinene er lagt om. Begge klinikker har nylig besvart en rekke oppfølgende spørsmål om hvilke risikovurderinger klinikkene gjør for fremtidige pasienter.

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

3.8 Etikk (Klinisk etikk komité)

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. Arbeidet er organisert med en sentral- og tre lokale komiteer.

Klinisk etisk komité har i perioden drøftet åtte enkeltsaker.

Avslutning av livsforlengende behandling:

- Selvskading – kritisk tilstand – hva videre?
- Alvorlig sykt barn - refokusering til palliativ behandling?
- Gammel, alvorlig syk pasient - hva ønsker pasienten selv videre?

- Videre tarmkirurgi? - mentalt svekket pasient, hva er pasientens beste?

I to av disse sakene ga Klinisk etisk komité behandlerne støtte i at det vil være forsvarlig og til pasientens beste å endre behandlingen til palliasjon. I de to andre var behandlerne mer i tvil og flere behandlingalternativ var mulige.

Diverse tematikk:

- Publisering av nye forskningsfunn knyttet til identifiserbare familier. Dette er en sak mer for regional etisk forskningskomité enn for klinisk etikkomité. Men hvordan forskningsresultater skal håndteres og få behandlingsmessige konsekvenser, kan også innebære klinisk-etiske problemer.
- Tvangsbehandling på Regional sikkerhetsavdeling - lovverk ikke tilpasset ekstrem situasjon. Denne saken har Fylkesmannen behandlet etter henvendelse fra ledelsen ved avdelingen. Fylkesmannen anså at avdelingens håndtering av en krevende sak kunne forsvares innen gjeldende lovverk, men anbefalte at saken ble behandlet i Klinisk etisk komité. Dette ble en retrospektiv drøfting, da pasienten var utskrevet fra avdelingen før drøftingen fant sted. Klinisk etisk komité's vurdering var at personalet hadde behandlet pasienten omsorgsfullt til tross for en svært krevende situasjon og at behandlingen også virket etisk forsvarlig. Ressursbruk knyttet til ekstra krevende pasienter er et spørsmål som muligens bør løftes mer fram.
- Varsling etter opplysninger om tidligere overgrep, for å forhindre at nye vil skje? Behandlerne var i tvil om de burde gå videre med opplysninger de hadde fått innsikt i under terapi. Det gjaldt seksuelle overgrep av barn, som hadde funnet sted over 20 år tilbake i tid. Det er neppe varslingsplikt for forhold så lang tilbake i tid, men nye opplysninger om overgriperen ga bekymring for at det kunne være fare for at nye overgrep. Flertallet av komiteens medlemmer mente at behandlerne burde forsøke å innhente flere opplysninger. Dette for å avklare om det var noe å gå videre med til eventuelt barnevern, kommuneoverlege, eller om mistanken ble avkreftet og saken kunne avsluttes.

Rundskriv nr. 1/2016 fra Riksadvokaten, «Mål og prioritering for straffesaksbehandlingen i 2016 – politiet og statsadvokatene», kan være relevant her, og setter fokus på avvergeplikten. Det fremgår blant annet at det kan være straffbart å la være å søke å avverge en straffbar handling eller følgene av den, på et tidspunkt da dette fortsatt er mulig og det fremstår som sikkert eller mest sannsynlig at handlingen er eller vil bli begått. Avvergingsplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt.

- Ungdom med uklare kjønnskarakteristika – når bør kirurgisk behandling utføres? Saken ble drøftet med det tverrfaglige DSD(Disorders of Sexual Development) teamet - barnepsykolog, barnekirurg og barneendokrinolog. Utfordringen var å finne rett tidspunkt for når barnet/ungdommen bør få utført ønsket kirurgi. Pasientens alder, modenhet og stabil psykososial støtte og omsorg var viktige elementer i drøftingen. Komiteens anbefalte å vente til flere av disse elementene var på plass.

Klinisk etisk komité har også behandlet fire prinsipielle saker:

- Informasjonsskriv til pasienter - eventuelt med pasientens signatur?
Komiteen ble forespurt om utformingen av informasjonsskriv til pasienter med kunstig hjertepumpe. Når det dreier seg om livsnødvendig behandling som en gang må ta slutt, er det svært viktig at pasient og pårørende blir godt informert både om selve behandlingen og at den på et tidspunkt må avsluttes. Det er legens ansvar å avslutte behandlingen, men det er ønskelig at pasient og pårørende har forståelse for det som skjer. Det ble vurdert om man bør be om pasientens signert samtykke på informasjonsskrivet, som dermed også ble som en slags «kontrakt».

Det er flere andre pasientgrupper som er i liknende situasjoner, f.eks. ALS pasienter i respirator-behandling. Komiteen har også vært i kontakt med en avdeling som har vært inne på om en signert kontrakt vil kunne være nyttig for pasienter som får oksygenbehandling, og som ikke samtidig kan røyke mens de får slik behandling pga stor eksplosjonsfare.

Komiteen er redd for at signert samtykke ikke vil være av det gode for pasienten, at det kan skade det viktige tillitsforholdet mellom pasient og behandler. Det skriftlige samtykke har heller ingen juridisk verdi. Grundig informasjon både muntlig og skriftlig må imidlertid gis og dette skal dokumenteres i journalen. I denne saken foreslo komiteen en omformulering av skrivet slik at det framgikk hva slags informasjon som var gitt, at dette ville bli journalført, og hvem pasient og pårørende kunne kontakte for avklarende og utfyllende informasjon.

- Tannbehandling under tvang
Dette er en problematikk anestesilegene ofte står i og de ønsket en drøfting i Klinisk etisk komité. «Tvang i somatisk medisin» er imidlertid en problematikk mange opplever og som komiteen ofte er involvert i, som for eksempel i forhold til psykisk syke som nekter kreftbehandling eller psykisk utviklingshemmede som nekter livsviktig behandling. Denne drøftingen var foranledningen til at komiteen arrangerte seminaret «Tvang i somatisk medisin» (se under).
- Fosterets rettigheter – Jehovas vitner
Dette ble aktualisert i forbindelse med arbeidet med å lage en ny veileder for behandling av Jehovas vitner. De involverte ønsket å drøfte denne problematikken. Dette er en særlig utfordrende problemstilling for helsepersonell, fordi det ikke bare gjelder å redde pasienten men også et annet liv. Veilederen legger opp til at helsepersonell må bruke sitt skjønn, da det er mange gråsoner i dette. Regelverket gir et godt spillerom; blant annet fordi pasienten skal ha fått adekvat informasjon og ha forstått konsekvensene for egen helse ved å nekte denne type behandling. God samtale og et grunnleggende tillitsforhold mellom helsevesenet og pasientene er vesentlig. Det å gjennomføre behandling under tvang kan føre til et varig tap av tillit. En svekkelse av tillit kan i verste fall få varige negative konsekvenser for både kvinnen selv og eventuelle andre barn. Dette er en situasjon hvor det hefter noe negativt ved alle tenkelige handlingsvalg. Å respektere pasientens autonomi blir stående som «det minst dårlige» av flere dårlige valgmuligheter.

- Infertilitetsbehandling (IVF) av pasienter under Legemiddel Assistert Rehabilitering (LAR)
Skal kvinner som er under LAR behandling få IVF behandling ved Oslo universitetssykehus HF? IVF klinikken får henvist kvinner i LAR behandling som ønsker behandling for barnløshet og ønsket drøfting i komiteen.
Dette kan oppfattes å være en konflikt mellom ulike verdier. Når samfunnet ved hjelp av IVF skal bidra til å imøtekomme et barneønske hos par, må samfunnet også legge vekt på hvilken «pris» et barn eventuelt skal måtte betale. Samfunnet må ta på seg rollen som barnets talsperson, siden barnet ikke eksisterer og ikke kan tale sin egen sak. Samfunnet har både gjennom tradisjon og lov tatt på seg en plikt til å verne barn mot skade. I erkjennelsen av at barn født etter LAR-behandling av mor i svangerskapet har stor risiko for store plager i et kort tidsperspektiv og mulig også skader på sikt, er det komiteens oppfatning at IVF til en mor som mottar LAR-behandling ikke tilfredsstillende forventningen om «barnets beste». KEK vurderer klinikkens retningslinjer som gode og anbefaler at klinikken følger disse videre.

Kliniks etisk komité har i perioden også;

- Avholdt seminar: «Kommunikasjon - Den viktige samtalen i livets siste fase»
Seminaret ble arrangert på Diakonhjemmet i samarbeid med kliniske etikkkomiteer fra sykehjem i Oslo kommune, kliniske etikkkomiteer fra Akershus universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet, og representanter fra Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Det var stort frammøte, derav ca. 25 representanter fra Oslo universitetssykehus HF.
- Avholdt seminar: «Tvang i somatisk medisin» på Rikshospitalet. Stor oppslutning, ca. 100 fremmøtte. Pasienter med spiseforstyrrelser, geriatriske pasienter, pasienter under nevrorehabilitering er ofte aktuelle for problematikken, personell herfra var aktive i debatten. Ambulansepersoneell var også godt representert, de blir også stadig stilt overfor dilemmaet om det er riktig å bruke tvang.
- Presentasjoner: Komiteens ledere og medlemmer er stadig etterspurt som foredragsholdere både internt på sykehusets avdelinger og eksternt.
- Uttalelser/høringssvar: Komiteen har gitt innspill til utkast til ny prosedyre og opprettelse av fagråd for filmproduksjon.

4 Forskning og utvikling

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

4.1 Forskning

Om rapporteringen for 1. tertial

Rapportering av forskningsaktivitet for 1. tertial ble fra og med 2014 erstattet av en mer kvalitetssikret gjennomgang av foregående års aktivitet enn det som ble presentert i rapport for 3. tertial (januar), og som gjennomgående viste for høye tall for forskningsindikatorerne. Dette skyldes at tall som fremlegges for styret for 3. tertial og i sykehusets årsrapport, hentes ut av databaser (nasjonale og internasjonale) svært tidlig på året, før disse er kvalitetssikret. Isolerte tall for 1. tertial har også begrenset fortolkningsverdi som følge av små tall i mange klinikker og naturlige aktivitetssvingninger. Doktorgradstall innhentes ved manuell rapportering fra Universitetet i Oslo og rapporteres nå kun halvårlig.

For 1. tertial 2016 for sykehuset som helhet ser man ut i fra foreløpige tall en utvikling i publikasjonsaktivitet på linje med tidligere år.

Årlig utvikling i publikasjonsaktivitet

Akkumulerte tall pr. 3. tertial er hentet fra sykehusets publikasjonsdatabase www.publika.no den 9. mai 2016. Denne er ennå ikke er lagt om til ny klinikkstruktur.

Klinikk	2013	2014	2015
Klinikk psykisk helse og avhengighet	123	127	149
Medisinsk klinikk	279	299	303
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	239	283	261
Kvinne- og barneklubben	193	203	193
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	521	533	602
Hjerte-, lunge- og karklubben	140	156	159
Akuttklubben	62	68	106
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	465	534	558
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	85	83	115
TOTALT (unike artikler)	1606	1766	1807

Tabell 10. Antall publiserte vitenskapelige artikler. 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 HF og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus HF. Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i tabellen. Tallene er tatt ut 9.5.2016, 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 klinikk-tallene.

Rapportering på publikasjonspoeng og internasjonalt medforfatterskap utgår ved denne rapporteringen, grunnet for dårlig ajourført internasjonal database, der det er for mange av medforfatterne på artikler som ikke er registrert. Sykehusets andel av

publikasjonspoeng og internasjonale medforfattere blir dermed beheftet med for mange feil. I løpet av året vil man komme tilbake med et utfyllende sett indikatorer, herunder vurdere nærmere andre egnede indikatorer og rapporteringsfrekvens for disse.

Tidsskriftsnivå/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

Klinikk	2013	2014	2015
Klinikk psykisk helse og avhengighet	30,1 %	33,1 %	32,9 %
Medisinsk klinikk	23,7 %	21,4 %	21,1 %
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	26,4 %	22,3 %	21,1 %
Kvinne- og barneklubben	23,3 %	19,7 %	22,8 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	28,4 %	27,4 %	26,7 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	20,7 %	24,4 %	22,6 %
Akuttklubben	16,1 %	19,1 %	15,1 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	20,9 %	26,2 %	21,5 %
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	19,2 %	21,5 %	16,7 %
TOTALT (ut fra unike artikler)	25,7 %	24,3 %	23,5 %

Tabell 11. Andel av artiklene som er publisert i tidsskrifter på nivå 2

Doktorgrader avlagt ved universiteter og høyskoler og utført ved helseforetaket

Tallene pr 1. halvår 2016 rapporteres i forbindelse med 2. tertial. For utviklingen på årsbasis ser man en betydelig reduksjon siste år. Dette er til dels forventet gitt at flere sentrale finansieringskilder har lagt om sin finansiering i retning av flere postdoktorstipender og færre doktorgradstipender. Målesystemet for helseforetakene avviker fra universitets- og høyskolesektorens målesystem, og antall grader som endelig krediteres i helseforetakenes målesystem kan derfor være annerledes (lavere) enn det klinikkene oppfatter som reelle bidrag til doktorgrader.

Klinikk	2013	2014	2015
Klinikk psykisk helse og avhengighet	17	3	8
Medisinsk klinikk	17	17	9
Klinikk for kirurgi- og nevrofag	13	23	21
Kvinne- og barneklubben	11	18	8
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	48	40	39
Hjerte-, lunge- og karklubben	10	6	9
Akuttklubben	5	1	5
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	28	29	16
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	0	1	0
TOTALT doktorgrader utført ved OUS	149	140	115

Tabell 12. Doktorgrader hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus HF

4.2 Innovasjon

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

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

Klinikk	1. tertial 2016		Totalt 2015	
	Inven2	Idépoliklinikken	Inven2	Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	3	1	8	2
Medisinsk klinikk	0	1	3	2
Klinikk for kirurgi og nevrofag	0	-	3	3
Ortopedisk klinikk	-	1	-	-
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-	1	-	-
Nevrologiklinikken	-	0	-	-
Kvinne- og barneklirikken	2	-	2	1
Kvinneklirikken	-	1	-	-
Barne- og ungdomsklinikken	-	0	-	-
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	10	-	13	0
Kreftklinikken	-	0	-	-
Kirurgi- og transplantasjonsklinikken	-	0	-	-
Hjerte-, lunge- og karklinikken	1	0	2	1
Akuttklinikken	1	0	6	10
Prehospital klinikk	0	0	-	-
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	16	-	35	1
Radiologiklinikken	-	2	-	-
Laboratorieklinikken	-	2	-	-
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	1	5	0	16
Totalt	33	14	75	41

Tabell 13. Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) 1. tertial 2016 til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken ved Oslo universitetssykehus HF

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

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2	Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1	4
Medisinsk klinikk	4	1
Klinikk for kirurgi og nevrofag	2	-
Ortopedisk klinikk	-	1
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-	1
Nevroklinikken	-	0
Kvinne- og barneklubben	1	-
Kvinneklubben	-	1
Barne- og ungdomsklubben	-	1
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben	26	-
Kreftklubben	-	2
Kirurgi- og transplantasjonsklubben	-	0
Hjerte-, lunge- og karklubben	2	1
Akuttklubben	2	6
Prehospital klinikk	-	0
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	26	-
Radiologiklubben	-	1
Laboratorieklubben	-	0
Oslo sykehusservice og Direktørens stab	1	4
Totalt	65	28

Tabell 14. Pågående innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus HF pr 1.tertial 2016

5 Utdanning av helsepersonell

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

Det har vært arbeidet med flere sentrale utdanningsaktiviteter i 1. tertial 2016, blant annet:

Utdanningsmidler

Utdanningsutvalget ved Oslo universitetssykehus HF har tildelt sentrale utdanningsmidler til prosjekter med fokus på utdanning knyttet til pasientnært forbedringsarbeid. Det er også delt ut tre utdanningspriser til miljøer som har utmerket seg for å fremme god læringskultur for studenter og/eller egne ansatte.

Spesialistutdanning av leger

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

Arbeidsgrupper i regi av Helsedirektoratet har levert forslag til læringsmål og læringsaktiviteter for indremedisin, kirurgi, psykiatri, felleskompetansemodulene og veiledning for del 1 av spesialistutdanningen. Rapportene skal på bred høring 1. juni. Oppstart for del 1 er planlagt september 2017. Oslo universitetssykehus HF er representert i flere grupper.

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

Helsefagarbeiderlærlinger

Oslo universitetssykehus HF har fått godkjenning som lærebedrift i helsearbeiderfaget av Oslo kommune og vil ønske de første lærlingene velkommen i august 2016.

Utdanning av spesialsykepleiere

Det er mangel på spesialsykepleiere innenfor flere fagområder og det tilbys derfor fortsatt lønn til 100 kandidater. Det pågår også et samarbeid med andre helseforetak samt høghskolene i Oslo området for at de skal tilpasse deres utdanningskapasitet til sykehusets behov. Det er også en pågående diskusjon hvorvidt det må fremmes en sak for å øke den totale utdanningskapasiteten.

Det etableres et nytt utdanningstilbud innen sykepleie til pasienter med blodsykdommer på Lovisenberg diakonale høghskole. Fagmiljøet i Oslo universitetssykehus HF har bidratt i utviklingen av fordypningsemner i et i et allerede eksisterende klinisk masterutdanningsprogram. Det planlegges oppstart høsten 2016.

Simulering- og ferdighetstrening

Behovet for simulering- og ferdighetstrening er økende, både som elementer i utdanningsløp og i etterutdanningsvirksomhet. Det ble etablert et forprosjekt i 2015 i samarbeid med Universitetet i Oslo for å vurdere behov opp mot nåværende kapasitet, samt foreslå en eventuell styrking av denne virksomheten. Dette arbeidet er kontinuert i 1.tertial.

Prosjekt «Kvalitet i praksisstudier»

Oslo universitetssykehus HF har hatt representanter inn i det nasjonale prosjektet «kvalitet i praksisstudier» hvor oppdraget var å vurdere kvalitet og relevans for alle 19 helse- og sosialfaglige utdanninger som har ekstern veiledet praksis. Prosjektrapporten er overlevert formelt til Kunnskapsdepartementet. Det er foreslått fem kvalitetsområder med 21 indikatorforslag for å fremme kvalitet i eksterne praksisstudier. Disse indikatorene må spisses ytterligere før de blir direkte målbare, men det er startet et samarbeid med høgskolene om hvilke kvalitetsområder det allerede nå kan samarbeides om relatert til dette.

6 Arbeidsmiljø (Helse Miljø Sikkerhet)

6.1 Brudd på arbeidstidsbestemmelser

Brudd på arbeidstidsbestemmelsene referer til brudd på Arbeidsmiljølovens § 10-6. Dette gjelder:

Dagregel: Samlet daglig arbeidstid

Ukesregel: Samlet ukentlig overtid

4-ukersregel: Samlet overtid innen en 4-ukersperiode

Årsregel: Samlet overtid innenfor et kalenderår

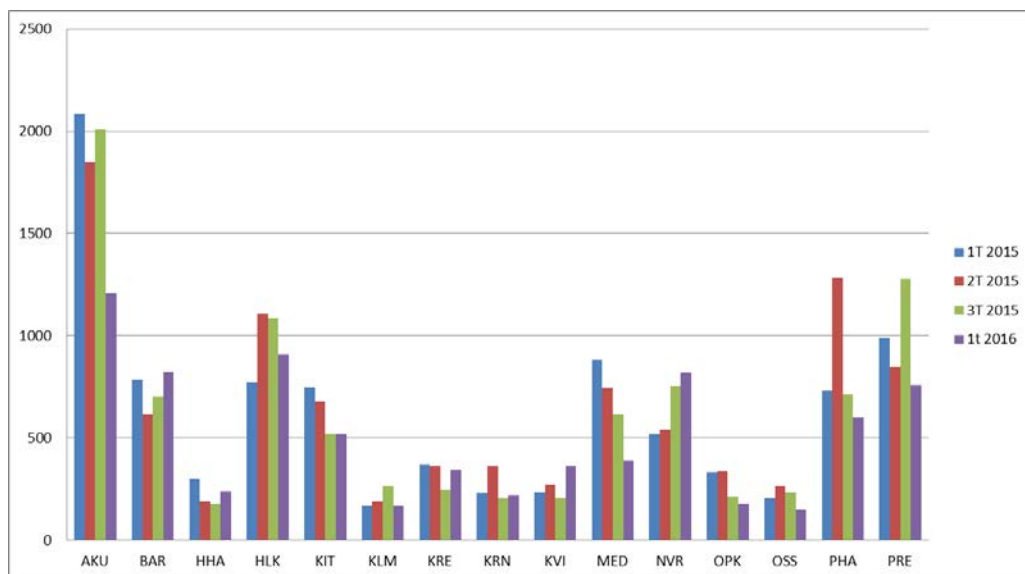
I første tertial 2016 er det registrert 7692 brudd på arbeidstidsbestemmelsene om daglig og ukentlig arbeidstid, samt per fire uker og år. Det er en nedgang på 17,7 % sammenlignet med tilsvarende periode i 2015.

	1. tertial 2015					1. tertial 2016				
	4 uker	Uke	År	Dag	Total	4 uker	Uke	År	Dag	Total
AKU	467	591	22	1002	2082	245	368		592	1205
BAR	68	146		570	784	136	168		519	823
HHA	62	94		144	300	32	59		149	240
HLK	208	282	1	281	772	238	336	0	337	911
KIT	225	231		293	749	87	111		320	518
KLM	53	67	1	48	169	75	72	0	20	167
KRE	99	141		133	373	69	119		155	343
KRN	29	89		114	232	36	62		124	222
KVI	11	25		198	234	14	24		327	365
MED	209	317	10	345	881	58	115		218	391
NVR	77	127		313	517	149	202	7	459	817
OPK	125	90		117	332	21	42		118	181
OSS	67	80	1	56	204	25	61		64	150
PHA	110	234		387	731	107	164		331	602
PRE	314	223		452	989	118	115	2	522	757
TOT	2124	2737	35	4453	9349	1410	2018	9	4255	7692

Tabell 15. Antall brudd (dag, uke, 4-ukers og årsregel) første tertial 2015 og 2016, per klinikk

De siste tertialrapportene viser at ti av femten klinikker har en god utvikling, mens tre øker noe. Klinikker som har økt følges tettere i det videre arbeidet.

Diagrammet nedenfor viser den samlede utviklingen tilbake til første tertial 2015.



Figur 9. Utviklingen av arbeidstidsbrudd (dag, uke, fire uker, år) per tertial

Årsakene til brudd er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet er fremdeles hovedårsaken. Et ledd i oppfølgingsmøtene med klinikkens avdelingsledere er å få mer innsikt i årsakene til brudd i hver klinikk og å sikre ensrettet registreringspraksis.

Tiltak for å unngå overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Mange av tiltakene sykehuset og klinikkene har iverksatt, er av langsiktig karakter og pågår kontinuerlig. Det er tidligere redegjort for tiltak både på foretaksnivå og klinikknivå. Erfaringen til nå er at en målrettet innsats sammen med tett oppfølging og bistand til ledere synes å gi gode resultater. Videre øker kompetanse innen regelverk og oppfølging av arbeidstidsbestemmelser i hele foretaket, og arbeidet med kompetanseheving og oppfølging vil fortsette.

Brudd på arbeidstidsbestemmelsene er fast punkt i ledelsens tertialoppfølging hvor klinikkene redegjør for status på brudd og tiltak for å unngå brudd. Direktørens HR-stab har også hatt klinikkvise møter vår og høst 2015 med alle avdelingsledere for oppfølging av arbeidstidsbrudd og bestemmelsene om arbeidstid. Disse møtene fortsetter i 2016.

Felles rapporteringssystem for Helse Sør-Øst

Oslo universitetssykehus HF har et høyt antall brudd sammenliknet med andre foretak i Helse Sør-Øst. Dersom man justerer antall brudd for antall vakter bruddene fordeles på, ligger de fleste foretakene på en høyere prosentandel enn Oslo universitetssykehus HF. Det er kun Sunnaas sykehus HF og Sørlandet sykehus HF som ligger under i antall brudd i prosent av antall vakter.

Helse Sør-Øst RHF har tatt initiativ til et arbeid for å redusere antall brudd i hele foretaksgruppen. På sikt skal det føre til standardisering av system og rapporter, og kontinuerlig kompetanseheving hos ledere i bruk av GAT, arbeidstidsbestemmelser og

ressursstyring. Kompetanseheving er implementert ved Oslo universitetssykehus HF og listet som et tiltak på sentralt nivå ved sykehuset i tidligere styrerapporter.

I 2016 skal det fokuseres på:

- Systemtekniske utfordringer og muligheter
- Opprydding i registreringspraksis
- Prosess/materiell (verifisering av arbeidsplaner, samling av materiell for kompetanseheving)
- Felles rapporteringssystem for Helse Sør-Øst

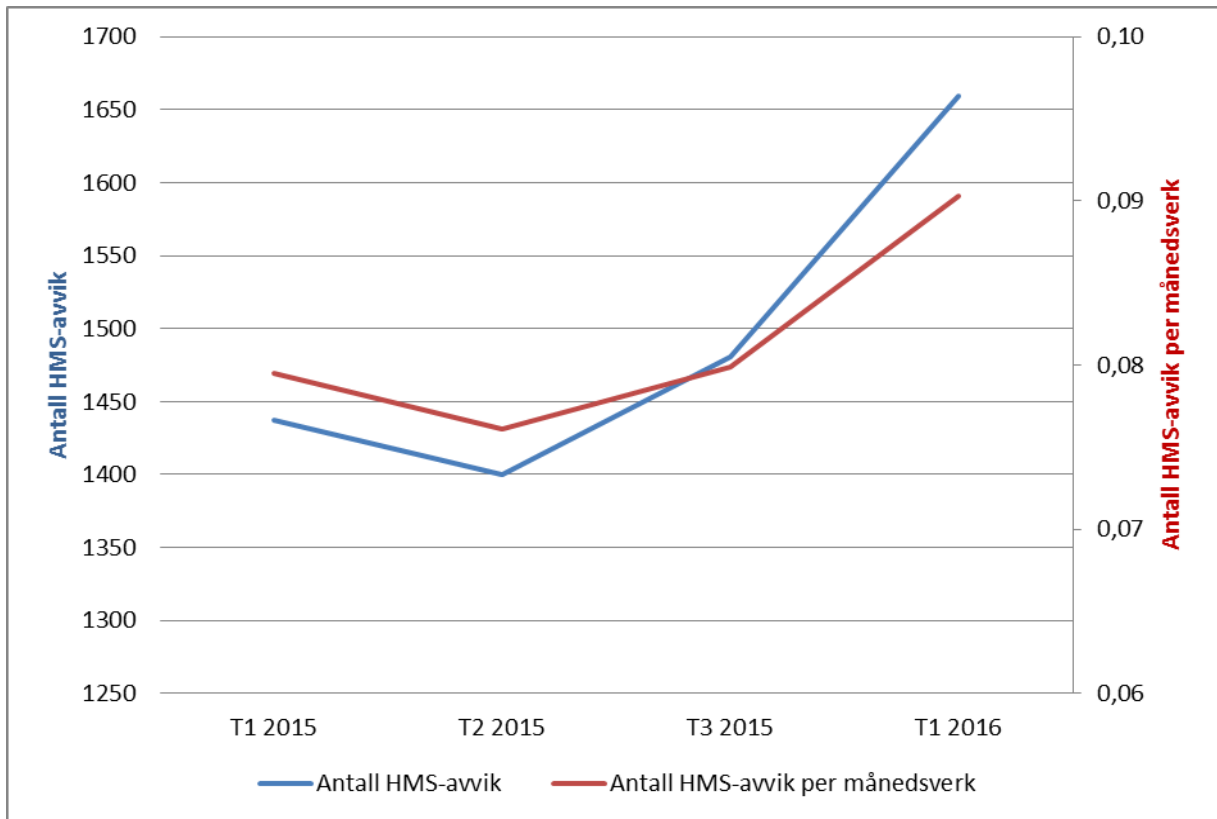
Oslo universitetssykehus HF har i tidligere styresaker redegjort for tiltak som dekker de tre første punktene. Sykehusets erfaringer på disse områdene tas med inn i samarbeidet med de andre foretakene.

6.2 Helse Miljø Sikkerhet avvik

HMS-avvik er i Oslo universitetssykehus HF definert som «Hendelser eller forhold som påvirker arbeidsmiljøet, ansattes helse eller ytre miljø negativt». I motsetning til «Pasientsikkerhet» og «Driftsavvik» gjelder dette altså HMS-forhold knyttet til sykehuset sine medarbeidere. Å få registrert uønskede hendelser, handlinger og forhold, analysere årsaker og sette inn forbedringstiltak der det er nødvendig er en viktig del av det systematiske arbeidet for å gjøre det tryggere og sikrere for medarbeidere på jobb. Verktøyet som brukes til dette er det nettbaserte systemet Achilles.

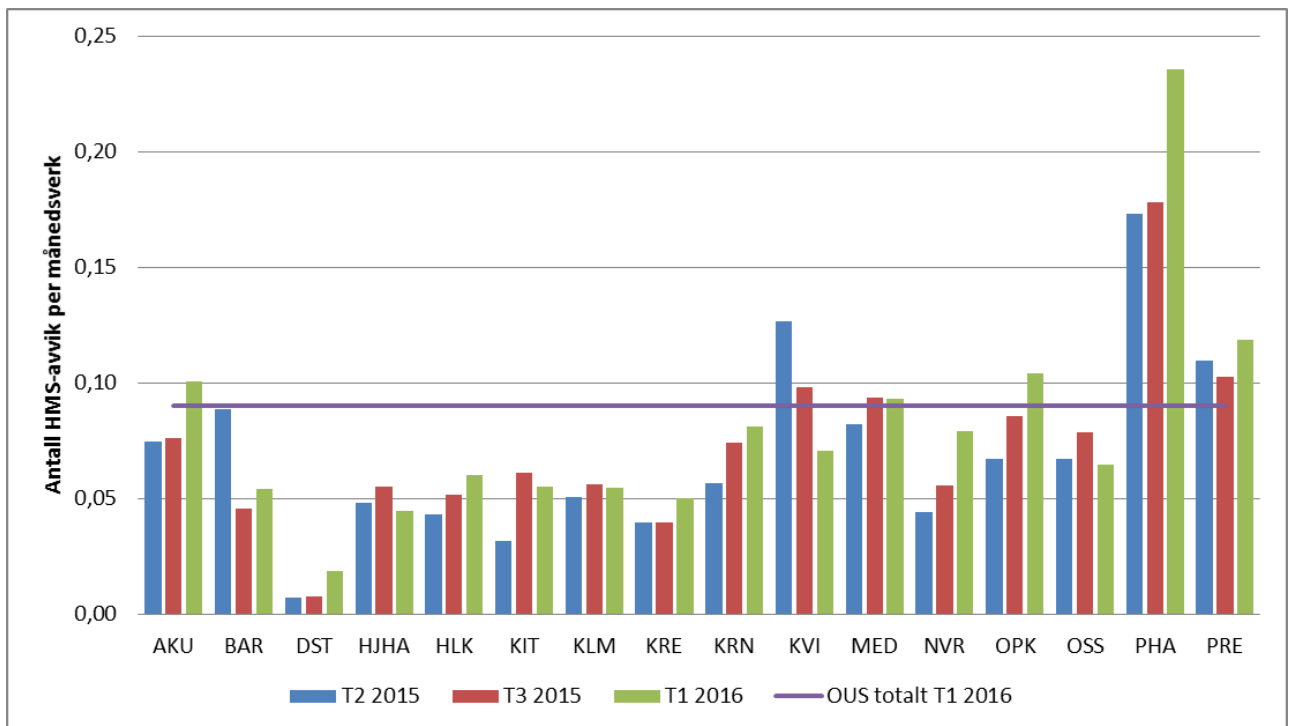
Meldekultur

Oslo universitetssykehus HF er avhengig av at personellet melder ifra om det de opplever og observerer av HMS-avvik for å kunne ha rett fokus på HMS-arbeidet. Dette kapitlet viser graden av innmelding av saker. I 2015 ble det meldt inn 0,24 HMS-avvik per årsverk, noe som utgjør ett HMS-avvik hvert fjerde år for en fulltids ansatt. Det er derfor god grunn til å anta at det er rom for forbedringer innen dette området.



Figur 10. Antall HMS-avvik registrert totalt og antall HMS-avvik registrert per månedsverk

Totalt ble det registrert 1659 HMS-avvik i løpet av 1. tertial 2016. Dette er en god økning fra 1481 HMS-avvik i 3. tertial 2015. Registrerte HMS-avvik per månedsverk viser også en økning.

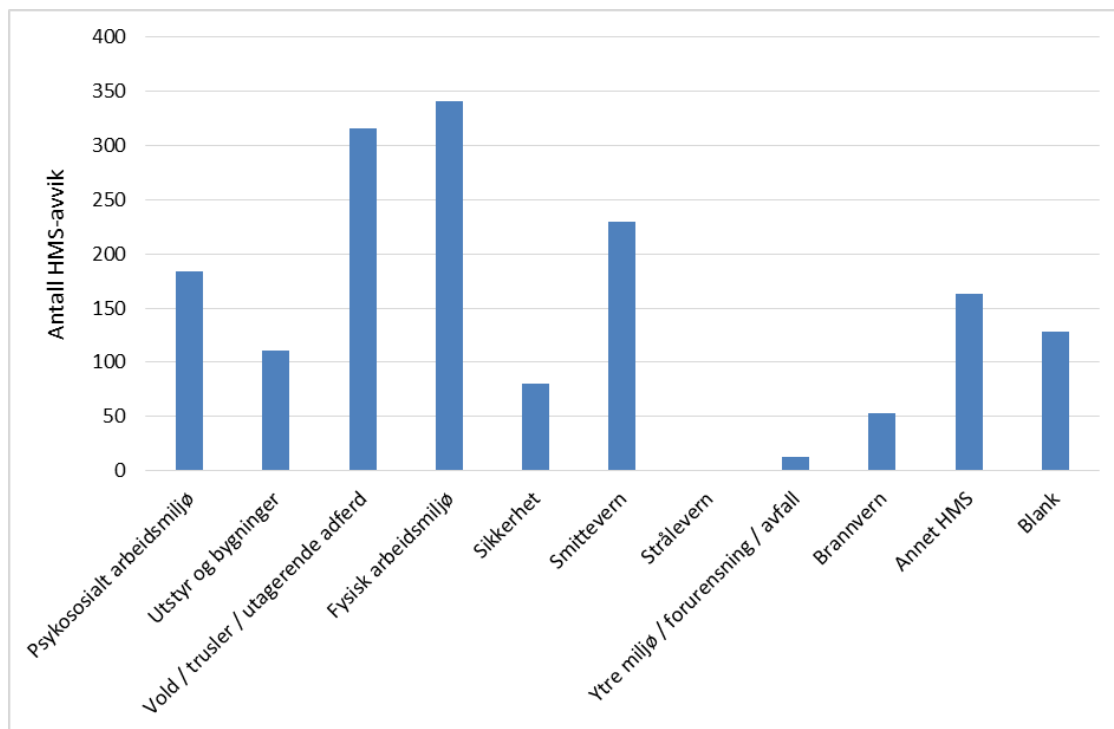


Figur 11. Antall HMS-avvik registrert per månedsverk, fordelt på klinikkene de tre foregående tertialene

Figur 11 viser at det er stor variasjon i meldekulturen mellom klinikkene. Klinikken psykisk helse og avhengighet registrerer flest HMS-avvik per månedsverk (og også flest HMS-avvik i antall). Til tross for at de har hatt en kraftig økning i innrapporterte saker i perioden, har likevel skadefrekvensen gått ned i samme tertial. Dette er et godt eksempel på at bedret meldefrekvens ikke nødvendigvis betyr økt risikonivå. Det kan derimot bety at arbeidsplassen har blitt tryggere fordi man har fokus på å jobbe systematisk med å forbedre HMS-forholdene.

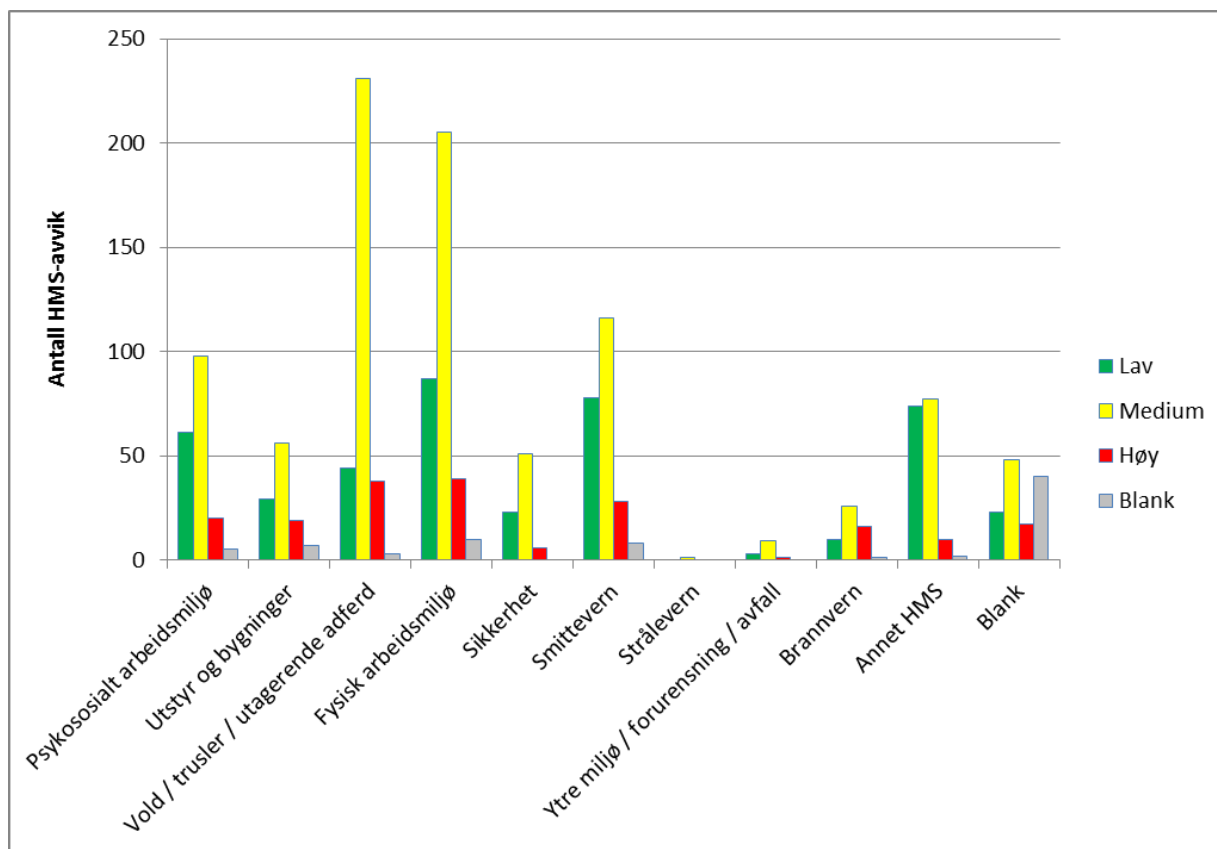
Fordeling av innmeldte saker

Når et HMS-avvik blir registrert i Achilles, skal melderens nærmeste linjeleder behandle saken og gjøre sin vurdering av kategori og risikovurdering i systemet.



Figur 12. Alle HMS-avvik registrert i OUS i T1 2016, fordelt på hovedkategoriene i Achilles

Figur 12 viser at «Fysisk arbeidsmiljø», «vold/trusler/utagerende adferd», «smittevern» og «psykososialt arbeidsmiljø» utgjør kategoriene det ble innmeldt flest saker på i 1. tertial 2016. Tilsvarende fordeling av toppkategorier viset seg akkumulert for 2015. «Blank» betyr at linjeleder ennå ikke har gjort en klassifisering i Achilles.



Figur 13. Saker meldt inn i T1 2016, fordelt på risikonivå satt av nærmeste linjeleder

Fordelt på risikonivå (Figur 13) avgjort av melderens nærmeste linjeleder, utgjør «vold/trusler/utagerende adferd» og «fysisk arbeidsmiljø» de kategoriene som anses som mest risikable av innmeldte saker i T1 2016.

For «fysisk arbeidsmiljø» er det mye variert som er rapportert inn med risikonivå «medium» eller «høy», men spesielt underkategorien «fall, slag, støt, klem, stikk, kutt» utpeker seg. Det er en del medarbeidere som har falt innendørs og utendørs. I tillegg er det verdt å merke seg at flere HMS-avvik om ansatte som får stikkskader er feilkategorisert her istedenfor under «Smittevern». Administrator av Achilles vil innen kort tid fjerne ordet «stikk» fra denne underkategorien.

Ikke overraskende er det Klinikk psykisk helse og avhengighet som har meldt inn flest saker med høyere risikonivå i kategorien «vold/trusler/utagerende adferd» i T1. Det er også meldt inn flere saker av medarbeidere i Prehospital klinikk, Akuttklinikken, Medisinsk klinikk, Nevroklinikken, Ortopedisk klinikk og Oslo sykehusservice med medium eller høy risikonivå. Det går fra å være verbale trusler til direkte angrep på medarbeidere. Økning av vold og trusler i somatikken ser ut til å være en klar tendens som må adresseres i det systematisk forebyggende HMS arbeidet.

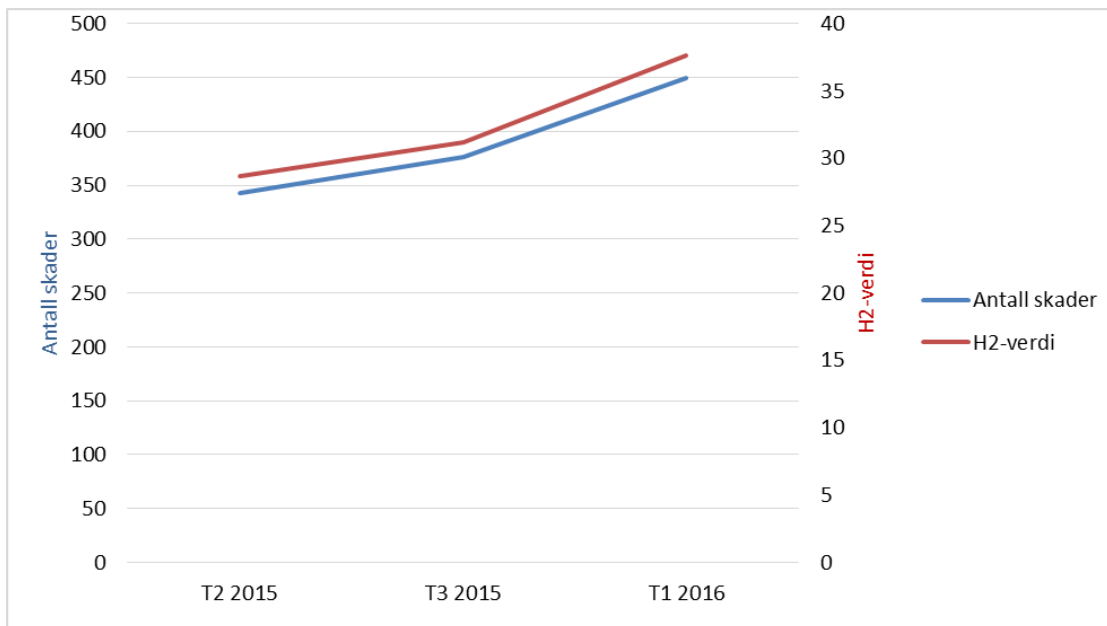
	Psykososialt arbeidsmiljø	Utstyr og bygninger	Vold / trusler / utagerende adferd	Fysisk arbeidsmiljø	Sikkerhet	Smittevern	Strålevern	Ytre miljø / forurensning / avfall	Brannvern	Annet HMS	Blank
AKU	14	12	5	36	4	42	1	4		33	26
BAR	20	3	2	18		6				4	4
DST			1	1	2						1
HJHA	2	3		4		8			1	2	8
HLK	8	1	1	13		11			1	4	13
KIT	14	2	1	14		12				7	7
KLM	6	8	1	31		27			2	8	2
KRE	9	7		40		8		3	1	4	11
KRN	11	6		16		21				2	4
KVI	22	1		11		7				5	4
MED	7	4	16	17	1	34			7	10	17
NVR	4	8	13	25	4	7		1	1	6	3
OPK	13	1	14	9		17		1		4	3
OSS	4	12	8	21	4	18		2	29	22	6
PHA	41	28	246	64	52	10		2	11	29	19
PRE	9	15	8	21	13	2				23	
OUS totalt	184	111	316	341	80	230	1	13	53	163	128

Tabell 16. Antall HMS-avvik registrert av klinikk i T1 2016 fordelt på hovedkategorier

Tabell 16 viser fordelingen av kategoriene på HMS-avvikene medarbeidere i klinikkene har meldt inn. «Blank», det vil si de avvikene som ennå ikke er kategorisert av linjeleder, er ikke tatt med. Selv om det rapporteres inn langt flere saker om «vold/trusler/utagerende adferd» enn «Psykososialt arbeidsmiljø», så er det likevel flere klinikker som har sistnevnte som en topp 3-kategori.

Skader

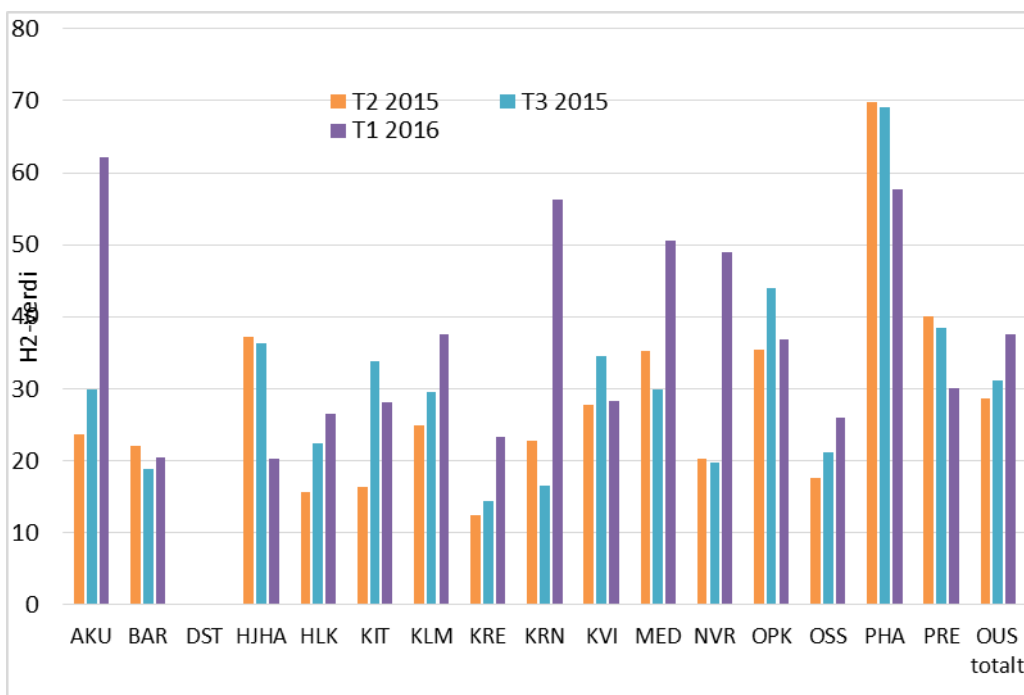
Skader på personell er en sub-gruppe av HMS-avvikene, så samtlige saker i dette avsnittet er en del av sakene i avsnittet over. Frem til starten av 2016 var det ikke noe felt i Achilles som viste om en medarbeider ble skadet eller ikke, så oversikt over skader har blitt tatt ut på grunnlag av om det var saker registrert i underkategorier som er relaterte til skader. I praksis betyr det at antall skader som presenteres under ikke er helt eksakte, men fra neste tertial vil de være det.



Figur 14. Antall skader (blå) med Y-akse til venstre og H2-verdi (rød) med Y-akse til høyre

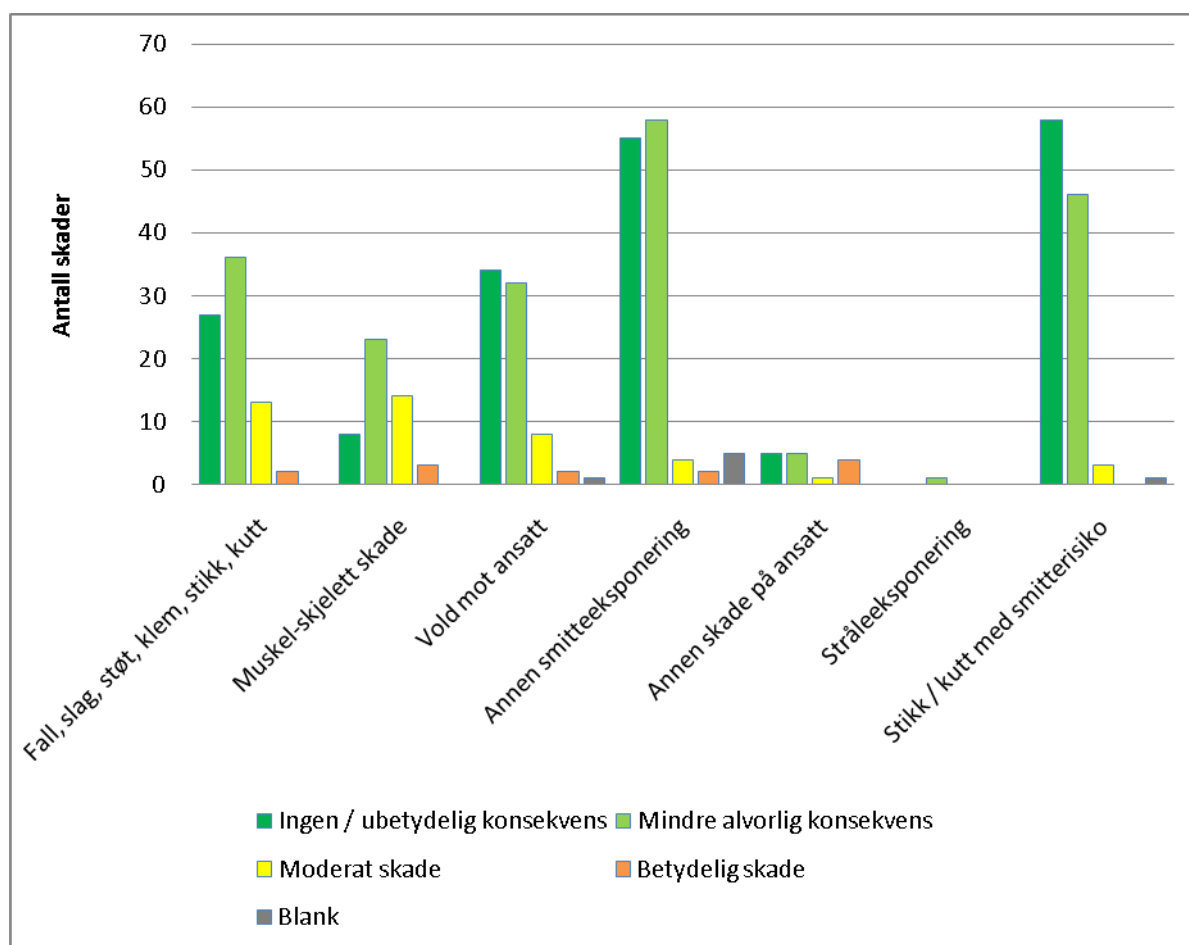
Det totale antallet registrerte skader har hatt en betydelig økning de siste tertialene. Stigningen er også i takt med H2-verdien, som viser personskadefrekvens sett mot arbeidstimer. Det betyr at økningen ikke skyldes at det har vært flere mennesker på jobb.

$$H2 = (\text{Antall skader med og uten fravær} \times 1.000.000) / \text{Utførte timeverk}$$



Figur 15. H2-verdi siste tre tertialer fordelt på klinikker

Flere klinikker har hatt en kraftig økning i antall rapporterte skader. En del av sakene er ikke direkte skader, men relatert til manglende smittevern.



Figur 16. Antall skader i OUS i T1 2016 fordelt på reell konsekvens klassifisert av nærmeste linjeleder

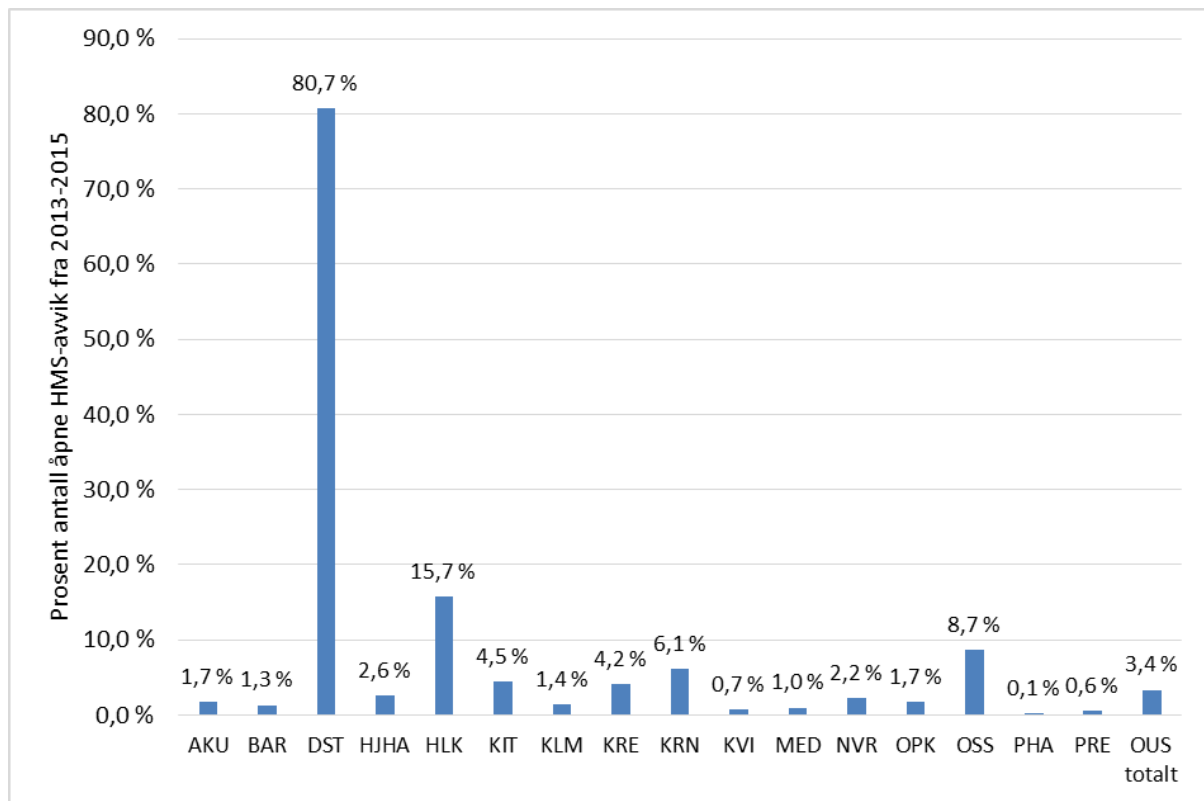
Fortsatt skjer det mange hendelser hvor medarbeidere stikker seg selv med utstyr som har vært brukt på pasienter. I T1 2016 er det 108 skader rapportert som stikkskader med smitterisiko, noe som er rundt ¼ av de rapporterte skadene. Mange av disse hendelsene kunne vært unngått om prosedyrer ble fulgt, så det bør rettes ytterligere oppmerksomhet mot området.

Sykehuset har oppjustert stikkskader til fokusområde i egen handlingsplan i andre halvår 2016. Det er sjeldent at medarbeidere faktisk blir smittet etter slike hendelser, men risikoen er der og det fører også til mye frykt og ubehag for de berørte. I tillegg er det et økonomisk aspekt ved at det går med ressurser og tid til prøvetaking i etterkant.

Flere medarbeidere i forskjellige klinikker har blitt angrepet av pasienter og pårørende, som omtalt over.

Behandling av HMS-avvik

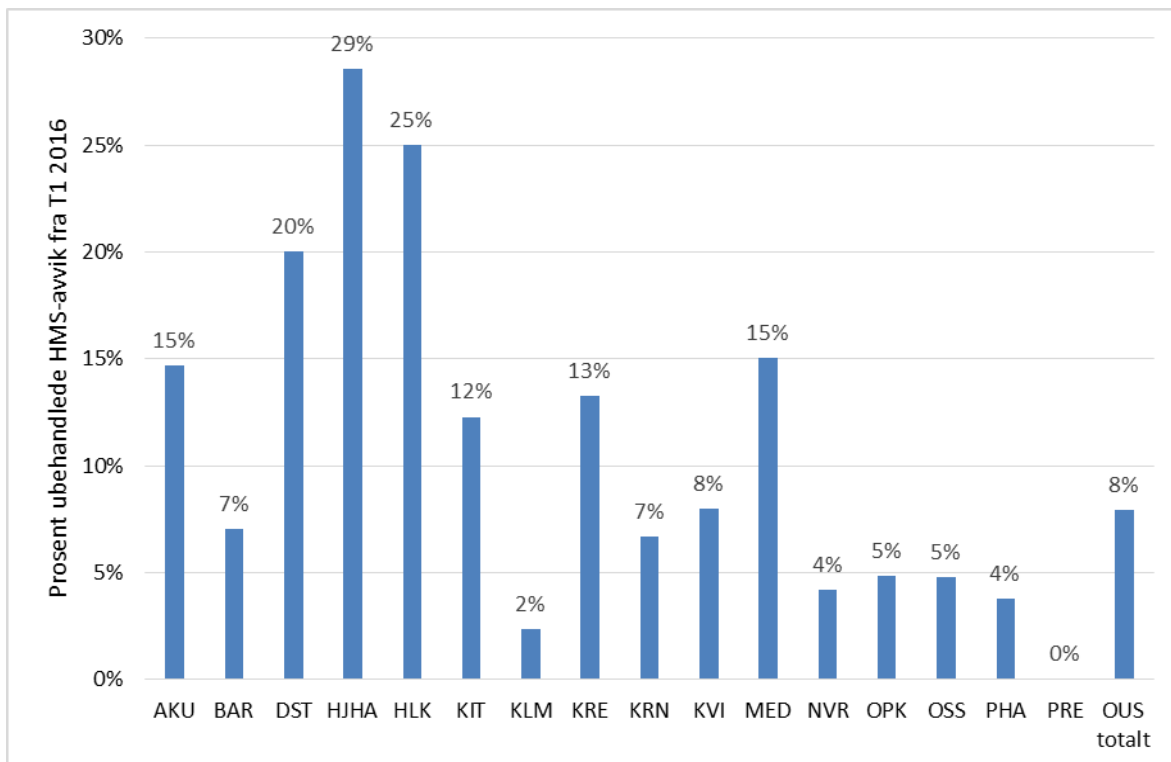
Det er viktig at medarbeidere som fyller ut saker i Achilles får tilbakemelding, slik at de opplever at tiden de bruker på å melde inn saker ikke er bortkastet og at ledelsen bryr seg om deres meninger og arbeidsmiljø. Å gi en god tilbakemelding oppmuntrer til å melde igjen en ved en senere anledning.



Figur 17. Prosent HMS-avvik som fortsatt er åpne som ble registrert i perioden 2013-2015

Figur 17 viser HMS-avvik som de forskjellige klinikkene har fått ansvaret for å behandle, som fortsatt er åpne. Disse er ikke alltid avvik meldt av medarbeidere i egen klinikk. Et godt eksempel på dette er Oslo Sykehusservice som får mange saker fra andre klinikker om utdaterte og uhensiktsmessige arbeidslokaler.

Åpne HMS avvik over tid skal alltid overvåkes for å se til at avvikene behandles. Det er imidlertid viktig å skape en kultur som belønner god avvikshåndtering fremfor lukking uten behandling. Ved undersøkelse av de åpne avvikene over ser man at en god del av disse kan kategoriseres under «venter på investering i bygg eller anlegg», men det er likevel en god del saker som kunne vært behandlet og lukket.



Figur 18: Prosent av HMS-avvik registrert i løpet av T1 2016 som ikke er klassifisert

Figur 18 viser at noen saker med «Blank» som kategori og/eller risikonivå. Det betyr at nærmeste linjeleder ennå ikke har startet behandlingen av saken. Figur 8 viser hvor mange prosent av HMS-avvikene som ble rapportert i T1 2016 som fortsatt står ubehandlet i Achilles medio mai. Noen saker som ble meldt helt i slutten av april vil naturlig nok ikke være behandlet ennå, men stort sett er det ikke disse sakene som fremgår i diagrammet. Om en sak ikke kan bli lukket raskt er det i alle fall viktig at leder ser på, raskt og kategoriserer, for å vise at melder at vedkommende har blitt hørt.

Kultur

Hovedfokus er «Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt» (ett av Oslo universitetssykehus HF' fire hovedmål), de nasjonale verdiene «kvalitet, trygghet og respekt» (relatert også til de ansatte...), samt Oslo universitetssykehus HF' verdiene «lærende, åpen og helhetstenkende».

Arbeidet med kultur er ytterligere intensivert det siste året og halvåret. Første gjennomføring av kulturkompetanseprogrammet, som startet høsten 2015, nærmer seg avslutning. Målet med programmet er å etablere et «korps» med interne ressurspersoner som kan være:

- Pådrivere for arbeid med kultur i klinikkene og støttefunksjonene
- Sparringspartnere og rådgivere for ledere når det gjelder kultur
- Prosessveiledere som kan bistå i å designe og lede involverende prosesser spesielt samlinger

Kontakter er knyttet til internasjonale miljøer som jobber med tilsvarende program. Parallelt med programmet utvikles en verktøykasse. Dette er et tilbud til klinikken i regi av Arbeidsmiljøavdelingen, og ca. halvparten av klinikkene har rekruttert og meldt på deltakere. Nytt kull starter opp høsten 2016.

Det fokuseres også på kompetanseheving for ledere. Kulturledelse er et fast tema på lederprogrammet for nye ledere, med svært god mottakelse, og det er tilbud til alle ledere om dagskurs i tillegg. Kulturbygging er også fast post på grunnkurs i HMS for alle nye verneombud. Disse tiltakene er en videreføring av arbeid som har pågått siden 2014.

Det pågår en rekke prosjekter og prosesser i klinikkene som omhandler kulturutvikling, også utover det som er i regi av Arbeidsmiljøavdelingen alene eller sammen med kulturkonsulentene.

Arbeid med en felles strategi for pasientsikkerhet og HMS startes opp i juni 2016 (mandat vedtatt 24.mai 2016) Arbeidet kommer dels som en oppfølging av overordnede føringer i oppdragsdokumentet, men også på bakgrunn av interne endringer i sykehuset. Det er en økende intern forståelse av forskningsgrunnlag for sterke og tydelige sammenhenger mellom pasientsikkerhet og kvalitet på den ene siden, og de ansattes helse og velvære på den andre, med kultur som en viktig felles faktor.

Det er økende samarbeid også mellom andre miljøer om kultur, for eksempel Seksjon for likeverdige tjenester, som sammen med Arbeidsmiljøavdelingen arrangerte dagsseminar for alle interesserte om «OUS som flerkulturelt arbeidsmiljø» i november 2015. Seksjonen for likeverdige tjenester har nylig arrangert workshop for både eksterne og interne miljøer som ledd i utvikling av strategi for neste periode.

Kultur har i år også vært tema for Arbeidsmiljøuka, som vernetjenesten har hovedansvar for. Det har vært innlegg om «Meldekultur» for verneombud ved Sissel Trygstad, FAFO⁵, om «Organisasjonskultur» ved Henning Bang, Universitetet i Oslo, for alle ansatte, og om «Hvorfor er kulturarbeid viktig for sykehus?» for ledergruppen ved Joy Buikema Fjærtøft, Arbeidsmiljøavdelingen.

Oslo universitetssykehus HF deltar i en landsomfattende FAFO-undersøkelse om ytringer og varslinger i arbeidslivet. Det pågår en debatt i sykehuset og i offentligheten om sykehusene preges av dårlig arbeidsmiljø og manglende kultur for åpenhet og respekt – ofte sammenfattet i begrepet «frykttkultur». Ledelsen i sykehuset har dialog med tillitsvalgte og vernetjenesten om dette. FAFO-undersøkelsen er ett av flere tiltak det nå jobbes med for å belyse tematikken nærmere. Direktøren organiserte 4. april et lederseminar om ytringsfrihet, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i Oslo universitetssykehus HF, med deltakelse også fra helseministeren, tillitsvalgte og hovedverneombud.

Kultur er på dagsordenen, visjonen, verdiene og målene i Oslo universitetssykehus HF' Strategi 2013-2018 viser vei og tiltak er i gang for å sørge for at disse over tid blir etterlevd i *hele* sykehuset.

⁵ Forskningsstiftelsen Fafo er et av Norges største samfunnsvitenskapelige forskningsmiljøer.

7 Referansetabeller

7.1 Eksterne tilsyn gjennomført i 1. 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	Brakererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekte, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygge/anlegg/utstyr		
27.04.	Branntilsyn	Ordinært branntilsyn	SSE Avdeling for kompleks epilepsi	1		I arbeid		1								
20.04.	Arbeidstilsynet	Postalt tilsyn - helseplager som følge av arbeid med forsøks- dyr - krav om opplysninger	KPM Komparativ Medisin			Lukket										
06.04.	Riksrevisjonen	Forvaltningsrevisjon om bruk av bilde- diagnostikk	Avdeling for radiologi og nukleær- medisin			I arbeid										
30.03.	Vann- og avløpsetaten	Ullevål - tilsynsrapport	VVS, Ullevål	8	0	I arbeid										8
18.03.	Vann- og avløpsetaten	Gaustad - tilsynsrapport	VVS, Rikshospitale t	1	0	I arbeid										1
18.03.	Vann- og avløpsetaten	Rikshospitalet - tilsynsrapport	VVS, Rikshospitale t	3	0	I arbeid										3
08.03.	Det lokale eltilsyn (netteier)	Tilsyn med elektroinstallasjon i Sykehusveien 3 "Pensjonatet", Asker	Elektro- seksjonen, Ullevål	1	0	I arbeid										1
07.03.	Riksrevisjonen	Riksrevisjonen: Konsulentbruken i staten, inkl helseforetak - spørreundersøkelse	OUS HF			Lukket										
03.03.	Mattilsynet	Inspeksjon etter melding fra avd.sykepl.	Nyfødtintensiv- seksjon, Rikshospitale t	0	0	Lukket										
03.03.	Mattilsynet	Inspeksjon Melkekjøkken	Nyfødtintensiv- post, Ullevål	1	1	Lukket										1
02.03.	Vann- og avløpsetaten	Radiumhospitalet - tilsynsrapport	VVS, Radium- hospitalet	5	0	I arbeid										5
02.03.	Vann- og avløpsetaten	Aker - tilsynsrapport	VVS- avdelingen	9	0	I arbeid										9
02.03.	Branntilsyn	Ordinært branntilsyn Luftambulansen, Lørenskog	Prehospitall senter	0	0	Lukket										
27.01.	Riksrevisjonen	Forvaltningsrevisjon om medisinsk koding (lungebetennelser INF/ MED og implantasjon av hofteprotese ORT) i spes.helsetjenesten Spørreundersøkelse	Aktivitetsdata og analyse			Lukket										
19.01.	Mattilsynet	Uanmeldt tilsyn: Vedlikehold av lokaler, soner, merking av	Hoved- kjøkken Riks- hospitalet	0	0	Lukket										

Tilsyns-dato	Tilsyns-etat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Kommentar - status	Avvik i forhold til internkontrollkrav										
							Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakers kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brakererfaringer, medvirkning	Fare for svikt / lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekte, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentstyring	Intern revisjon, gjennomgang av system	Bygge/anlegg/utstyr			
		ferdigproduisert mat og personlig hygiene/garderobes															
Totalt				29	1		0	1	0	0	0	0	0	0	0	28	

7.2 Eksterne tilsyn fra tidligere perioder - fortsatt under arbeid

Tilsyns-dato	Tilsynsetat	Tittel - tema	Org. enhet	Antall avvik gitt	Antall avvik lukket	Kommentar - status
11.11.15	Tilvirkningstillatelse for legemidler (GMP inspeksjon)	Statens legemiddelverk	Seksjon for celleterapi	13	13	Avventer rapport fra tilsynsmyndigheten
24.08.15	DSB tilsyn: aktive implantater som pacemakere og ICD	Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap	Elektroavdelingen	4	0	Avventer rapport fra tilsynsmyndigheten
17.03.15	Selskapskontroll 2014: Kontroll av informasjonssikkerhet i medisinskteknisk utstyr (MTU)	Riksrevisjonen	VO Medisinsk teknologisk			Under arbeid med hensyn til krav til sikkerhet.
09.03.15	Blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter	Statens legemiddelverk	IMM Blodbanken felles	5	5	Avventer rapport fra tilsynsmyndigheten
06.10.14	Oppfølging av DSB tilsyn i 2012 og 2013	Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap	Oslo Sykehusservice	9	5	Bygningsmessige tiltak. Følges opp gjennom regelmessige dialogmøter.
23.04.14	Styring og kontroll med helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler	Riksrevisjonen	Oslo universitetssykehus HF	4	0	Under arbeid i Helse Sør-Øst. Etablering av felles styringssystem for informasjonssikkerhet.
16.12.13	Branntilsyn ved OUS - Søsterhjemmet. Hvilke branntekniske tiltak er gjort.	Branntilsyn	Oslo Sykehusservice			Bygningsmessige tiltak. Følges opp gjennom regelmessige dialogmøter.
01.07.11	Tilsynsrapport fra statusmøte 15.06.11	Arbeidstilsynet	Oslo universitetssykehus HF	10	9	Bygningsmessige tiltak. Følges opp gjennom regelmessige dialogmøter.
Antall:	8 tilsyn			45	32	

7.3 Nasjonale kvalitetsregistre fordelt på klinikker

Nasjonalt kvalitetsregister	Oslo universitetssykehus HF	Opprettet
Nasjonalt register for barne- og ungdomsdiabetes	Barne- og ungdomsklinikken	2006
Norsk nyfødttmedisinsk kvalitetsregister (OUS, del av Medisinsk fødselsregister)	Barne- og ungdomsklinikken	2006
Norsk kvalitetsregister for døvblind (OUS)	Barne- og ungdomsklinikken	2012
Norsk nefrologiregister (OUS)	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	2012
Nasjonalt traumeregister (OUS)	Ortopedisk klinikk	2006
Norsk kvinnelig inkontinensregister (OUS)	Kvinneklubben	2013
Kvalitetsregister for demens (OUS)	Medisinsk klinikk	2013
Nasjonalt register for HIV (OUS)	Medisinsk klinikk	2012 mangler konsesjon
Norsk pacemaker og ICD-register (OUS, del av Hjerte-karregisteret)	Medisinsk klinikk	2013
Nasjonalt Hjertekirurgiregister	Hjerte-, lunge- og karklinikken	2013
Nasjonalt hjertestansregister (OUS, del av Hjerte-karregisteret)	Akuttklubben	2013

Tabell 17

Målgruppe: Foretaksstyret – Styresak 43/2016.
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Sølvi Andersen, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Saksbehandler: Spesialrådgiver Øystein Helland
Dato: 23. juni 2016
Fil: - Styresak 2016-43-02 Utvalgte indikatorer.docx



Ledelsens gjennomgang Kvalitetssystemet

1 Tertial 2016

Vedlegg 3
Styresak 43/2016

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
2. Kvalitetspolitikk.....	2
3. Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg	3
4. Informasjonssikkerhet og personvern.....	5

1. Innledning

Hensikten med å vurdere kvalitetssystemet er å tilse at de forskjellige elementene i kvalitetsutviklingssystemet er i tråd med lov og forskrifter, virker hensiktsmessige som støtte-strukturer eller støtteprosesser for å nå gitte mål, og om de er tilstrekkelige og effektive. Videre kan det undersøkes om aktiviteter utføres slik de er beskrevet i kvalitetssystemet.

Vedlikehold av kvalitetssystemet skal være en kontinuerlig prosess. Ajourføring og utarbeidelse av nye prosesser og dokumenter foregår derfor kontinuerlig. Mindre oppdateringer gjøres jevnlig av den som er ansvarlig for en prosedyre.

I tillegg bør kvalitetssystemet ha en rutinemessig gjennomgang og oppdatering omlag hvert 5. år. Oppdatering av hele eller deler av kvalitetssystemet kan være påkrevet som følge av for eksempel endringer i lovverket, endringer i organisasjon eller funksjonsbeskrivelser, eller endring i praktisk håndtering av saker. I en stor virksomhet som Oslo universitetssykehus HF, er det naturlig å legges opp til en rullering mellom de ulike delene av kvalitetssystemet for unngå at alt arbeid kommer samtidig. Oppdaterte dokumenter skal være gjenstand for høring i relevante deler av organisasjonen før godkjenning og implementering.

Det er foreløpig planlagt at følgende kvalitetselementer skal være gjenstand for gjennomgang i 2016:

1. Kvalitetspolitikk
2. Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg
3. System for informasjonssikkerhet

2. Kvalitetspolitikk

Sykehusets kvalitetspolitikk ble sist oppdatert og endret i 2013. Sykehusorganisasjonen har utviklet seg videre etter dette, blant annet er det kommet nye føringer i henhold til Nasjonal helseplan, lov- og forskriftsendringer, utviklet plan for nye sykehusbygg med tilhørende virksomhetsbeskrivelser og etablert ny intern organisering. I tillegg er også pasienter/brukere er i større grad medvirkende i egen behandling, samt også i design av pasientforløp og andre prosesser i sykehuset.

Sykehuset har valgt å gripe tak i kvalitetspolitikken som ett av de første og viktigste systemelementene som vurderes fordi «**Kvalitetspolitikken er det organisasjonen vil bli gjenkjent for**», slik vi kjenner det fra andre deler i samfunnslivet. Kvalitetspolitikken skal fastsettes ut fra organisasjonens visjoner og verdier

Visjon: Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens tjenester

Verdier: Vårt felles verdigrunnlag er de nasjonale verdiene for helsetjenesten: kvalitet, trygghet og respekt. Vår kultur skal være åpen, lærende og helhetstenkende

Kvalitetspolitikken autoriseres av toppledelsen og tjener som et rammeverk for å fastsette kvalitetsmål og indikatorer knyttet til kjerneprosesser og støtteprosesser.

Som hovedregel skal kvalitetspolitikken beskrive:

- strukturer, teknikker og aktiviteter for etterlevelse av kvalitetssystemet
- standarder og kvalitet på tjenestene
- profesjonell yrkesutøvelse

Sentralt kvalitetsutvalg har sett på gjeldende utforming av dagens kvalitetspolitikk og mener den med fordel kan moderniseres og få et mer adekvat uttrykk for sykehusets overordnede hensikter og styring som angår kvalitet.

Arbeidet er i gang.

3. Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg er lovbestemt og regulert av Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 som sier:

Helseinstitusjon som omfattes av denne lov, skal opprette kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg som ledd i det systematiske arbeidet institusjonen skal utføre.

Det er ikke gitt forskrifter til bestemmelsen. Men dette er en videreføring av sykehusloven § 18, og det ble gitt retningslinjer for kvalitetsutvalg i rundskriv fra Helsetilsynet IK-7/94.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg er direkte forankret i internkontrollarbeidet. En hovedoppgave for kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget er å stimulere til forebyggende og kvalitetsfremmende arbeid i helseinstitusjonen. I bestemmelsen stilles det krav om at helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal opprette kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg som del av internkontrollen og det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Internkontroll innebærer at ansvarlige for virksomheten skal:

- a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt,
- b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten,
- c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll,
- d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes,
- e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten,
- f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav,
- g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen,
- h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

I sykehuset i dag er det tre møtearenaer med ulike deltakere fra sykehuset som tjener til formålet:

- **Sentralt kvalitetsvalg**, ledes av administrerende direktør. Alle klinikkledere deltar i tillegg til foretakstillitsvalgte og hovedverneombud, leder av brukerutvalget i sykehuset og pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus.
- **Pasientsikkerhet- og kvalitetsutvalg i klinikker**, ledes av klinikkleder eller annen fagperson utpekt av klinikkleder. Klinikere velges/utpekes ut fra erfaring og tema i sakene. Klinikkenes kvalitetsrådgivere har sekretariatsfunksjon i

møtene. Det varierer om klinikkledere deltar. Representanter fra stab pasientsikkerhet og kvalitet er til stede i alle møtene.

- **Kvalitetsrådgivernetverket**, ledes av direktør for pasientsikkerhet og kvalitet. Klinikkenes kvalitetsrådgivere er deltakere i nettverket.

I gjennomgangen av sykehusets kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg med tilhørende møtearenaer er det ønskelig å vurdere om vi arbeider i henhold til:

- Lovtekst / formål
- Mandat sentralt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg
- Mandat lokalt pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg
- Vurdere om det er noe overlappende aktivitet som er uhensiktsmessig eller om aktiviteter er utelatt
- Vurdere større grad av standardisering
- Vurdere tiltak for å øke organisatorisk læring på tvers

Det vil bli gjennomført en spørreundersøkelse (questback) for å klarlegge en del forhold. Det vil også gjennomføres en dokumentgjennomgang av referater fra møtene. Arbeidet er påbegynt.

4. Informasjonssikkerhet og personvern

Informasjonssikkerhet er et viktig tema for kvalitet i tjenestene ved sykehuset og har vært betydelig fokusert i den senere tid. Dette vedlegget beskriver relevante aktiviteter som alle har til hensikt å sikre etterfølgelse av lovkrav og myndighetspålegg slik at sykehusets virksomhet på dette området skal holde akseptabel standard.

Følgende sentrale emner er belyst og oppsummert i det følgende:

- Riksrevisjonens kontroll angående *Styring og kontroll av tilgang til helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler (EPJ)*, gjennomført 2013/2014
- På veg til en regional journal
- Riksrevisjonens kontroll angående *Helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerheten i medisinsk-teknisk utstyr*, gjennomført 2014/2015
- Systematisk gjennomføring av risikovurderinger ved nye og endrede behov for databehandlinger og IKT-løsninger
- Sikkerhetsmessige utfordringer som det er løpende ledelsesfokus og oppfølging av

Styring og kontroll av tilgang til helseopplysninger i elektroniske pasientjournaler

Riksrevisjonen gjennomførte i 2014 en kontroll ved fire regionssykehus i hver sin region hvor målet med undersøkelsen var å vurdere om helseforetakenes styring og kontroll av tilgang til helseopplysninger i EPJ-systemet var i samsvar med gjeldende regelverk. I Helse Sør-Øst var det Oslo universitetssykehus HF som ble kontrollert.

Hovedfunnene ved revisjonen for alle foretakene var:

- Helseforetakene har ikke i tilstrekkelig grad implementert gjeldende regelverk om informasjonssikkerhet og behandling av helseopplysninger
- Ansatte i helseforetakene har tilgang til helseopplysninger utover tjenstlig behov
- Helseforetakene har ingen systematisk kontroll og oppfølging av ansattes tilganger til EPJ
- Helseforetakene har mangelfull internkontroll av tilgangsstyringen i EPJ

Selv om det kun var Oslo universitetssykehus HF som ble kontrollert, var funnene representative for alle helseforetak.

Ved tidspunkt for Riksrevisjonens kontroll i sykehuset, var Doculive/Pasdoc fremdeles hovedjournal. Det var gjort en risikovurdering av samlet løsningen på tidspunkt ved konsolidering for Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål sykehus. Denne konkluderte med at det var for vide tilganger, men grunnet risiko for manglende tilgjengelighet for deler av det kliniske personalet, ble tilgjengelighet prioritert og dermed for vide tilganger midlertidig vurdert som nødvendig av hensyn til pasientsikkerhet. Ved Aker sykehus var en eldre DIPS-versjon uten beslutningsstyr

tilgang i bruk. Avvikene var forutsatt lukket ved planlagt innføring av regional DIPS i sykehuset.

I matrise Tabell 1 viser hovedfunnene og hvilke tiltak som ble planlagt for å lukke avvikene.

Hovedfunn (1-4)	1 – ikke i tilstrekkelig grad implementert gjeldende regelverk	2 – tilgang til helseoppløsninger utover tjenstlig behov	3 – ingen systematisk kontroll og oppfølging av ansattes tilganger	4 – mangel-full intern-kontroll av tilgangsstyringen i EPJ
Hovedtiltak (1-6)				
1 – systemteknisk mulighet for å ivareta differensiert tilgangskontroll	X	X		
2 – Bestilling og forvaltning av tilgang til EPJ	X	X		
3 – Internkontroll	X		X	X
4 – Opplæring	X		X	X
5 – Gjennomgang av logger	X		X	
6 – styrende dokumenter	X	X	X	X

Tabell 1. Oversikt over hovedfunn og dekkende tiltaksområder

Følgende tiltak er gjennomført ved Oslo universitetssykehus HF:

Systematiske tiltak for å ivareta differensiert tilgangskontroll

- a) Innføringen av regional DIPS med beslutningsstyrt tilgang, realisering og detaljering av regionale tilgangsprinsipper i løsningen. Dette var en sentral og viktig del hvor arbeidet med å sikre nødvendig tilgang, samtidig som begrensninger ble lagt inn. Løsningen har nå vært i produksjon siden oktober 2014.
- b) Etablert teknisk støttet og automatisert tildeling og forvaltning av tilganger ved bruk av IDM/IAM. Det innebærer at det benyttes informasjon hentet fra personalportalen hvor ansatte er tilsatt og hvilken type stilling/rolle den enkelte har, begge deler sentrale for å gi korrekte tilganger. Ved endringer i personalportalen angående organisasjonstilhørighet, stilling eller rolle, oppdateres automatisk tilgangene i DIPS. På denne måten lukkes tilganger når de er uaktuelle og nye opprettes. Det har vært helt nødvendig å forbedre datakvaliteten i personalportalen og etablere Resh-id i DIPS for å gi alle organisasjonsenheter nasjonal koding. Linjeorganisasjonen har vært ansvarlig for å gjennomføre dette arbeidet.

Elektronisk bestillingsskjema med autorisasjon for bestilling

Elektronisk bestillingsskjema for tilganger som automatisk henter autorisasjon fra HR-systemet, hvem som er leder for den enkelte og beslutning om tilganger innen gitte prinsipper. I tillegg er også stedfortreder lagt inn, samt eskalering dersom leder bestiller utenfor sin myndighet. Systemet baserer seg på bruk av teknisk understøttelse av tildeling, forvaltning og kontroll av tilganger, og begrenser manuelle håndteringer til et mindre volum. Det øker sannsynligheten for å sikre riktige tilganger til enhver tid, og dermed

mindre risiko for avvik. Erfaringer viser, inkludert Riksrevisjonens kontroll, at stor grad av manuelle operasjon og aktiviteter gir et stort potensiale for avvik.

Internkontroll gjennomføres systematisk

- a) Det er gjennomført en revisjon dekkende for hele foretaket ved hjelp av Questback, med spørsmål til alle ledere på Nivå 2, 3 og 4 om blant annet tilgang til journal og opplæring. Dette forutsettes gjennomført årlig på viktige informasjonssikkerhetstema, slik at dette blir fulgt opp systematisk i hele sykehuset.
- b) Selv om tildeling og forvaltning av tilganger i stor grad er automatisert, gjenstår fremdeles noen grad av manuelle tildelinger som ikke dekkes av IDM/IAM. Dette vil typisk omfatte:
 - Brukere ikke benyttet – ved oppstart av DIPS var det en del manuell innlesing som vil trenge manuell avslutning
 - Roller som ikke er benyttet av brukere
 - Roller som ikke benyttes over lengre perioder
 - Alle spesialtilganger som typisk omfatter flere klinikker i en rolle eller flere roller samlet i en rolle.
- c) Årlig risikovurdering av tilganger vil gjennomføres fom 2016 og baseres blant annet på en status på hvilke tilganger som er gitt og erfaringer fra tilbakemeldinger fra klinikk. Fokus må omfatte vurdering av (ikke uttømmende)
 - ivaretagelse av nødvendig tilgjengelighet
 - ivaretagelse av konfidensialitet
 - endring fra foregående år

Videreføre og løpende oppdatere e-læringskurs – PIIP

For å ivareta jevnlig opplæring, videreføres og oppdateres e-læringskurset PIIP (Personvern og Informasjonssikkerhet I Praksis), og forutsettes gjennomført årlig for å ivareta opplæringsplikten innen informasjonssikkerhet og personvern generelt, samt tilgang til journal spesielt.

Systematisk gjennomgang av logger over tilgang og bruk av journal

For å etterkomme myndighetspålegget om en systematisk gjennomgang av innsynslogger, har Helse Sør-Øst RHF med Oslo universitetssykehus HF som faglig sentral aktør, sterkt bidratt i det nasjonale prosjektet «Statistisk loggkontroll ved hjelp av Mønstergjenkjenning» i regi av NIKT (Nasjonal IKT). Her har det blitt utviklet en metode og en prototype på elektronisk verktøy for å kunne oppdage uforklarlige oppslag. Uforklarlige oppslag forelegges for klinikkleder som avgjør om dette var/er berettiget. NIKT ønsker at dette blir en nasjonal løsning og tjeneste, og det arbeides for å finansiere dette i Norsk Helsenett. Verktøy vil kunne benyttes i hele regionen men etableres først ved Oslo universitetssykehus HF.

Oppdatering av de styrende dokumenter for informasjonssikkerhet

Oppdatering av de styrende dokumenter for informasjonssikkerhet for mer målrettet å beskrive hva som gjøres og dekke de endringer som øvrige tiltak innebærer. Styringssystem for informasjonssikkerhet vil bli standardisert i regionen i løpet av høsten 2016.

Tabell 2 vises oversikt over alle tiltak og status på tiltakene.

Tiltak gjennomført	Beskrivelse av tiltak	Status
Systematiske tiltak	Bestillingsskjema, med autorisasjon hentet fra HR-systemet	OK
	DIPS, versjon med beslutningsstyrt tilgang	OK
	Regional standardisering av DIPS	OK
	• HR-data	OK
	• Org-struktur og bruk av Resh-id	OK
	• Dokumentstruktur og arbeidsrutiner	OK
	Realisering av regionale tilgangsprinsipper i DIPS	OK
Internkontroll	Automatisering av tildeling og forvaltning av tilganger (IDM/IAM)	OK
	Årlig virksomhetsdekkende revisjon av tilgang, 1. gang gjennomført	OK
	Årlig revisjon av tilgangene tildelt	H16
Opplæring	Årlig risikovurdering av tilganger tildelt	H16
	Styrke jevnlig bruk av PIIP (Personvern og informasjonssikkerhet i praksis)	OK
Gjennomgang av logger	Sporadisk	OK
	Mønstergjenkjenning	16/17
Styrende dokumenter	Oppdateres jevnlig	OK
	Regionalisering av styrende dokumenter for informasjonssikkerhet	H16

Tabell 2. Oversikt over områder som er forbedret

På vei til en regional journal

Arbeidet med å lukke avvikene knyttet til tilgang til pasientjournalene var viktig og nødvendig for å forberede etablering av en regional journal, noe som ble mulig fra 1. januar 2015 da lov om pasientjournal trådte i kraft. Forutsetninger for å kunne etablere en regional journal, stiller tydelige krav til informasjonssikkerhet og den enkeltes personvernrettigheter blant annet gjennom et felles styringssystem for informasjonssikkerhet. Dette arbeidet pågår regionalt og vil sikre felles føringer for informasjonssikkerhet. Sykehuset er sentral i dette arbeidet sammen med et samlet sikkerhetsfaglig miljø i regionen.

Arbeidet som er gjort ved implementeringen av DIPS, avvikshåndteringen etter Riksrevisjonen, standardisering og automatisering som allerede nevnt, er alle tiltak som på tilsvarende måte må gjøres i hele regionen for å kunne realisere en regional journal.

Tiltak gjennomført	Beskrivelse av tiltak	Status OUS	Status samlet HSØ
Systematiske tiltak	Bestillingsskjema, med autorisasjon hentet fra HR-systemet	OK	OK
	DIPS, versjon med beslutningsstyrt tilgang	OK	17 ¹
	Regional standardisering av DIPS	OK	17
	• HR-data	OK	17
	• Org-struktur og bruk av Resh-id	OK	17
	• Dokumentstruktur og arbeidsrutiner	OK	17

¹ Et foretak gjenstår

Tiltak gjennomført	Beskrivelse av tiltak	Status OUS	Status samlet HSØ
	Realisering av regionale tilgangsprinsipper i DIPS	OK	18
	Automatisering av tildeling og forvaltning av tilganger (IDM/IAM)	OK	18
Internkontroll	Årlig virksomhetsdekkende revisjon av tilgang, 1. gang gjennomført	OK	17
	Årlig revisjon av tilgangene tildelt	H16	17
	Årlig risikovurdering av tilganger tildelt	H16	17
Opplæring	Styrke jevnlig bruk av PIIP (Personvern og informasjonssikkerhet i praksis) eller tilsvarende	OK	OK
Gjennomgang av logger	Sporadisk	OK	OK
	Mønstergjenkjenning	16/17	17
Styrende dokumenter	Oppdateres jevnlig	OK	OK
	Regionalisering av styrende dokumenter for informasjonssikkerhet	H16	H16

Tabell 3. Oversikt over status for samlet region som forberedelse for en regional journal

Ivaretakelse av informasjonssikkerhet i medisinsk teknisk utstyr

Systematisk sikring av krav til informasjonssikkerhet ved bruk av medisinsk teknisk utstyr som genererer indirekte identifiserbare sensitive personopplysninger, ivaretas på en langt bedre måte i ny plattform ved sykehuset. Arbeid under IMP, herunder etablering av regional leverandørtilgangs løsning, har vært viktig. Videre har en felles regional satsning for å sikre systematisk bruk av databehandleravtaler vært et sentralt element. Sykehuspartner er en viktig aktør for at dette gjennomføres.

Regionen har etablert felles anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr gjennom at Oslo universitetssykehus HF/Medisinsk-teknisk virksomhetsområde står for regionale samlede anskaffelser. Det er under utarbeidelse felles krav ved anskaffelser basert på de regionale kravene til informasjonssikkerhet for behandlingsrettede helseregistre. Et avvik også i denne kontrollen har vært manglende revisjon av medisinsk teknisk utstyr og informasjonssikkerhet. Det er i løpet av 2016 planlagt å få etablert en systematisk måte å gjennomføre dette på.

Systematisk gjennomføring av risikovurderinger ved nye og endrede behov for databehandlinger og IKT-løsninger

Et viktig tiltak for å kontrollere risiko ved nye og endrede behov for databehandlinger og IKT-løsninger er gjennomføring av risikovurdering i forkant for og under etablering. Dette er nå satt i system og gjennomføres både i sykehuset ved egne løsninger og i regionen for felles løsninger. Dette i samsvar med krav i lov.

Sikkerhetsmessige utfordringer som det er løpende ledelsesfokus og oppfølging av

Den nye infrastrukturen under utrulling i sykehusnettet gir endelig sykehuset et felles nettverk, hvor sikkerhetsmekanismer gir en stor bedring for nødvendig kontroll. Felles arbeid med Stabsfunksjonene informasjonssikkerhet/personvern og IKT i det

opprettede regionale sikkerhetsrådet, sammen med Sykehuspartner og representant fra annet foretak, har også bidratt til å gi felles sikkerhetsmessige føringer som hele regionen vil ha nytte av.

Enkelte sikkerhetsmessige utfordringer finnes kun begrenset teknisk mulighet for å kontrollere. Disse er det et løpende ledelsesfokus på, med eierskap ute i klinikkene for å sikre nødvendig håndtering av personvernmessige krav og informasjonssikkerhet. Dette omfatter:

- Tjenester og mulighet for lagring av sensitive personopplysninger hvor det funksjonelle og hensiktsmessige kan invitere til bruk, men hvor krav til informasjonssikkerhet, personvern og mulighet for nødvendige databehandler-avtaler i begrenset grad er dekket. Også for disse tjenester vil det være nødvendig med en risikovurdering for å avdekke om det er mulig å inngå avtaler.
- Gamle og spesielt selvutviklede IKT-løsninger som i begrenset grad oppfyller krav til informasjonssikkerhet og personvern. Disse søkes erstattet av nyere løsninger og helst felles anskaffede løsninger for å begrense antallet spesialløsninger.
- Ordinær e-post er som kjent en usikker kommunikasjonsmåte for sensitive personopplysninger og kan ikke brukes for dette formål. Dette gjelder både innsynsmulighet fra uvedkommende, da e-post er som å sende informasjon på et postkort som kan leses underveis, og manglende garanti for at meldingene kommer frem.

Målgruppe: Foretaksstyret – Styresak 43/2016.
Faglig ansvarlig: Stabsdirektør Sølvi Andersen, Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Saksbehandler:
Dato: 23. juni 2016
Fil: - Styresak 2016-43-03 Kvalitetssystemet.docx

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 23. juni 2016

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

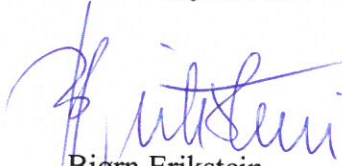
Vedlegg: Rapportvedlegg

SAK 44/2016 RAPPORTERING PER MAI 2016

Forslag til vedtak:

Styret tar rapportering per mai 2016 til orientering.

Oslo den 16. juni 2016



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

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

- Registert aktivitet innenfor somatikken, målt i antall DRG-poeng, er 0,3 prosent lavere enn budsjettet.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i 2016 høyere enn planlagt.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er den rapporterte aktiviteten høyere enn planlagt.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er noe høyere enn planlagt. Det samme gjelder for antall liggedøgn, mens antall utskrevne pasienter døgnbehandling er lavere enn budsjettet.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter var per utgangen av mai 46 mot 1 116 ved utgangen av samme periode i 2015.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer var per utgangen av mai 196 mot 1 358 ved utgangen av samme periode i 2015.
- Justert for endrede pensjonskostnader viser rapportert resultat etter mai 2016 et negativt avvik fra budsjett på om lag 132 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk til og med juni 2016 er 18 373. Det er en økning på 258 fra samme periode i 2015.
- Sykefraværet hittil i 2016 (per april) er 7,4 prosent og er redusert fra 7,7 prosent i samme periode 2015.

2. Administrerende direktørs vurdering

Hovedmålene for virksomheten i Oslo universitetssykehus i 2016 er å unngå fristbrudd, redusere ventetid, innfri krav til pakkeforløp, og sikre et økonomisk resultat som budsjettet eller bedre. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barne- og ungdomspsykiatri prioriteres.

Innenfor ventelisteområdet arbeides det fortsatt målrettet med oppfølging av ventende, ventetider og frister for start helsehjelp.

Når det gjelder eksterne ventelister, er målene:

- Ventetidene skal reduseres til lavere enn nasjonalt mål på 65 dager
- Ingen ventende med ventetid > 1 år
- Pasientene skal ikke oppleve fristbrudd

Administrerende direktør mener at oppfølgingen av klinikkene og avdelingene har gitt gode resultater på disse områdene gjennom 2015. I 2016 vil det være en like tett oppfølging av interne ventelister, dvs videre pasientforløp etter at initial rett til utredning eller behandling er innfridd. Dette innebærer blant annet ukentlig oppfølging av antall pasienter hvor tentativ dato er passert og antall pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny kontakt.

Så langt i 2016 har det vært god aktivitet innenfor både psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikken. Administrerende direktør er fornøyd med at aktiviteten på de fleste områdene både er høyere enn budsjettet og økt fra 2015. Innenfor somatikken har rapportert aktivitet til og med mai vært litt svakere enn forutsatt i budsjettet.

Omfanget av etterregistrering av aktivitet for 1. tertial var imidlertid større enn forventet og oppdaterte tall viser at den somatiske aktiviteten i årets fire første måneder samlet var som budsjettet og økt med om lag 3 prosent fra 2015. Det er klinikkvise variasjoner og alle klinikkene arbeider for å øke aktiviteten ytterligere og gjennom det sikre god utnyttelse av tilgjengelig kapasitet og ytterligere reduksjon i både interne og eksterne ventelister. Dette gjelder både for poliklinikker, operasjonsstuer og sengeposter. For 1. tertial viser foreløpige tall at de fleste somatiske klinikker har bedret produktivitet i 1. tertial 2016 fra 1. tertial 2015.

Administrerende direktør er fortsatt meget bekymret for den økonomiske utviklingen hittil i 2016. Etter mai 2016 er det rapportert et økonomisk avvik på om lag 132 mill kroner (korrigert for endrede pensjonskostnader). Hoveddelen av avviket skyldes høyere kostnader enn budsjettet. Bemanningen for internt finansierte årsverk er hittil i år om lag 235 høyere enn budsjettet og økt med 234 fra samme periode i 2015. Den bemanningsveksten som var i 2015 ser ut til å ha stabilisert seg fra høsten 2015, noe som kan tyde på at tiltak for å tilpasse bemanningen til budsjett har effekt. Det er imidlertid for tidlig å trekke noen endelig konklusjon på dette før etter sommerferien. En viderføring av det økonomiske avviket hittil i år vil i første omgang få store konsekvenser for foretakets evne til å gjennomføre nødvendige investeringer. På denne bakgrunn gjennomføres det tett oppfølging av klinikkene.

I ledermøtene er det ukentlig gjennomgang av driften med vekt på tiltak for å utnytte samlet kapasitet samtidig som bemanningsutviklingen forsøkes styrt på en god måte og innenfor samlet budsjett. Alle klinikkene er bedt om å planlegge og gjennomføre ytterligere tiltak innenfor egen virksomhet samtidig som det er vurdert ulike sykehusovergrepene tiltak. Forslag til nye tiltak for å redusere kostnadene både på kort og lengre sikt legges frem i egen sak om gjennomføring av budsjett 2016 (45/2016).

3. Ventelister og fristbrudd

Det arbeides kontinuerlig med kvalitetssikring av ventelistedata og å sikre at alle pasienter får time innen riktig tid. Fokusområdene for oppfølging av ventelistearbeidet i 2016 er de kvalitetsindikatorer som Oslo universitetssykehus HF benytter som styringsindikatorer for ventende. Dette innebærer blandt annet oppfølging av pakkeforløp, gjennomgang og rydding av eksterne og interne ventelistedata, tidlig tildeling av time, samarbeid med eksterne aktører og løpende kvalitetssikring av NPR-tilbakemeldingen. Etter en betydelig bedring av fristbrudd og langtidsventende gjennom 2015, har sykehuset i 2016 forsterket oppfølgingen av videre oppfølging av pasientene etter at frist til utredning eller behandling er innfridd, dvs videre interne ventelister. Det følges opp om antall pasienter hvor tentativ dato for neste oppmøte er passert, reduseres som forutsatt, at nye pasienter ikke får innfridd sin frist med "time i hånden", og rapport 7221- pasienter med åpen henvisningsperiode uten ny planlagt kontakt gjennomgås regelmessig. Også de interne ventelistene ble betydelig bedret gjennom 2015, og det arbeides for en ytterligere bedring gjennom 2016.

Status fristbrudd av ventende pasienter

Per utgangen av mai var det 46 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2015 er dette en reduksjon på om lag 1 000 fristbrudd.

Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i hovedsak at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, samt en forsinkelse i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre HF. Det er i løpet av mai registrert 6 pasienter i

Fristbruddportalen. De er registrert med planlagt behandlingsdato i Oslo universitetssykehus HF eller ønsker ikke tilbud fra HELFO.

Status fristbrudd avviklede

Per utgangen av mai var det en andel på 1,1 prosent (76 pasienter) som ble avviklet etter frist start helsehjelp. Dette omfatter både pasienter som har ønsket eller samtykket i å vente kort tid utover frist, i stedet for å vurdere behandling et annet sted, pasienter som er viderehenvist fra andre helseforetak hvor det har vært vanskelig for Oslo universitetssykehus HF å imøtekomme den fristen som er satt, samt noe etterregistrering av ventetid slutt.

Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av mai var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 196. Sammenlignet med samme periode i 2015 er det en reduksjon på om lag 1 200 langtidsventende. Det er flest langtidsventende innenfor fagområdene plastikk-kirurgi og ortopedi. Øyeavdelingen har gjort et stort arbeid for å redusere antall langtidsventende, og det er iverksatt flere tiltak for å avvikle ventende uten rett. Foretaket har en spesiell utfordring innen plastikkirurgi, ettersom en del langtidsventende venter fordi de må nå en viss alder før inngrepet skal gjøres og retten til behandling først da kan innfris. Det er således en medisinsk begrunnet ventetid. I samarbeid med NPR er det avklart hvordan slike pasienter som av medisinske grunner skal vente lenge skal registreres og håndteres uten at dette medfører risiko for pasienten eller uriktige tall for ventetider.

Status ventetider

I mai var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 65 dager, dvs på det nasjonale målet. Dette er en betydelig bedring sammenlignet med samme periode i 2015. For pasienter som fortsatt venter på behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av mai 66 dager, som er 57 dager for pasienter som venter med rett til behandling og 383 dager for den gjenværende mindre gruppen av pasienter fra før 1. november 2015 uten rett.

I løpet av januar - mai er antall ventende pasienter uten rett redusert med 2 198 pasienter til 481 pasienter ved utgangen av mai. Planen er at denne pasientgruppen skal være helt avviklet i løpet av 2016. Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er redusert med 68 dager fra utgangen av mai 2015.

Status passert tentative dato

Indikatoren passert tentativ dato viser den medisinskfaglige fristen for neste oppmøte og (inngår i intern venteliste) inngår fra 2016 i ukentlig og månedlig oppfølging. Målsettingen for 2016 er at passert tentativ dato skal reduseres med 50 prosent. Oslo universitetssykehus HF har ikke egne historiske tall for passert tentativ datoda intern rapportering er etablert våren 2016. I følge tall fra Helse Sør-Øst RHF (med litt ulik definisjon) har antall passert tentativ dato i Oslo universitetssykehus HF falt fra 25 507 i mai 2015 til 14 477 nå i mai 2016. Som det fremkommer av tabellen under har reduksjonen i passert tentativ dato vært større ved Oslo universitetssykehus HF enn i resten av foretaksgruppen.

	Januar	Mars	April	Mai	Endring fra mai 2015	
Oslo universitetssykehus HF	19 914	15 978	14 981	14 477	-11 030	-43 %
Helse Sør-Øst RHF foretaksgruppen	74 686	62 258	61 007	61 560	-22 545	-27 %

Åpne henvisningsperioder uten ny kontakt

Indikatoren åpne henvisningsperioder uten ny kontakt inngår fra 2016 i ukentlig oppfølging til alle klinikk- og avdelingsledere. Indikatoren viser antall pasienter der

henvisningsperioden fortsatt holdes åpen uten at avtale om ny kontakt er registrert. Per utgangen av uke 21 var det 26260 åpne henvisninger uten ny kontakt. Dette er en reduksjon fra januar 2016 hvor antallet var om lag 32 500. Målsettingen for 2016 er at antall åpne henvisningsperioder uten ny kontakt skal reduseres med 80 prosent.

Tiltak innenfor ventelisteområdet

Arbeidet med å forebygge fristbrudd, unngå langtidsventende og redusere ventetider omfatter tiltak på flere områder i 2016:

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

Tiltak innenfor ventelisteområdet vurderes kontinuerlig ut fra utfordringsbildet.

4. Pasientbehandling

4.1. Aktivitet somatikk

For hele 2016 er det budsjettert med 233 014 DRG-poeng. Dette inkluderte forventet positiv effekt på 659 DRG-poeng som følge av at flere yrkesgrupper gir ISF-refusjon i 2016 enn i tidligere år (flytting av midler fra basisramme til ISF). Endringene i ISF-regelverk/-vekker fra 2015 til 2016 utover dette ble i budsjettet forventet å være nøytrale for Oslo universitetssykehus HF, dvs at aktiviteten i 2015 skulle gi om lag samme antall DRG-poeng med 2016-regelverk som det som er registrert for 2015 med 2015-regelverk. Interne beregninger viser imidlertid en negative effekt på 830 DRG-poeng for 2016 som følge av endringene i DRG-systemet. Sammenlignet med forutsetningene i budsjettet er dette et bortfall av DRG-poeng på om lag 1 500 (sum av 659 og 830 poeng). Dette tilsvarer en inntektsreduksjon på om lag 35-45 millioner kroner.

Aktiviteten til og med april ble rapportert til styremøtet 26. mai. I rapporteringen den gang ble det lagt til grunn en forventet etterregistrering på 200 DRG-poeng, mens faktisk etterregistrering ble om lag 900 DRG-poeng. Dette innebærer at aktiviteten i 1. tertial 2016 reelt sett var noe høyere enn forutsetningen i det periodiserte budsjettet, og økt med over 3 prosent fra samme periode i 2015.

Til og med mai er det rapportert et negativt avvik i forhold til periodisert budsjett på vel 300 DRG-poeng, tilsvarende 0,3 prosent. I rapportert antall DRG-poeng til og med mai inngår effekt av etterregistrering for 1. tertial, som beskrevet ovenfor. For mai isolert var den samlede aktiviteten innenfor somatikken noe lavere enn budsjettert. Sett i forhold til samme periode i 2015 var det en økning i antall DRG-poeng med 2,6 prosent i årets fem første måneder. Nivået av etterregistrering for mai er noe mer usikkert enn vanlig, da første tertial ble lukket først helt i slutten av mai, og kodeinnsatsen frem til da i stor grad var rettet mot å fullføre første tertial best mulig.

Rapportert antall opphold innenfor somatikken er høyere enn budsjettert. Antall døgnopphold er imidlertid noe lavere enn budsjettert, mens oppholdsdager dagbehandling og antall polikliniske konsultasjoner er betydelig høyere enn budsjettert.

Oslo universitetssykehus HF har over lang tid arbeidet for å ta i bruk NIMES som verktøy for kvalitetssikring av medisinsk koding. NIMES er nå installert, og det pågår bredding og opplæring av aktuelle brukere. Ved hjelp av NIMES er målsettingen å være mer fortløpende ajour med kvalitetssikring av aktivitetsdata fremover.

4.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien er det i hittil i år skrevet ut 78 flere pasienter (10,5 prosent) enn plantall mens antall liggedøgn er 784 (2,6 prosent) høyere enn budsjettert. Sammenlignet med 2015 er antall utskrevne pasienter økt med 117 (16,7 prosent), mens antall liggedøgn for døgnbehandling er økt med 746 (2,5 prosent) fra 2015. Årsaken til økningen i antall utskrevne pasienter er flytting og samlokalisering av behandlingsplasser ved Nydalen DPS og forberedelse til flytting for Søndre Oslo DPS våren 2015.

Antall polikliniske konsultasjoner er hittil i år 10,2 prosent (4 136) høyere enn plantall og 16,4 prosent (6 274 konsultasjoner) høyere enn i samme periode i 2015. Økningen i antall konsultasjoner er blant annet en effekt av bedret organisering etter samlokalisering ved

DPS'ene og at en økt andel av behandlerstillingene nå arbeider på poliklinikkene mens de tidligere arbeidet mer ambulant (gjelder Nydalen DPS). Polikliniske konsultasjoner prioriteres og det er gode konsultasjonstall for de fleste avdelingene innenfor voksenpsykiatrien.

4.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er 22 flere enn budsjettert og tilsvarende høyere enn i 2015. Økningen skyldes flere korte innleggelser. Antall liggedøgn er 109 (5,8 prosent) høyere enn plantall hittil i år og på samme nivå som i 2015. Det er stor pågang av pasienter med behov for døgnplass. Enkelte enheter har overbelegg og flere som venter på døgnplass. Det gjelder både barne- og ungdomsseksjonene, samt FRONT-teamet.

Antall oppholdsdager dagbehandling er hittil i år 138 (8,6 prosent) lavere enn plantall og redusert med 45 (3,0 prosent) fra 2015. En døgnenhet ved avdelingen har også budsjettert med dagopphold. Høyt døgnbelegg medfører imidlertid at det ikke er kapasitet til den budsjetterte dagbehandlingen, noe som skaper et negativt budsjettavvik på dagbehandlingen. Nevropsykiatrisk enhet ligger over plantallene, da det er stor pågang for utredning og behandling av barn med nevropsykiatriske tilstander. Antall dagbehandlinger var høyt gjennom 2015 og erfaringene viser at tallene kan variere betydelig fra måned til måned.

Den registrerte polikliniske aktiviteten innenfor barne- og ungdomspsykiatrien hittil i år er 0,6 prosent (130 konsultasjoner) høyere enn plantall. Sammenlignet med 2015 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 2 479 (13,3 prosent). Det er meldt om økende antall henvisninger. Avdelingen har ikke fristbrudd eller interne ventelister. Avdelingen har i lengre tid arbeidet med ulike tiltak for å forbedre aktiviteten, noe som nå ser ut til å gi resultater. Avdelingen arbeider også aktivt med rekruttering både i faste stillinger og vikariater. Generelt er det stor pågang av pasienter til alle seksjoner.

4.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det hittil i 2016 skrevet ut 341 færre pasienter (26,9 prosent) fra døgnbehandling enn plantall. Dette er en reduksjon på 364 utskrivninger (28,2 prosent) fra 2015. Det er ønsket å redusere antall avbrutte døgnopphold, noe som isolert sett vil føre til færre utskrivninger. Avvik relateres først og fremst til at budsjettet ikke er justert for endring i registreringspraksis for internoverføringer fra seksjon rusakutt og avgiftning, samt en omlegging av driften ved en av seksjonene.

Antall liggedøgn viser et positivt avvik i forhold til plantall på 4,9 prosent (504 liggedøgn). Sammenlignet med 2015 er antall liggedøgn økt med 581 (5,7 prosent). Klinikken har i lengre tid arbeidet med tiltak for å sikre at pasientene gjennomfører behandlingen. Antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB er hittil i 2016 13,0 prosent (1 207 konsultasjoner) høyere enn budsjettert, hvilket er en økning på 26,0 prosent (2 161 konsultasjoner) fra 2015. Polikliniske konsultasjoner prioriteres og det er generelt et høyt fokus på registreringer av dette.

5. Økonomi

5.1. Resultat

Budsjettert overskudd

Oslo universitetssykehus HF har budsjettert med et overskudd for 2016 på 225 millioner kroner, det vil si 18,7 millioner kroner per måned.

Pensjonskostnad i 2016

I 2016 er det budsjettert med en samlet pensjonskostnad på 2 883 millioner kroner, basert på NRS-beregninger (aktuarberegninger) fra juni 2015. Oppdaterte NRS-beregning fra januar 2016 viser at pensjonskostnadene i 2016 blir vesentlig lavere enn hva som er lagt til grunn i budsjettet som følge av endrede økonomiske forutsetninger (diskonteringsrente og forventet lønnsvekst) gjeldende fra 1. januar 2016. For Oslo universitetssykehus HF innebærer dette at pensjonskostnaden som bokføres for 2016 blir 673 millioner kroner lavere enn budsjettert. Inntil videre legger Oslo universitetssykehus HF til grunn at inntekter og kostnader blir påvirket likt etter behandlingen av revidert nasjonalbudsjett, og at endringen dermed ikke påvirker foretakets økonomiske handlingsrom.

Rapportert resultat for mai 2016

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter mai 2016 et regnskapsmessig overskudd på 261 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 94 millioner kroner. Dette gir et positivt avvik på 167 millioner kroner. Pensjonskostnadene for 2016 er som beskrevet ovenfor 673 millioner kroner lavere enn budsjettert for hele 2016, hvilket utgjør om lag 299 millioner kroner for perioden januar - mai. Justert for dette viser rapportert resultat etter mai 2016 et negativt avvik fra budsjett på om lag 132 millioner kroner, hvorav 16 millioner kroner gjelder siste måned. Det negative avviket for de siste månedene er noe mindre enn månedsavvikene i 1. kvartal 2016. Dette skyldes først og fremst at aktiviteten innenfor somatikken inkl. etterregistrering er noe bedre enn tidligere måneder.

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik på om lag 32 millioner kroner (0,3 prosent) hittil i år. I avviket for driftsinntekter inngår blant annet:

- Negative avvik for aktivitetsbaserte inntekter, inkluderer negativ effekt av ISF-regelverket (grouper) for 2016.
- Noe forsiktig vurdering av laboratorieinntekter som følge av usikkerhet om gjeldende prisregime mellom regionene.
- Gevinst fra salg av eiendom er 3,4 millioner kroner høyere enn budsjettert. Dette skyldes salg av Totengata 14.
- Inntekt fra aktiviteter med øremerket finansiering er 35 millioner kroner høyere enn budsjettert. I tillegg kommer inntekter til å dekke merkostnader knyttet til kjøp av behandling i utlandet med om lag 19 millioner kroner (tilsvarende utgift under kjøp av private helsetjenester).

Sum driftskostnader (fratrasket reduserte pensjonskostnader) viser et negativt avvik 166 millioner kroner hittil i år. Avviket gjelder først og fremst:

- Varekostnader (32 millioner kroner hvorav 22 millioner kroner gjelder ordinær drift og 10 millioner kroner øremerkede midler).
- Kostnad til kjøp av private helsetjenester er 33 millioner kroner høyere enn budsjettert. Av dette gjelder om lag 19 millioner kroner kjøp av behandling i utlandet, hvor

merkostnadene refunderes fra Helse Sør-Øst RHF (tilsvarende inntekt under andre øremerkede inntekter).

- Kostnader til aktiviteter med øremerket finansiering er 35 millioner kroner høyere enn budsjettert. Se tilsvarende avvik på inntektssiden.
- Lønn, eksklusiv pensjonskostnader og inklusive innleie av helsepersonell er 71 millioner kroner høyere enn budsjettert.
- Høyere energikostnader enn budsjettert som følge av både økte priser og høyt forbruk utgjør 13 millioner kroner.
- Avsetning for mulig tap sykehotell i 2016 fra andre regioner med 5 millioner kroner. Det er fortsatt et utestående krav mot andre regioner for tidligere år på om lag 18 millioner kroner.
- Kostnader til nye legemidler overført fra folketrygden er om lag 5 millioner kroner høyere enn budsjettert.

Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

Tall i hele tusen	Hittil i år				Kommentarer
	Resultat	Budsjett	Avvik	%	
Basisramme	5 611 533	5 611 533	0	0,0 %	Basisramme er inntektsført som budsjettert.
Aktivitetsbaserte inntekter	3 328 427	3 338 608	-10 181	-0,3 %	ISF-inntektene er 9 mnok lavere enn budsjettert. Avviket kan i all hovedsak relateres til negativ effekt av grupper 2016. Gjestepasientinntekter fra andre regioner er noe høyere enn forutsatt, mens og poliklinikkinntekter og gjestepasientinntekter fra egen region er noe lavere enn budsjettert.
Andre inntekter	940 147	898 058	42 089	4,7 %	Det er inntektsført noe høyere inntekter knyttet til øremerkede midler og tilskudd fra private (føres i takt med bruken og gir tilsvarende høyere kostnader). Øvrige inntekter er også høyere enn forutsatt. Ikke-budsjettert salg av eiendom utgjør 3,5 mnok og det er noe høyere leieinntekter enn forutsatt i budsjettert.
Sum driftsinntekter	9 880 108	9 848 199	31 908	0,3 %	
Lønn- og innleiekostnader	6 615 932	6 843 805	227 873	3,3 %	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et mindreforbruk på 228 mnok. Korrigert for endrede pensjonskostnader er det et merforbruk på om lag 71 mnok. Innleiekostnadene inngår med et negativt avvik på 15 mnok, men er om lag 10 mnok lavere enn på samme tid i fjor.
Varekostnader mv	1 339 917	1 272 804	-67 113	-5,3 %	Varekostnader mv er 67 mnok høyere enn budsjettert, hvorav vel halvparten gjelder kjøp av helsetjenester (i hovedsak kjøp av behandling i utlandet). De mer direkte varekostnadene er 32 mnok høyere enn budsjettert. I dette inngår høye medikamentkostnader (inkl. implantater) og noe høye kostnader til medisinske forbruksvarer.
Andre driftskostnader	1 664 079	1 636 977	-27 102	-1,7 %	Andre driftskostnader er om lag 27 mnok lavere enn budsjettert. Dette knyttes til noe øyere avskrivninger enn budsjettert, samt at kostnadene til energi og pasientreiser er noe høyere. For øvrig er det mindre avvik på flere områder.
Sum driftskostnader	9 619 928	9 753 586	133 659	1,4 %	
Driftsresultat	260 180	94 613	165 567		
Netto finans	-1 015	863	1 878	217,6 %	Avviket gjelder bidrag fra datterselskapene og lavere rentekostnader/-inntekter.
Resultat	261 195	93 750	167 445		
Herav lavere pensjonskostnader enn budsjettert			-299 321		
Avvik korr. for pensjon			-131 876		

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

5.2. Investeringer

Gjennomføring av investeringsbudsjett 2016

I styresak 78/2015 ble investeringsbudsjettet for 2016 lagt frem, og styret vedtok et investeringsbudsjett på 1 213 millioner kroner.

I styresak 6/2016 ble gjennomføring av investeringsbudsjettet for 2016 omtalt. Investeringene er forutsatt delfinansiert med positive årsresultater for 2015 og 2016. Endelig årsresultat for Oslo universitetssykehus HF for 2015 korrigert for gevinst fra salg av eiendom, nedskrivninger og overskudd fra aksjeselskap gir ikke likviditet til å finansiere andre investeringer enn omstillingsinvesteringene. For å kunne gjennomføre vedtatt investeringsbudsjett for 2016 er det derfor i utgangspunktet en forutsetning at budsjettert årsresultatet for 2016 blir som budsjettert med 225 millioner kroner i overskudd.

Ifølge finansstrategien for Helse Sør-Øst kan realisert årsresultatet først benyttes til investeringer når helseforetaket har tilstrekkelig sikkerhet for årsresultatet. Det er således betydelig usikkerhet om de planlagte investeringene for 2016 kan realiseres i inneværende år på bakgrunn av avvikene i driften hittil i år. For å håndtere resultatrisikoen ble styret i styresak 6/2016 Budsjett 2016 forelagt en plan som ga 100 millioner kroner av investeringsbudsjettet en forsinket oppstart. På bakgrunn av resultatene til og med mai (ref kapittel 5.1) er det nødvendig med en ny vurdering av gjennomføring av investeringene for inneværende år. I den forbindelse er det laget en foreløpig prognose for gjennomføring av investeringer også innenfor Fase 1- omstilling og Fase 2 tilsynsavvik/oppgraderinger. Fase 1 - omstilling forventes å bli forskjøvet til 2017 med om lag 70 millioner kroner (bekrefte beløp med OSS). Fase 2 - tilsynsavvik/oppgraderinger forventes å bli tidsforskjøvet med om lag 100 millioner kroner fra 2016 til påfølgende år.

Gjennomførte investeringer hittil i 2016

Ved utgangen av mai var det bokført investeringer for 260 millioner kroner. Herav er det investert for om lag 92 millioner kroner knyttet til nasjonalt konsortium for sekvensering og persontilpasset medisin. Oslo universitetssykehus HF finansierer en andel av denne investeringen og har budsjettert med 12 millioner kroner for 2016 for denne andelen. De resterende 80 millioner kroner finansieres av de øvrige deltakerne i konsortiet og denne finansieringen sammen med de tilhørende investeringsutgiftene inngikk ikke i investeringsbudsjettet for 2016.

Tabellen nedenfor viser årsbudsjett, samt periodisert budsjett og regnskap til og med mai. Per mai er det budsjettert med 261 millioner kroner i bygginvesteringer. Disse er betydelig forsinket for Fase 2 – tilsynsavvik/oppgraderinger. Dette medfører et avvik i forhold til det periodiserte investeringsbudsjettet for bygginvesteringer med om lag 150 millioner kroner hittil i år.

Investeringer 2016 (ekskl. byggelånsrenter)		Budsjett 2016	Budsjett hiå.	Regnskap hiå.
<i>(Beløp i millioner kroner)</i>				
TOTALT	MTU	375	116	139
	Bygg	689	261	106
	Annet	70	24	10
	Egenkapital pensjon	45	0	0
	IKT ¹⁾	35	15	6
	SUM	1 213	416	260

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.

5.3. Likviditet

Periodisert kontantstrømsbudsjett for 2016 ble lagt frem for styret i sak 6/2016. Budsjettet innebar en bedring av likviditeten på 181 millioner kroner gjennom 2016. Ved utgangen av

mai var benyttet driftskreditt 2 414 millioner kroner, mot budsjettert 2 250 millioner kroner. Et negativt driftsresultat korrigert for reduserte pensjonskostnader og manglende innbetaling fra GOPP forklarer i all hovedsak avviket.

Utnyttelsen av driftskreditten i perioden fremover avhenger av utviklingen i driftsresultat og investeringspådraget. Oslo universitetssykehus HF har en driftskredittramme på 3,5 mrd kroner.

6. Bemanning og sykefravær

6.1. Bemanningsutvikling

For perioden januar til juni 2016 var gjennomsnittlig antall brutto månedsverk 18 373. Dette er 298 (1,6 prosent) flere enn budsjettert og 258 (1,4 prosent) høyere enn for samme periode i 2015. Antall fast ansatte har økt med 279 i juni 2016 sammenlignet med juni 2015. Det var 21 færre midlertidig ansatte og 41 færre månedsverk variabel lønn i juni 2016 enn i juni 2015. Fra mai til juni 2016 har det vært en reduksjon i antall brutto månedsverk vel 30 månedsverk. Tilsvarende endring fra mai til juni i 2015 var en økning på 60 brutto månedsverk.

Det er over lang tid arbeidet med reduksjon av antall månedsverk. Tallene til og med juni 2016 kan tyde på at den bemanningsveksten som var i 2015 har flatet ut siden årskiftet og flere klinikker viser nedgang antall brutto månedsverk siste måned. Utviklingen for siste måned vurderes å være positiv, selv om det fortsatt er høyere bemanning enn budsjettert. Det knytter seg noe usikkerhet til om det kan være noe endring i tidspunkt for inntak av ferievikarer i 2016 sammenlignet med 2015 som kan påvirke forståelsen av bemanningen mellom periodene.

Flere klinikker har gått ned i brutto årsverk og nådd det periodiserte måltallet for juni 2016. Dette gjelder Klinikk psykisk helse og avhengighet (PHA), Klinikk for laboratoriemedisin (KLM) og Kreftklinikken (KRE) som har færre brutto månedsverk enn budsjettert i juni måned, mens Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN) og Kvinneklinikken (KVI) har nådd budsjett denne måneden.

Tabellen nedenfor viser status brutto månedsverk, internt finansierte, første halvår 2016 sammenlignet med første halvår 2015.

(INTERNE) Klinikk	Hittil i 2016			2016 vs 2015
	Pr JUNI	Avvik fra budsjett, årsverk	Avvik fra budsjett, prosent	Δ hittil i år mot hittil i fjor
AKU	1 733	24	1,4 %	32,0
PRE	767	3	0,4 %	55,5
PHA	2 145	-39	-1,8 %	-29,6
MED	1 276	37	3,0 %	12,0
HLK	830	35	4,4 %	-2,4
KIT	994	70	7,5 %	34,8
KLM	1 351	1	0,1 %	37,5
KRE	1 352	15	1,1 %	-14,0
KRN	737	2	0,3 %	10,9
KVI	670	10	1,5 %	-11,2
NVR	870	8	0,9 %	11,7
OPK	617	52	9,2 %	23,8
HHA	749	30	4,1 %	20,2
BAR	948	36	4,0 %	28,2
OSS	1 910	25	1,3 %	21,9
DST	214	-7	-3,2 %	2,5
OUS	17 164	235	1,4 %	234,3

I Preshospital klinikk (PRE) og Nevroklinikken (NVR) samt KLM og KRN, er avvikene fra budsjett årsverk mindre enn 1 prosent i første halvår 2016. De øvrige klinikker har høyere bemanning enn budsjettet, men for fem av disse reduserer budsjettavviket gjennom årets første seks måneder. Hjerte- og lungeklinikken (HLK), PHA, KRE og KVI hadde færre brutto månedsværk første halvår 2016 enn første halvår 2015 mens de øvrige har økt.

Tiltak for å sikre god bemanningsstyring

Klinikkene som har negativ utvikling vil fortsatt få tett oppfølging fra ledelsens side og støtte fra HR-staben. Det er iverksatt en rekke tiltak som skal sikre god bemanningsstyring. Flere kompetansehevingstiltak er iverksatt og bemanningsutvikling gis stor oppmerksomhet på ledermøter på alle nivåer i helseforetaket. Fullmaktene for godkjenning av nye stillinger er endret, de lokale stillingsutvalgene er ansvarliggjort. HR-lederne er gitt et sterkere oppfølgingsansvar. Det er også innført sentralisert kontroll av ansettelse i staben.

Gode prosesser og forankring er en forutsetning for at tiltakene skal gi den ønskede effekt. Utviklingen følges nøye og vurdering av hvilke tiltak som har effekt og behov for ytterligere tiltak vil vurderes kontinuerlig.

6.2. Sykefravær per april 2016

Sykefraværet per april 2016 er 7,4 prosent, fordelt på 2,7 prosent korttidsfravær og 4,7 prosent langtidsfravær. Sykefraværet de siste fire årene viser en ventet utvikling, ut fra naturlige svingninger og sesongbasert fravær. Sesongvariasjonen kommer til uttrykk gjennom høyest sykefravær i januar og februar og et lavt nivå i sommermånedene. I april måned var totalt sykefravær 7 prosent, en ventet nedgang etter vintermånedene.

Styresak 44/2016 Rapportvedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Månedsrappport mai 2016
(bemanningstall til og med juni 2016)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1 Innhold i tabellvedlegg

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet
- 2.2 Ventelisteutvikling
- 2.3 Fristbrudd

3 Økonomi og finans

- 3.1 Økonomisk resultat OUS
- 3.2 Økonomisk resultat klinikker mv
- 3.3 Likviditet

4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling
- 4.2 Andel deltid
- 4.3 Sykefravær

Definisjoner årsverksindikatorer

For investeringer lager OSS en egen månedsrapport.

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2.1 Aktivitet somatikk

Oppdatert per 4/6											
RAPPORTERINGSPERIODE: MAI	PERIODENS TALL				HITIL I ÅR				Sammenligning 2015		
Klinikk	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %	
Medisinsk klinikk	2 266	2 233	-33	-1,5 %	11 318	11 280	-38	-0,3 %	189	1,7 %	
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1 669	1 725	56	3,4 %	8 706	8 945	239	2,7 %	103	1,2 %	
Nevroklirikken	2 222	2 047	-175	-7,9 %	11 508	10 933	-575	-5,0 %	60	0,6 %	
Ortopedisk klinikk	1 714	1 759	45	2,6 %	8 890	8 782	-108	-1,2 %	152	2,0 %	
Barne- og ungdomsklinikken	1 347	1 297	-50	-3,7 %	6 680	6 297	-383	-5,7 %	-105	-1,6 %	
Kvinneklirikken	1 769	1 887	118	6,7 %	8 658	9 014	356	4,1 %	385	4,5 %	
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	2 900	2 647	-253	-8,7 %	14 242	14 181	-61	-0,4 %	978	7,4 %	
Kreftklirikken	2 679	2 605	-74	-2,8 %	12 714	13 228	514	4,0 %	823	6,7 %	
Hjerte-, lunge- og karklinikken	2 506	2 700	194	7,7 %	12 769	13 672	903	7,1 %	555	4,2 %	
Akuttklirikken	385	275	-110	-28,6 %	1 875	1 138	-737	-39,3 %	-570	-33,4 %	
Laboratoriemedisin	13	11	-2	-15,4 %	63	60	-3	-4,8 %	-4	-6,3 %	
SUM TOTALT	19 877	19 434	-443	-2,2 %	99 312	99 014	-298	-0,3 %	2 484	2,6 %	

- Estimat for forventet etterregistrering inkludert med 285 DRG-poeng.
- Ved sammenligning med 2015 er 2015-data fremstilt med vektor og logikk for 2016.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: MAI 2016	Denne periode				Hittil i år				2016 mot 2015	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	164	156	8	5,1 %	819	741	78	10,5 %	117	16,7 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	6 497	6 225	272	4,4 %	30 932	30 148	784	2,6 %	746	2,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	7 759	7 893	-134	-1,7 %	44 569	40 433	4 136	10,2 %	6 274	16,4 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	7	12	-5	-41,7 %	75	58	17	29,3 %	17	29,3 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	517	456	61	13,4 %	2 521	2 351	170	7,2 %	95	3,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	240	311	-71	-22,8 %	1 461	1 599	-138	-8,6 %	-45	-3,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 150	4 388	-238	-5,4 %	21 060	20 930	130	0,6 %	2 479	13,3 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	191	250	-59	-23,6 %	925	1 266	-341	-26,9 %	-364	-28,2 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 100	2 081	19	0,9 %	10 810	10 306	504	4,9 %	581	5,7 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 017	1 711	306	17,9 %	10 461	9 254	1 207	13,0 %	2 161	26,0 %

2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

	Mnd 2015	Mnd 2016	HiÅ 2015	HiÅ 2016	%-vis endring 2015-2016 Mnd	%-vis endring 2015-2016 HiÅ
Modalitet	H	H	H	H	H	H
Angio	251	183	1 381	957	-27,1 %	-30,7 %
CT	5 250	5 721	26 052	27 598	9,0 %	5,9 %
MG	404	363	2 202	1 764	-10,1 %	-19,9 %
MR	2 660	2 878	13 716	14 730	8,2 %	7,4 %
NM	552	539	3 008	2 917	-2,4 %	-3,0 %
PET	397	424	2 077	2 312	6,8 %	11,3 %
RG	13 995	14 561	70 977	71 567	4,0 %	0,8 %
UL	3 064	3 375	15 812	16 954	10,2 %	7,2 %

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

2.1 Aktivitet PO/Intensiv – intensivpasienter (Akuttklinikken)

Klinikk	Aktivitet	Mai 2016	Akkumulert aktivitet Mai 2016	Mai 2015	Akkumulert aktivitet Mai 2015	Akkumulert endring 2015-2016	Endring 2015-2016 i %
	Antall intensivpasienter	260	1 327	225	1 153	174	15,1 %
	Antall intensivdøgn	1 329	6 290	1 111	5 500	790	14,4 %
	Antall respiratordøgn:						
	Barneintensiv, RH	106	459	56	425	34	8,0 %
	Generell Intensiv UL	201	846	125	683	163	23,9 %
	Generell int 1, RH	196	1 043	218	952	91	9,6 %
	Generell int 2, RH	72	496	122	534	-38	-7,1 %
	Nevrointensiv, Ullevål	91	526	98	546	-20	-3,7 %
	PO, Aker	0	5	-	4	1	25,0 %
	PO, Radium	17	60	-	5	55	1100,0 %
	PO, RH	0	-	-	1	-1	
	PO, Ullevål	17	77	13	70	7	10,0 %
	SUM Antall respiratordøgn	700	3 512	632	3 220	292	9,1 %

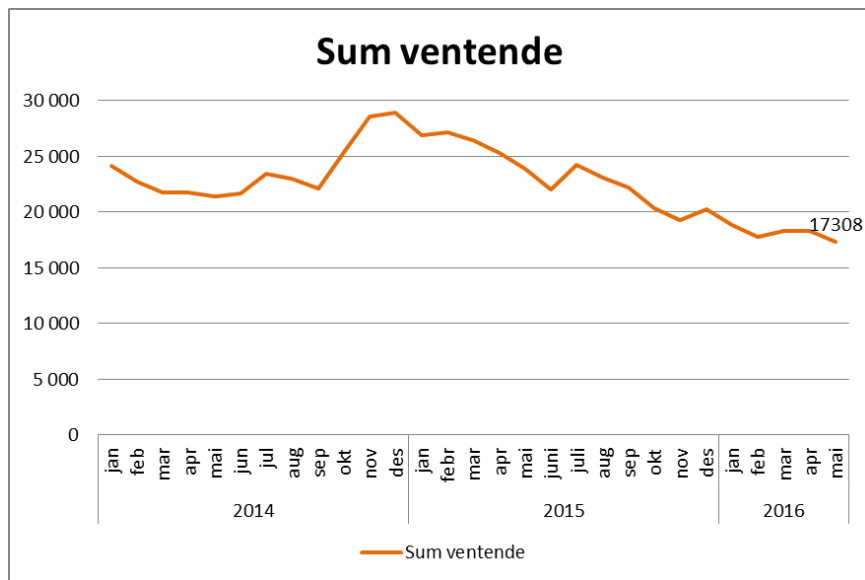
For mer informasjon se LIS-rapport: PO/Intensiv aktivitetsdata

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

Klinikk	Aktivitet	Mai 2016	Akkumulert aktivitet Mai 2016	Mai 2015	Akkumulert aktivitet Mai 2015	Akkumulert endring 2015-2016	Endring 2015-2016 i %
Antall PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	52	238	75	243	-5	-2,1 %
	Generell Intensiv UL	8	57	23	124	-67	-54,0 %
	Generell int 1, RH	36	109	32	139	-30	-21,6 %
	Generell int 2, RH	30	142	34	217	-75	-34,6 %
	Nevrointensiv, Ullevål	16	70	21	57	13	22,8 %
	PO, Aker	441	2 208	334	1 762	446	25,3 %
	PO, Radium	239	1 177	197	1 137	40	3,5 %
	PO, RH	920	4 723	884	4 568	155	3,4 %
	PO, Ullevål	418	2 064	345	1 667	397	23,8 %
	Sum antall PO-pasienter	2 160	10 788	1 945	9 914	874	8,8 %
Liggedøgn PO-pasienter							
	Barneintensiv, RH	14	57	16	60	-3	-5,0 %
	Generell Intensiv UL	4	28	9	48	-20	-41,7 %
	Generell int 1, RH	10	26	9	36	-10	-27,8 %
	Generell int 2, RH	7	38	9	52	-14	-26,9 %
	Nevrointensiv, Ullevål	9	37	9	22	15	68,2 %
	PO, Aker	89	436	62	336	100	29,8 %
	PO, Radium	56	281	54	304	-23	-7,6 %
	PO, RH	116	595	107	624	-29	-4,6 %
	PO, Ullevål	116	585	101	524	61	11,6 %
	Sum antall liggedøgn PO-pasienter	421	2 083	376	2 006	77	3,8 %

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

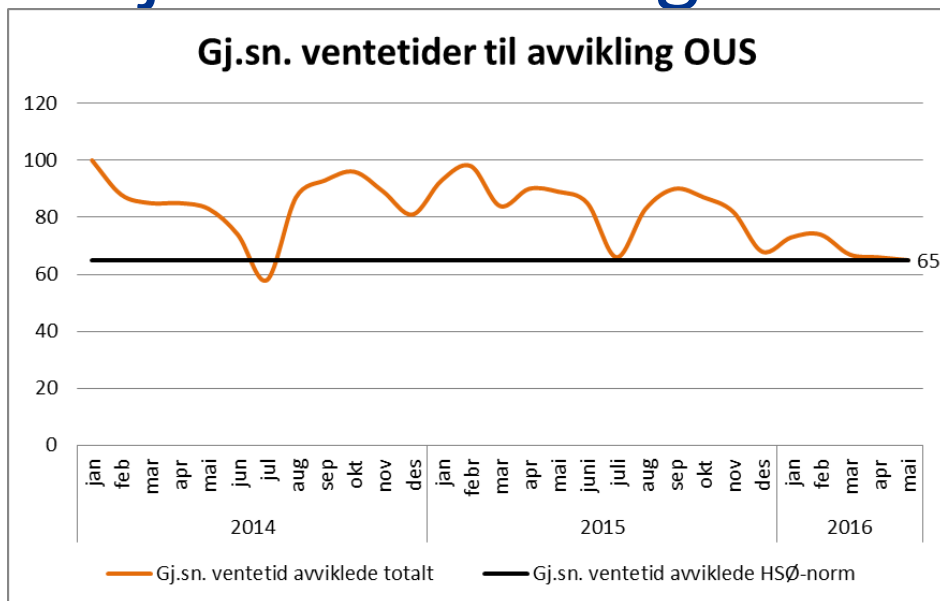
2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Sum ventende	2015				2016				Utvikling
	feb	mar	april	mai	feb	mar	apr	mai	
PHA	498	489	514	554	503	542	527	473	
MED	2 629	2 544	2 446	2 383	2 081	2 214	2 167	2 080	
HHA	4 490	4 554	4 270	4 191	2 533	2 473	2 476	2 194	
NVR	3 146	3 025	2 848	2 645	1 519	1 464	1 565	1 574	
OPK	3 476	3 384	3 114	2 923	1 781	1 722	1 703	1 608	
BAR	903	938	846	853	735	822	761	678	
KVI	1 656	1 649	1 529	1 395	1 412	1 437	1 277	1 030	
KIT	3 932	3 972	4 022	3 685	4 871	5 446	5 620	5 627	
KRE	463	478	413	364	357	407	362	345	
HLK	1 613	1 544	1 465	1 481	1 389	1 263	1 261	1 145	
AKU	155	105	90	81	80	84	105	105	
KLM	809	672	601	576	485	462	477	448	
Sum klinikker	23 770	23 354	22 158	21 131	17 746	18 336	18 301	17 307	
Diff vs. 2015								-3 824	
Diff %								-18 %	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2015				2016				Utvikling
	feb	mar	apr	mai	feb	mar	apr	mai	
PHA	47	44	46	43	41	41	46	47	
MED	72	68	74	67	70	60	58	63	
HHA	99	91	126	150	91	86	83	84	
NVR	107	95	105	103	62	57	57	60	
OPK	167	166	164	160	111	99	94	88	
BAR	80	85	86	85	69	72	68	63	
KVI	58	56	60	57	71	63	74	73	
KIT	126	89	93	82	74	66	65	56	
KRE	49	37	34	27	30	30	26	33	
HLK	102	93	89	84	112	105	111	92	
AKU	101	101	77	67	89	58	51	64	
KLM	61	46	43	43	34	30	32	29	
OUS	93	83	92	90	74	67	66	65	
Diff vs. 2015									-25
Diff %									-28 %

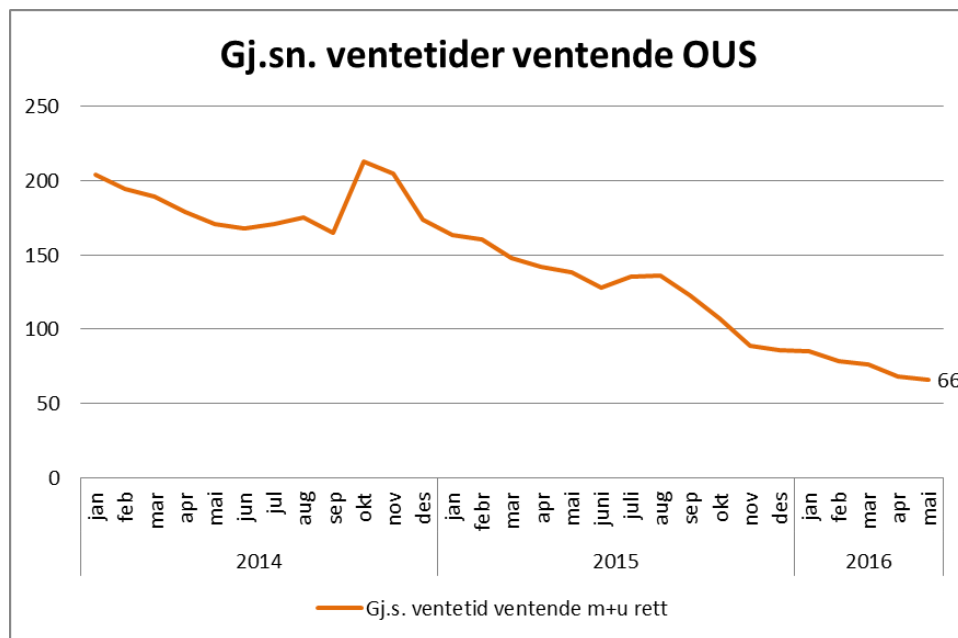
Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.



Oslo universitetssykehus



2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende

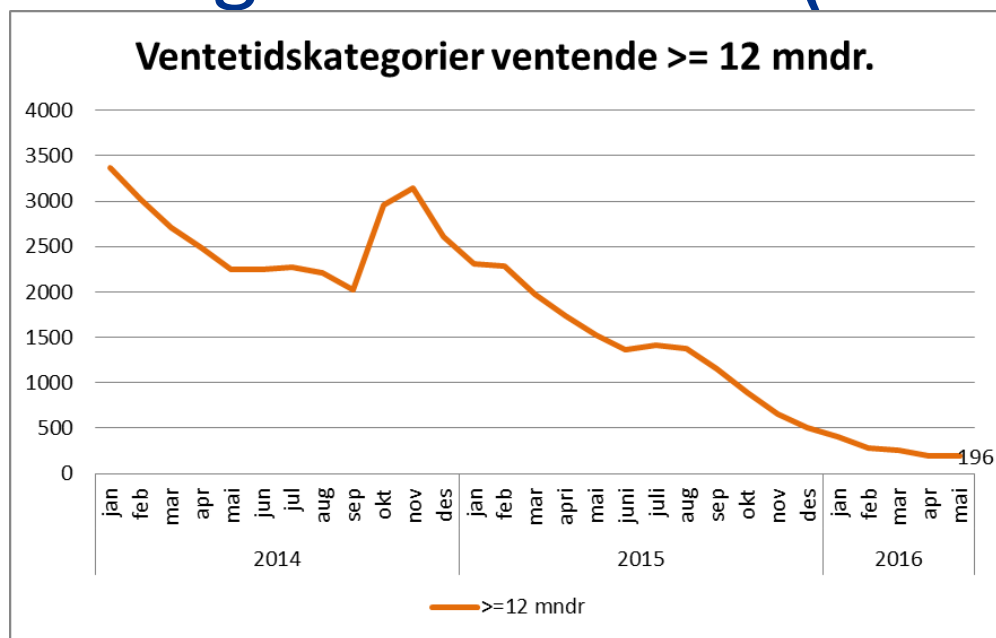


Gj.sn. v.tid ventende	2015				2016				Utvikling
	feb	mar	april	mai	feb	mar	apr	mai	
PHA	42	39	39	44	37	37	32	37	
MED	75	71	69	68	56	54	53	53	
HHA	339	332	328	295	146	132	103	91	
NVR	113	110	106	99	55	57	48	45	
OPK	187	177	174	174	121	117	104	105	
BAR	79	69	70	71	66	64	58	64	
KVI	75	77	75	76	67	70	60	55	
KIT	79	76	71	74	58	63	63	65	
KRE	52	44	44	44	27	32	28	40	
HLK	95	90	91	95	90	89	77	72	
AKU	95	69	58	58	43	37	36	41	
KLM	68	49	46	42	31	36	31	33	
OUS	147	143	139	134	78	76	68	66	
Diff vs. 2015									-68
Diff %									-51 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.



2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



Antall ventet ≥ 1 år	2015				2016				Utvikling
	feb	mar	april	mai	feb	mar	apr	mai	
PHA	3	5	3	3	-	-	-	-	
MED	22	24	28	28	12	9	7	3	
HHA	1 224	1 199	1 099	973	181	149	101	75	
NVR	116	99	67	36	3	4	4	4	
OPK	431	348	307	280	65	65	66	82	
BAR	8	5	2	1	1	2	-	1	
KVI	15	22	17	8	5	4	1	5	
KIT	29	20	16	17	9	14	17	18	
KRE	4	1	2	5	-	3	1	6	
HLK	12	8	3	4	2	1	3	2	
AKU	1	1	2	1	-	-	-	-	
KLM	8	5	3	2	0	0	0	0	
Sum	1 873	1 737	1 549	1 358	278	251	200	196	
Diff vs. 2015								-1 162	
Diff %								-86 %	



2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2015									2016									Utvikling	
	Antall									Andel										
	feb	mar	april	mai	feb	mar	apr	mai	mai	feb	mar	apr	mai	mai						
PHA	6	9	1	5	1	1	2	1	0,4%											
MED	128	80	42	30	6	6	4	6	0,6%											
HHA	101	133	125	89	2	2	2	5	0,5%											
NVR	219	265	184	152	23	4	4	8	1,2%											
OPK	117	88	95	88	4	1	7	1	0,2%											
BAR	52	58	31	25	1	3	3	2	0,7%											
KVI	23	16	8	7	2	-	-	1	0,2%											
KIT	170	135	126	81	20	23	48	13	1,0%											
KRE	72	76	70	52	13	25	30	37	9,9%											
HLK	22	28	21	8	4	-	-	2	0,6%											
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%											
KLM	2	4	0	0	-	-	-	-	0,0%											
Sum	912	892	703	537	77	65	100	76	1,1%											
Endr fra 2015																				
Endr i %																				

Fristbrudd ventende	2015									2016									Utvikling	
	Antall									Andel										
	feb	mar	april	mai	feb	mar	apr	mai	mai	feb	mar	apr	mai	mai						
PHA	18	3	8	10	-	1	1	1	0,2%											
MED	72	47	18	18	-	1	1	2	0,1%											
HHA	218	185	170	159	1	2	1	4	0,2%											
NVR	486	540	560	590	4	2	2	-	0,0%											
OPK	200	169	173	204	1	4	-	5	0,3%											
BAR	51	29	17	7	1	5	1	4	0,6%											
KVI	14	12	9	12	-	1	-	1	0,1%											
KIT	124	85	43	86	10	26	3	16	0,3%											
KRE	42	36	27	21	5	6	2	11	3,2%											
HLK	16	15	4	7	1	2	1	1	0,1%											
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%											
KLM	5	0	1	2	-	-	-	1	0,2%											
Sum	1 246	1 121	1 030	1 116	23	50	12	46	0,3%											
Endr fra 2015																				
Endr i %																				

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2016	Mai				Hittil i 2016			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	12 593 036	1 180 753	1 180 753	0	0,0 %	5 589 033	5 589 033	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	7 856 484	677 395	670 058	7 336	1,1 %	3 328 427	3 338 608	-10 181	-0,3 %
Andre inntekter	2 105 919	195 853	180 536	15 317	8,5 %	962 647	920 558	42 089	4,6 %
Sum driftsinntekter	22 555 439	2 054 001	2 031 348	22 653	1,1 %	9 880 108	9 848 199	31 908	0,3 %
Lønn -og innleiekostnader	15 393 509	1 397 037	1 437 337	40 299	2,8 %	6 615 932	6 843 805	227 873	3,3 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	3 032 312	270 545	254 627	-15 918	-6,3 %	1 339 917	1 272 804	-67 113	-5,3 %
Andre driftskostnader	3 906 423	321 153	320 570	-582	-0,2 %	1 664 079	1 636 977	-27 102	-1,7 %
Sum driftskostnader	22 332 244	1 988 735	2 012 534	23 799	1,2 %	9 619 928	9 753 586	133 659	1,4 %
Driftsresultat	223 195	65 266	18 814	46 452	2,3 %	260 180	94 613	165 567	1,7 %
Netto finans	1 805	198	-64	262	409,3 %	1 015	-863	1 878	217,6 %
Resultat OUS	225 000	65 464	18 750	46 714	2,3 %	261 195	93 750	167 445	1,7 %
Endrede pensjonskostnader (*)		-63 054	0	-63 054		-299 321	0	-299 321	
Resultat justert for endret pensj.kostnad	225 000	2 410	18 750	-16 340	-0,8 %	-38 126	93 750	-131 876	-1,4 %

(*) Merknad: Pensjonskostnadene for 2016 blir betydelig lavere enn budsjettert. Per mai utgjør dette 299 millioner kroner. Justert for dette viser rapportert resultat etter mai et negativt avvik fra budsjett på om lag 132 millioner kroner.

3.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	5 589 033	5 589 033	0	
Kvalitetsbasert finansiering	22 500	22 500	0	
ISF egne pasienter	1 583 571	1 591 960	-8 389	ISF-inntektene er 9 mnok lavere enn budsjettet per mai. Mai isolert viser et positivt avvik på om lag 5 mnok. Deler av dette kan relateres til etterregistrering fra 1. tertial. Det akkumulerte avviket kan i all stor grad relateres til negativ effekt av grupper 2016.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	323 266	327 407	-4 141	Aktiviteten i mai har isolert vært noe lavere enn budsjettet.
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0	0	
ISF-refusjon pasientadm biologiske legen	25 859	20 493	5 366	
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler	3 998	6 060	-2 062	
Utskrivningsklare pasienter	1 678	806	872	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også høyere inntekt.
Gjestepasienter	272 169	268 442	3 726	Gjestepasientinntekter for pasienter fra andre regioner er om lag 4 mnok høyere enn budsjettet. Det positive avviket gjelder somatikken. Innen psykisk helse er det et negativt avvik på 2,5 mnok.
Salg av konserninterne helsetjenester	832 482	837 067	-4 585	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er 4,5 mnok lavere enn budsjettet. Det negative avviket gjelder somatikken, psykisk helse har et positivt avvik på om lag 5 mnok.
Polikliniske inntekter	285 404	286 373	-968	De polikliniske inntektene er om lag 1 mnok lavere enn budsjettet. Det er et negativt avvik på om lag 3,4 mnok innen Psykisk helse og 5 mnok innen radiologi, mens det er positivt avvik innen lab-området (gjelder særlig medisinsk genetik) på om lag 6 mnok.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	22 053	23 912	-1 860	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake både innenfor somatikken og Klinikk for psykisk helse og avhengighet.
Andre øremerkede tilskudd	500 370	491 888	8 482	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	417 724	382 258	35 467	Andre driftsinntekter er om lag 35 mnok høyere enn budsjettet. Det er inntektsført salg av eiendom med 3,5 mnok som ikke er budsjettet. I tillegg er det et positivt avvik på posten "tilskudd fra private" på om lag 21 mnok. Dette er inntekter som salderes under ØBAK-linjen "Andre øremerkede tilskudd".
Sum driftsinntekter	9 880 108	9 848 199	31 908	
Kjøp av off helsetjenester	18 630	15 714	-2 916	Avviket relateres til kostnader vedr kjøp av poliklinisk behandling fra andre regioner.
Kjøp av private helsetjenester	135 993	105 433	-30 560	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er 30 mnok høyere enn budsjettet og kan i all hovedsak relateres til kjøp av behandling i utlandet, inkl protonterapi. Inntekt bokføres i takt med påløpte kostnader og må ses i sammenheng med positivt avvik på inntektene.
Varekostnader	1 155 550	1 123 684	-31 866	Varekostnadene er om lag 32 mnok høyere enn budsjettet. Dette skyldes i hovedsak høye medikamentkostnader (inkl. implantater) og høye kostnader til medisinske instrumenter.
Innleid arbeidskraft	77 943	62 582	-15 361	Innleiekostnadene er om lag 15 mnok høyere enn budsjettet. Kostnadene til innleid personell er lavere enn på samme tid i fjor.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	29 744	27 974	-1 770	Kostnadene til kjøp av konserninterne helsetjenester er noe høyere enn budsjettet og gjelder i all hovedsak innen psykisk helse.
Lønn til fast ansatte	4 534 055	4 499 518	-34 537	For de samlede lønnskostnadene er det et mindreforbruk på om lag 243 mnok hittil i år. Korrigeret for lavere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet er det et negativt avvik på om lag 56 mnok. Dette kan relateres til høyere bemanning enn forutsatt i budsjettet, samt noe høyere lønnskostnader enn budsjettet for øremerkede prosjekter (20 mnok).
Overtid og ekstrahjelp	529 460	459 276	-70 184	
Pensjon	981 283	1 280 604	299 321	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-308 620	-265 464	43 156	
Annen lønn	801 811	807 289	5 478	
Avskrivninger	365 321	362 612	-2 709	Avskrivningene er noe høyere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibruktagelse.
Nedskrivninger	11	0	-11	
Andre driftskostnader	1 298 747	1 274 365	-24 383	Andre driftskostnader er 24 mnok høyere enn budsjettet. Avviket består av flere mindre avvik på flere områder. Blant annet er kostnadene til pasientreiser og energi noe høyere enn budsjettet.
Sum driftskostnader	9 619 928	9 753 586	133 659	
Finansinntekter	-22 744	-26 801	-4 057	Lavere renter enn forutsatt bidrar både positivt (rentekostnader) og negativt (renteinntekter), mens et lavere bidrag fra datterselskap enn budsjettet (1,9 mnok), bidrar til et negativt finansresultat.
Finanskostnader	21 729	27 664	5 935	
Netto finans	-1 015	863	1 878	
TOTALT	261 195	93 750	167 445	
<i>Avvik kor. For reduserte pensjonskostnader</i>			-131 876	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Mai 2016 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	798	0	798	0,4 %	9 733	0	9 733	1,1 %
Medisinsk klinikk	2 333	0	2 333	2,1 %	-344	0	-344	-0,1 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-1 249	0	-1 249	-1,7 %	-5 493	0	-5 493	-1,5 %
Nevroklubben	-6 076	-23	-6 053	-7,2 %	-18 004	202	-18 206	-4,3 %
Ortopedisk klinikk	-313	0	-313	-0,5 %	-13 760	0	-13 760	-4,8 %
Barne- og ungdomsklubben	-283	0	-283	-0,3 %	-17 480	0	-17 480	-3,7 %
Kvinneklubben	2 290	0	2 290	4,0 %	-546	0	-546	-0,2 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-8 734	0	-8 734	-8,8 %	-32 799	0	-32 799	-6,7 %
Kreftklubben	138	0	138	0,1 %	291	0	291	0,0 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	1 653	0	1 653	1,5 %	2 982	0	2 982	0,6 %
Akuttklubben	-8 083	0	-8 083	-4,9 %	-27 802	0	-27 802	-3,5 %
Prehospital klinikk	-914	0	-914	-1,2 %	-5 713	0	-5 713	-1,5 %
Klinikk for laboratoriemedisin	-22	0	-22	0,0 %	8 019	0	8 019	1,1 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-217	0	-217	-0,3 %	-4 517	0	-4 517	-1,2 %
Kreftregisteret	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
Oslo sykehusservice	4 511	0	4 511	2,4 %	-3 179	0	-3 179	-0,3 %
Direktørens stab	1 868	0	1 868	1,3 %	10 272	0	10 272	1,5 %
Fellesposter	76 627	17 342	59 285	53,9 %	354 810	86 910	267 900	62,3 %
Konsern	1 138	1 431	-293		4 724	6 638	-1 914	
Sum OUS	65 464	18 750	46 714	2,3 %	261 195	93 750	167 445	1,7 %
Sum OUS justert for endret pensj.kostnad	2 410	18 750	-16 340	-0,8 %	-38 126	93 750	-131 876	-1,4 %



3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	10	Det positive avviket mot budsjett skyldes i hovedsak lavere personalkostnader og høyere gjestepasientinntekter.
Medisinsk klinikk	0	Klinikken er om lag i balanse per mai. Høyere DRG-inntekt og lavere varekostnade bidrar positivt mens høyere lønns- og innleiekostnader enn forutsatt bidrar negativt.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-5	Klinikken har høyere DRG-inntekt enn budsjettet, som i hovedsak knyttes til vedlikehold av Cochleaimplantater (noe som også gir store merkostnader på implantater). Det er noe merforbruk på andre driftskostnader og interne kostnader.
Nevroklinikken	-18	Avviket fordeler seg i hovedsak på lavere aktivitetsbaserte inntekter (DRG) og høyere lønnskostnader (i all vesentlighet variabel lønn).
Ortopedisk klinikk	-14	Aktiviteten er noe bak budsjett, samtidig som aktiviteten er økt fra 2015. Klinikken har høye varekostnader (implantater) knyttet til økt aktivitet. Merforbruket på lønn er knyttet til høyere bemanningen enn budsjettet.
Barne- og ungdomsklinikken	-17	Hittil i år har klinikken et negativt avvik på 17 mnok som i hovedsak skyldes lavere aktivitet enn plan (11 mnok) og høyere lønns-/innleiekostnader.
Kvinneklinikken	-1	Hittil i år har klinikken et negativt resultat på 1 mnok. Høy aktivitet (føde og gyn) kompenserer for høyere lønns- og varekostnader enn budsjettet. Klinikken forventer ikke at aktiviteten hos føden vil fortsette over plan videre i 2016.
Klinikk for kir, inflammasjonsmed og transpl	-33	Aktiviteten er noe under budsjettet. Høye varekostnader bidrar også til et negativt avvik (mye relatert til nytt medikament til hepatitt c-pasienter). Lønns- og personalkostnadene er også høyere enn budsjett.
Kreftklinikken	0	Klinikkens aktivitet er 4 % (15 mnok) høyere enn budsjettet. Kostnadene viser et merforbruk i samme størrelsesorden slik at klinikken så langt har et resultat i balanse.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	3	Høy aktivitet gir et positivt avvik på inntektssiden (28 mnok) hvor nesten halvparten er relatert til økt antall trachestomier sammenlignet med i fjor. Høye varekostnader og negativt avvik på lønn bidrar negativt.
Akuttklinikken	-28	Det negative avviket relateres til merforbruk på medikamenter, innleie, lønn og lavere DRG-inntekt enn budsjettet.
Prehospital klinikk	-6	Merforbruket er i hovedsak knyttet pasienttransport, drift og vedlikehold av biler og høye kostnader knyttet til arbeidstøy.
Klinikk for laboratoriemedisin	8	Inntektene er om lag som budsjett. Kostnadssiden er positiv, primært knyttet til lavere lønnskostnader (ledighold av stillinger, mindre kostnader til kurs, høyere refusjoner). Andre driftskostnader er også noe høyere enn budsjettet.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-5	Klinikken har negativt avvik på om lag 5 mnok som i hovedsak skyldes lavere inntekter enn budsjettet.
Oslo sykehusservice	-3	Det negative avviket relateres til høye energikostnader og kostnader til vedlikehold av bygg.
Stab	10	Det er små avvik, både positive og negative, på flere poster.
Fellesposter mv	266	Justert for reduserte pensjonskostnader er det et negativt avvik på 35 mnok som i hovedsak skyldes noe lavere ISF-inntekter og høye kostnader til nye legemidler.
Samlet avvik	167	Justert for reduserte pensjonskostnader er det et negativt avvik på 132 mnok.

3.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	mai 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	i 1000 kr	i %
PHA	135 658	4 607	3,3 %	656 048	22 127	3,3 %	648 782	7 266	1,1 %
MED	77 291	263	0,3 %	375 664	-4 893	-1,3 %	369 415	6 248	1,7 %
HHA	47 836	-2 678	-5,9 %	226 065	-5 964	-2,7 %	220 015	6 050	2,7 %
NVR	55 897	-2 401	-4,5 %	268 504	-4 228	-1,6 %	263 010	5 494	2,1 %
OPK	39 691	-2 786	-7,5 %	187 070	-8 181	-4,6 %	188 799	-1 728	-0,9 %
BAR	60 356	-2 189	-3,8 %	290 176	-12 323	-4,4 %	279 084	11 092	4,0 %
KVI	43 238	-1 566	-3,8 %	203 751	-8 760	-4,5 %	199 627	4 124	2,1 %
KIT	65 969	-3 324	-5,3 %	321 010	-20 579	-6,8 %	310 826	10 184	3,3 %
KRE	76 687	-140	-0,2 %	377 281	546	0,1 %	378 669	-1 387	-0,4 %
HLK	59 841	-3 395	-6,0 %	281 974	-9 030	-3,3 %	284 551	-2 577	-0,9 %
AKU	116 898	-1 790	-1,6 %	559 180	-9 613	-1,7 %	544 142	15 038	2,8 %
PRE	48 964	-768	-1,6 %	227 333	23	0,0 %	210 944	16 388	7,8 %
KLM	75 054	225	0,3 %	367 283	5 751	1,5 %	351 988	15 295	4,3 %
KRN	51 208	-1 360	-2,7 %	246 267	-1 433	-0,6 %	241 657	4 610	1,9 %
OSS	83 771	1 306	1,5 %	407 715	7 955	1,9 %	405 206	2 509	0,6 %
STAB	23 731	-1 078	-4,8 %	106 096	9 505	8,2 %	94 497	11 598	12,3 %
FPO	41 691	1 297	3,0 %	109 470	-6 057	-5,9 %	79 053	30 416	38,5 %
OUS	1 103 779	-15 776	-1,4 %	5 210 887	-45 154	-0,9 %	5 070 267	140 621	2,8 %

3.2 Innleiekostnader

Innleie i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	mai 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	229	-178	-351,1 %	1 424	-1 169	-460,1 %	2 651	-1 227	-46,3 %
MED	1 099	-20	-1,9 %	5 656	-539	-10,5 %	6 527	-871	-13,3 %
HHA	29	451	94,0 %	1 202	1 379	53,4 %	1 761	-559	-31,8 %
NVR	2 809	-1 388	-	10 136	-2 525	-33,2 %	11 009	-874	-7,9 %
OPK	775	-133	-20,8 %	3 395	39	1,1 %	5 420	-2 025	-37,4 %
BAR	2 195	340	13,4 %	11 617	999	7,9 %	18 707	-7 090	-37,9 %
KVI	623	-275	-79,2 %	2 031	-378	-22,9 %	1 851	180	9,7 %
KIT	496	80	13,9 %	3 341	-461	-16,0 %	5 965	-2 624	-44,0 %
KRE	-66	299	128,3 %	340	825	70,8 %	1 942	-1 602	-82,5 %
HLK	2 843	-989	-53,3 %	14 724	-5 452	-58,8 %	10 649	4 075	38,3 %
AKU	4 453	-1 561	-54,0 %	23 492	-8 182	-53,4 %	20 833	2 658	12,8 %
PRE			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
KLM		14	100,0 %	-55	124	180,7 %	123	-179	-145,0 %
KRN	212	-88	-70,7 %	589	33	5,3 %	286	303	105,7 %
OSS			#DIV/0!	53	-53	#DIV/0!	2	50	-
STAB			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
FPO			100,0 %			100,0 %			#DIV/0!
OUS	15 696	-3 447	-28,1 %	77 943	-15 361	-24,5 %	87 728	-9 785	-11,2 %

3.2 Varekostnader per klinikk

Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	mai 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	4 975	384	7,2 %	29 381	-2 493	-9,3 %	25 872	3 508	13,6 %
MED	10 817	466	4,1 %	54 744	2 942	5,1 %	56 198	-1 453	-2,6 %
HHA	14 472	-962	-7,1 %	76 023	-5 843	-8,3 %	65 570	10 453	15,9 %
NVR	9 861	2 702	21,5 %	60 157	5 103	7,8 %	61 155	-998	-1,6 %
OPK	11 391	-1 513	-15,3 %	51 466	-161	-0,3 %	47 374	4 092	8,6 %
BAR	6 059	128	2,1 %	31 663	207	0,6 %	30 306	1 357	4,5 %
KVI	3 890	-333	-9,4 %	17 927	-1 863	-11,6 %	16 016	1 911	11,9 %
KIT	13 799	-593	-4,5 %	71 288	-6 271	-9,6 %	60 855	10 432	17,1 %
KRE	28 778	-2 513	-9,6 %	128 687	-4 328	-3,5 %	123 457	5 230	4,2 %
HLK	28 698	-300	-1 %	149 700	-12 604	-9,2 %	139 938	9 762	7,0 %
AKU	19 799	-3 666	-23 %	93 824	-5 825	-6,6 %	83 532	10 292	12,3 %
PRE	1 248	-252	-25 %	5 992	-388	-6,9 %	5 299	693	13,1 %
KLM	33 872	-1 702	-5 %	162 599	-414	-0,3 %	154 796	7 803	5,0 %
KRN	12 079	809	6 %	61 369	1 729	2,7 %	58 197	3 172	5,5 %
OSS	14 559	-637	-5 %	68 702	-1 281	-1,9 %	64 415	4 287	6,7 %
STAB	6	-5	-415 %	-12	18	303,1 %	31	-42	-138,4 %
FPO	9 631	1 632	14,5 %	46 690	9 905	17,5 %	9 084	37 606	414,0 %
OUS	223 935	-6 355	-2,9 %	1 110 201	-21 567	-2,0 %	1 002 094	108 107	10,8 %

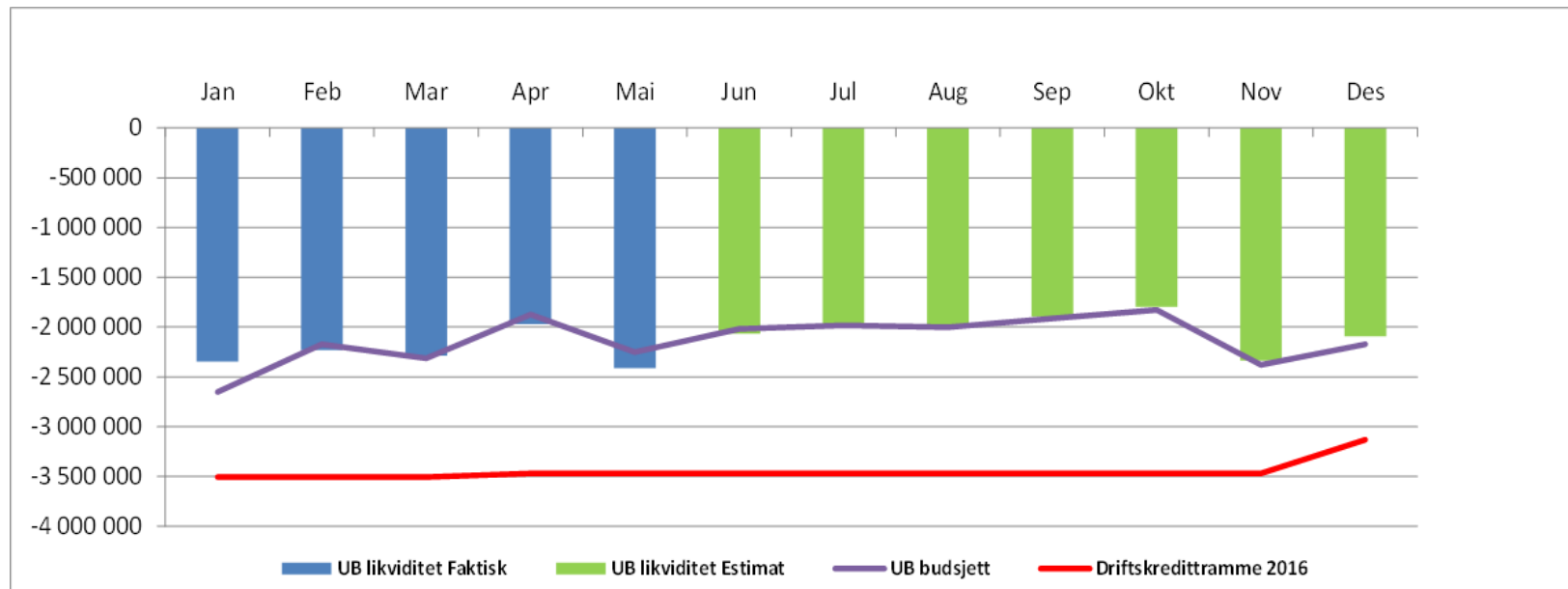
3.2 Andre driftskostnader per klinikk

Andre driftskostnader i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler.	mai 2016			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	7 896	-666	-9,2 %	37 736	-1 500	-4,1 %	43 090	-5 355	-12,4 %
MED	1 358	859	38,7 %	9 291	1 796	16,2 %	11 540	-2 249	-19,5 %
HHA	1 801	-554	-44,4 %	7 058	-821	-13,2 %	7 621	-562	-7,4 %
NVR	1 099	641	36,8 %	8 919	-221	-2,5 %	9 016	-97	-1,1 %
OPK	1 256	-283	-29,0 %	6 042	-1 177	-24,2 %	5 962	80	1,3 %
BAR	2 047	-112	-5,8 %	10 658	-399	-3,9 %	10 203	454	4,5 %
KVI	1 259	99	7,3 %	6 065	169	2,7 %	6 380	-315	-4,9 %
KIT	2 787	-544	-24,3 %	13 431	-2 188	-19,5 %	13 180	252	1,9 %
KRE	4 731	-1 078	-29,5 %	21 573	-3 264	-17,8 %	21 204	368	1,7 %
HLK	2 150	-529	-32,6 %	9 138	-1 013	-12,5 %	9 217	-78	-0,8 %
AKU	2 060	141	6,4 %	10 883	-373	-3,5 %	12 088	-1 205	-10,0 %
PRE	21 690		0,0 %	113 821	-5 752	-5,3 %	106 117	7 705	7,3 %
KLM	4 963	-768	-18,3 %	23 914	-2 891	-13,8 %	21 793	2 121	9,7 %
KRN	2 699	15	0,6 %	13 317	285	2,1 %	13 916	-599	-4,3 %
OSS	75 683	2 351	3,0 %	446 125	-18 348	-4,3 %	391 346	54 779	14,0 %
STAB	93 838	1 585	1,7 %	474 136	4 125	0,9 %	446 868	27 268	6,1 %
FPO	323	2 716	89,4 %	3 226	11 970	78,8 %	8 809	-5 582	-63,4 %
OUS	227 640	3 872	1,7 %	1 215 335	-19 600	-1,6 %	1 138 349	76 986	6,8 %

3.3 Resultat for datterselskap mv

AS'ene i 1 000 kr	Årsbudsjett	Budsjett	Regnskap	Avvik HiÅ
		HiÅ	HiÅ	
Inven2	-600	-250		-250
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-2 000	-1 070	-1 568	498
Radpark AS	-2 829	-1 180	-1 842	662
Sophies Minde AS	-13 260	-3 838	-772	-3 066
Sykehotell AS	-716	-300	-541	241
Totalt	-19 405	-6 638	-4 724	-1 914

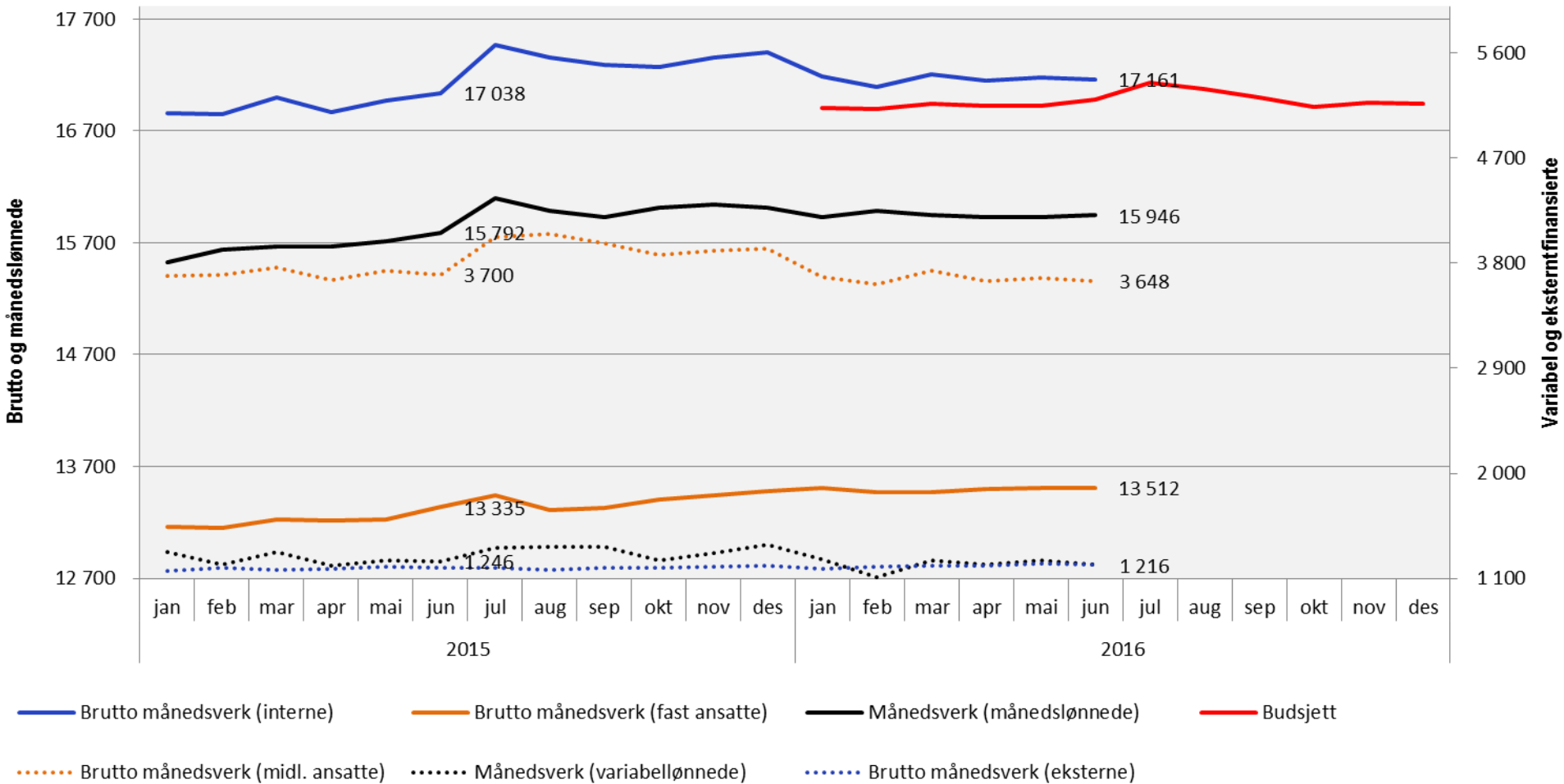
3.4 Likviditet



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

4.1 Bemanningsutvikling

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF




















4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2016				2016 mot 2015			
	JUNI 2016	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr JUNI	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ JUNI 2016 mot JUNI 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk, herav:	18 379	18 127	252	18 373	18 075	298	1,6 %	151	0,8 %	258	1,4 %
- internt finansierte	17 161	16 982	180	17 164	16 929	235	1,4 %	124	0,7 %	234	1,4 %
- eksternt finansierte	1 218	1 145	73	1 209	1 145	64	5,6 %	27	2,2 %	24	2,0 %
- månedslønnede	17 149			17 140				178	1,1 %	299	1,8 %
- variabellønnede	1 230			1 233				-28	-2,2 %	-41	-3,2 %
- fast ansatte	13 997			13 983				186	1,3 %	279	2,0 %
- midlertidig ansatte	4 379			4 387				-35	-0,8 %	-21	-0,5 %
Øvrige indikatorer											
Innleie fra vikarbyrå (201605)		166	(OBS! Satser blir oppdatert)	166				9	6,1 %		
Netto månedsverk nasj. ind. (201604)	15 796			15 669				199	1,3 %	275	1,8 %
Sykefraværsprosent (201604)	7,0			7,4				0,4	5,3 %	-0,3	-4,3 %

Fra Profitbase. De grå feltene representerer ulike måter å bryte ned det overordnede tallet for brutto månedsverk. Sort linje er ikke tilgjengelig på rapporteringstidspunktet.

4.2 Oversikt internt finansierte

(INTERNE) Klinikk	Hittil i 2016			2016 vs 2015
	Pr JUNI	Avvik fra budsjett, årsverk	Avvik fra budsjett, prosent	Δ hittil i år mot hittil i fjor
AKU	1 733	24 	1,4 %	32,0
PRE	767	3 	0,4 %	55,5
PHA	2 145	-39 	-1,8 %	-29,6
MED	1 276	37 	3,0 %	12,0
HLK	830	35 	4,4 %	-2,4
KIT	994	70 	7,5 %	34,8
KLM	1 351	1 	0,1 %	37,5
KRE	1 352	15 	1,1 %	-14,0
KRN	737	2 	0,3 %	10,9
KVI	670	10 	1,5 %	-11,2
NVR	870	8 	0,9 %	11,7
OPK	617	52 	9,2 %	23,8
HHA	749	30 	4,1 %	20,2
BAR	948	36 	4,0 %	28,2
OSS	1 910	25 	1,3 %	21,9
DST	214	-7 	-3,2 %	2,5
OUS	17 164	235 	1,4 %	234,3

4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarsteder											
Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2015	Hittil 2016	2016 mot 2015				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	MAI 2016	JUN 2016	Pr. JUN 2015	Pr. JUN 2016	Δ JUN 2016 mot JUN 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2015	Andel 2016	Relativ endring
(1) Administrasjon/Ledelse	2 877	2 866	2 841	2 872	-6	-0,2 %	31	1,1 %	16,8 %	16,7 %	-0,3 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 462	1 454	1 466	1 451	-16	-1,1 %	-16	-1,1 %	8,7 %	8,5 %	-2,4 %
(3) Leger	2 438	2 441	2 373	2 430	20	0,8 %	58	2,4 %	14,0 %	14,2 %	1,0 %
(3a) Overleger	1 503	1 490	1 438	1 492	31	2,1 %	54	3,8 %	8,5 %	8,7 %	2,4 %
(3b) LIS-leger	889	904	886	890	-11	-1,3 %	4	0,4 %	5,2 %	5,2 %	-0,9 %
(3c) Turnusleger	46	47	49	48	-0	-0,7 %	-1	-1,7 %	0,3 %	0,3 %	-3,0 %
(4) Psykologer	272	276	265	275	7	2,4 %	10	3,8 %	1,6 %	1,6 %	2,4 %
(5) Sykepleier	5 908	5 922	5 831	5 924	83	1,4 %	94	1,6 %	34,4 %	34,5 %	0,2 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	535	532	555	530	-21	-3,7 %	-25	-4,5 %	3,3 %	3,1 %	-5,8 %
(7) Diagnostisk personell	1 426	1 420	1 408	1 426	8	0,6 %	18	1,3 %	8,3 %	8,3 %	-0,1 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	-	0,0 %	-0	-1,0 %	0,0 %	0,0 %	-2,4 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 486	1 492	1 473	1 493	19	1,3 %	21	1,4 %	8,7 %	8,7 %	0,0 %
(10) Ambulansepersonell	561	537	510	549	22	4,2 %	39	7,7 %	3,0 %	3,2 %	6,2 %
(11) Forskning	212	219	206	211	9	4,2 %	5	2,3 %	1,2 %	1,2 %	0,9 %
(99) Ukjente	0	-	0	0	-0	-100,0 %	0	12,8 %	0,0 %	0,0 %	11,3 %
Alle stillingsgrupper	17 181	17 161	16 930	17 164	124	0,7 %	234	1,4 %	100,0 %	100 %	0,0 %

4.3 Månedssverk fordelt på stillingskategorier

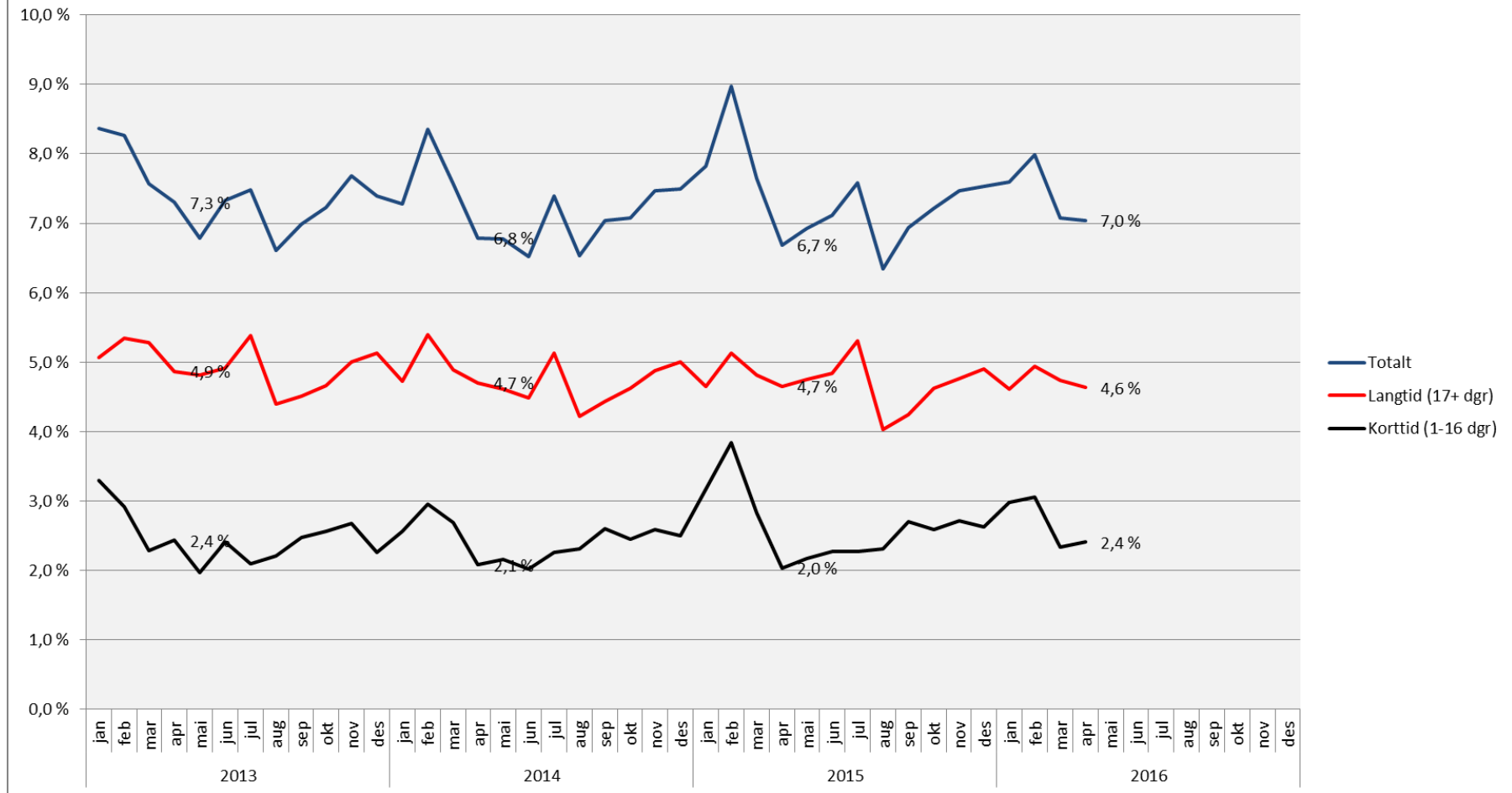
Alle stillingsgrupper											
Brutto månedssverk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2015	Hittil 2016	2016 mot 2015				Klinikkenes gjennomsnittlige andel		
	MAI 2016	JUN 2016	Pr. JUN 2015	Pr. JUN 2016	Δ JUN 2016 mot JUN 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2015	Andel 2016	Relativ endring
AKU	1 740	1 739	1 701	1 733	9	0,5 %	32	1,9 %	10,0 %	10,1 %	0,5 %
PRE	781	756	712	767	36	5,0 %	56	7,8 %	4,2 %	4,5 %	6,3 %
PHA	2 138	2 125	2 175	2 145	-43	-2,0 %	-30	-1,4 %	12,8 %	12,5 %	-2,7 %
MED	1 288	1 289	1 264	1 276	2	0,1 %	12	1,0 %	7,5 %	7,4 %	-0,4 %
HLK	827	831	832	830	-9	-1,1 %	-2	-0,3 %	4,9 %	4,8 %	-1,6 %
KIT	1 001	1 003	959	994	29	3,0 %	35	3,6 %	5,7 %	5,8 %	2,2 %
KLM	1 358	1 359	1 314	1 351	46	3,5 %	38	2,9 %	7,8 %	7,9 %	1,5 %
KRE	1 348	1 334	1 366	1 352	-56	-4,0 %	-14	-1,0 %	8,1 %	7,9 %	-2,4 %
KRN	739	740	726	737	1	0,2 %	11	1,5 %	4,3 %	4,3 %	0,1 %
KVI	670	672	662	670	2	0,3 %	8	1,2 %	3,9 %	3,9 %	-0,2 %
NVR	858	876	858	870	15	1,7 %	12	1,4 %	5,1 %	5,1 %	0,0 %
OPK	621	625	593	617	31	5,3 %	24	4,0 %	3,5 %	3,6 %	2,6 %
HHA	748	749	729	749	16	2,1 %	20	2,8 %	4,3 %	4,4 %	1,4 %
BAR	942	948	939	948	2	0,2 %	9	1,0 %	5,5 %	5,5 %	-0,4 %
OSS	1 907	1 903	1 888	1 910	42	2,2 %	22	1,2 %	11,2 %	11,1 %	-0,2 %
DST	217	213	211	214	0	0,1 %	3	1,2 %	1,2 %	1,2 %	-0,2 %
OUS	17 181	17 161	16 930	17 164	124	0,7 %	234	1,4 %	100,0 %	100 %	0,0 %

4.4 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	1 640	365	22,3 %	97,6 %	10,4 %	98,2 %
PRE	681	76	11,2 %	99,5 %	8,8 %	99,8 %
PHA	1 889	434	23,0 %	93,9 %	15,0 %	94,7 %
MED	1 113	324	29,1 %	91,5 %	25,3 %	92,3 %
HLK	750	141	18,8 %	96,7 %	9,1 %	97,8 %
KIT	831	217	26,1 %	95,7 %	15,0 %	96,5 %
KLM	1 359	254	18,7 %	97,1 %	6,9 %	97,9 %
KRE	1 266	259	20,5 %	97,0 %	11,0 %	97,6 %
KRN	632	87	13,8 %	97,9 %	4,7 %	98,7 %
KVI	647	287	44,4 %	91,6 %	34,9 %	93,5 %
NVR	813	241	29,6 %	92,6 %	18,9 %	93,6 %
OPK	506	136	26,9 %	93,5 %	19,0 %	94,0 %
HHA	661	186	28,1 %	93,4 %	19,2 %	94,2 %
BAR	985	310	31,5 %	93,5 %	22,6 %	94,3 %
OSS	1 808	210	11,6 %	96,8 %	5,6 %	97,4 %
DST	219	17	7,8 %	98,2 %	4,1 %	98,6 %
OUS	15 837	3 541	22,4 %	96,1 %	13,8 %	96,8 %

4.6 Sykefravær

Utvikling sykefraværsprosent 2013-2016



4.7 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per april 2016							
Denne periode	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,4	1,3	2,8	1,3	2,5	3,9	6,6
PRE	0,9	1,2	2,2	1,7	3,6	5,3	7,4
PHA	1,3	1,0	2,3	1,5	2,9	4,4	6,8
MED	1,0	1,1	2,1	1,6	2,5	4,1	6,2
HLK	0,9	1,2	2,1	1,3	3,7	5,0	7,1
KIT	1,3	0,8	2,1	1,9	3,0	4,9	7,0
KLM	1,4	0,9	2,3	1,5	2,5	3,9	6,2
KRE	1,3	1,1	2,3	1,3	2,1	3,4	5,7
KRN	1,6	1,5	3,1	1,8	3,0	4,8	7,9
KVI	1,2	1,0	2,2	1,4	3,1	4,5	6,7
NVR	0,9	0,7	1,7	1,8	3,1	4,8	6,5
OPK	1,1	0,7	1,8	1,9	4,6	6,5	8,3
HHA	1,7	1,3	3,1	1,8	3,7	5,5	8,6
BAR	1,0	1,1	2,1	1,8	4,5	6,3	8,4
OSS	1,6	1,5	3,1	1,5	3,9	5,4	8,5
DST	0,6	0,9	1,5	0,8	1,5	2,4	3,9
OUS	1,3	1,1	2,4	1,5	3,1	4,6	7,0

4.7 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per april 2016							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,5	1,5	3,0	1,3	3,1	4,3	7,3
PRE	1,1	1,1	2,2	1,4	3,7	5,1	7,3
PHA	1,5	1,3	2,8	1,6	3,1	4,6	7,4
MED	1,3	1,3	2,5	1,6	2,6	4,2	6,7
HLK	1,2	1,3	2,4	1,2	3,4	4,7	7,1
KIT	1,4	1,1	2,5	1,4	3,5	4,9	7,5
KLM	1,5	1,3	2,8	1,5	2,3	3,8	6,6
KRE	1,3	1,1	2,5	1,1	2,5	3,6	6,1
KRN	1,7	1,3	3,0	1,3	3,6	4,9	7,9
KVI	1,1	1,3	2,4	1,2	3,5	4,7	7,2
NVR	1,2	1,1	2,3	1,5	3,1	4,6	6,9
OPK	1,2	1,2	2,4	1,5	4,6	6,1	8,5
HHA	1,7	1,4	3,1	1,7	3,9	5,5	8,7
BAR	1,2	1,2	2,3	1,6	4,7	6,2	8,6
OSS	1,6	1,7	3,3	1,6	4,0	5,7	8,9
DST	0,6	0,6	1,2	0,8	1,8	2,7	3,9
OUS	1,4	1,3	2,7	1,4	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.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 23. juni 2016

Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi og finans

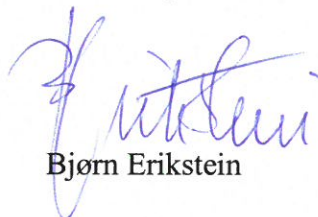
Vedlegg: Drøftingsprotokoll

SAK 45/2016 GJENNOMFØRING AV BUDSJETT 2016

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelsen om gjennomføring av budsjett 2016 til orientering.

Oslo den 16. juni 2016



Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING

Styret vedtok budsjett for Oslo universitetssykehus HF på styremøte den 17. desember 2015. Styret ble den 17. mars i sak 16/2016 orientert om en risiko for et lavere resultat enn budsjettet i 2016. Justert for endrede pensjonskostnader ble det rapportert et negativt avvik fra budsjett etter februar på om lag 69 millioner kroner.

Styret ble den 28. april i sak 26/2016 orientert om en betydelig risiko for et negativt budsjettavvik i 2016. Justert for pensjonskostnader ble det rapportert et negativt avvik fra budsjett etter mars på om lag 100 millioner kroner. På denne bakgrunn ba styret om å bli orientert om status for utarbeidelse og gjennomføring av nye tiltak på et telefonstyremøte den 26. mai for deretter å bli forelagt til beslutning tiltak for gjennomføring av budsjett 2016 i møtet den 23. juni.

Denne saken inneholder oppfølging av styrets vedtak den 28. april og 26. mai om å gi en mer omfattende orientering om gjennomføring av budsjett 2016.

2. TIDLIGERE VEDTAK

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 38/2016 Tiltak for gjennomføring av budsjett 2016 den 26. mai 2016:

Styret tar saken til orientering.

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 26/2016 Rapportering per mars 2016 den 28. april 2016:

- 1. Styret konstaterer at driftssituasjonen hittil i år viser en betydelig risiko for et negativt resultatavvik i 2016 og er usikker på om de iverksatte tiltakene gir tilstrekkelig økonomisk effekt for å kunne unngå dette. Styret ber derfor administrerende direktør vurdere ytterligere tiltak for å redusere kostnadene.*
- 2. Styret ber direktør særskilt vurdere og gjennomføre tiltak som reduserer kostnadene innenfor stab- og støttefunksjoner, bemanning og rekruttering, drift av sengeposter, overtid og innleie. I tillegg ber styret administrerende direktør vurdere ekstraordinære tiltak for 2016 innenfor områder som ikke direkte er knyttet til pasientbehandlingen slik som kurs, reiser, permisjoner og andre anskaffelser. Styret ber videre administrerende direktør gjennomføre tiltak for å sikre helseforetakets inntekter. Styret forventer samtidig at tiltak raskt blir gjennomført slik at de kan få effekt for virksomheten raskest mulig.*
- 3. Styret ber om å bli orientert om status for gjennomføringen av tiltakene på ekstraordinært telefonstyremøte 26. mai.*
- 4. Styret ber videre om en mer omfattende orientering om gjennomføring og effekt av planene til styremøtet den 23. juni.*

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Det er jobbet godt i klinikkene for å finne ytterligere områder for å redusere kostnadene i inneværende år. Dette er nødvendig for å kunne gjennomføre de planlagte investeringene i 2016.

De tiltakene som nå gjennomføres vil redusere risikoen for et negativt avvik fra budsjett i 2016. Administrerende direktør vil samtidig understreke at flere av tiltakene bare kan gjennomføres i en begrenset tidsperiode. Dette gjelder særskilt besparelser innenfor kurs- og reisevirksomhet.

4. GJENNOMFØRING AV TILTAK BUDSJETT 2016

4.1. Overordnet vurdering av gjennomføring av budsjett 2016

Regnskap per utgangen av mai viser et avvik fra budsjett på 131 millioner kroner (ref sak 43 Rapportering per mai). Resultatet for de første fem månedene er vurdert til å være representativ for den underliggende drift for denne perioden. En teknisk framskrivning av resultatet per mai er derfor en mulig måte å vurdere den økonomiske situasjonen på. I vurderingen av resultatutviklingen for 2016 må det i tillegg tas stilling til følgende forhold:

- Lønnsoppgjør - det er avsatt for 2,7 pst og foreløpig vurderes oppgjøret til å utgjøre 2,4 pst. Dette vil utgjøre om lag 30 til 40 millioner kroner på årsbasis.
- Pensjonskostnadene blir lavere enn budsjettet, men for sykehusene samlet blir inntektene redusert tilsvarende. Det er fremdeles usikkert om dette vil slå ut nøytralt for Oslo universitetssykehus HF.
- Inntekter fra sykehotell fakturert andre regioner. Det er fremdeles usikkerhet knyttet til betaling av disse fakturaene fra de andre regionene.
- Salg av eiendom - det arbeides med å realisere salget av to eiendommer i Sognsvannsveien som ikke er budsjettet for 2016.

I tillegg til forholdene over vil det blir vurdert nedskrivninger av bygningsmassen i 2016 og andre balanseførte forpliktelser blir også gjennomgått. Denne type vurderinger og eventuelle resultateffekter har imidlertid ingen direkte kontanteffekt. Det vil si at de vil påvirke rapportert resultat, men ikke investeringsevnen til Oslo universitetssykehus HF.

For å bedre driftssituasjonene og derigjennom investeringsevnen i 2016 er det gjennomført nye runder med tiltak. Det er identifisert tiltak for om lag 190 millioner kroner i klinikkene, Oslo sykehusservice og sentrale staber. Selv med full effekt av tiltakene er det fortsatt en risiko for at driftsresultatet vil avvike fra budsjettet overskudd 225 millioner kroner.

4.2. Nye tiltak

Oversikten nedenfor summerer opp de nye tiltakene som er arbeidet frem siden styremøtet 28. april og som vil påvirke resultatutviklingen ut året 2016. Styret ble

forelagt oversikten i styremøtet 26. mai. Etter dette er tiltakene ferdig behandlet og konsekvensvurdert – herunder drøftet med de ansattes organisasjoner - i klinikkene og sentralt på foretaksnivå.

Klinikk	Inntekter (sikre + DRG)	Bemanning / personell	Overtid innleie	Kurs, reiser etc	Andre kostnader	Sum
PHA	0,5	1,5	-	0,5	7,5	10,0
MED	8,0	3,4	-	3,2	-	14,6
HHA	6,0	2,3	0,8	1,0	1,0	11,1
NVR	1,1	1,9	1,4	2,0	0,5	6,9
OPK	5,0	1,8	-	1,5	0,2	8,5
BAR	1,1	2,8	2,2	2,2	-	8,3
KVI	2,1	1,4	0,1	1,9	0,2	5,7
KIT	0,3	3,1	-	1,4	1,1	5,9
KRE	3,6	3,1	-	4,1	0,3	11,1
HLK	-	2,4	-	2,7	0,5	5,6
AKU	-	4,7	-	1,5	0,8	7,0
PRE	0,6	2,3	-	0,6	0,0	3,5
KLM	3,9	4,6	-	4,8	2,1	15,4
KRN	-	2,3	-	2,9	1,0	6,1
OSS	-	6,3	-	4,0	12,7	23,0
DST		8,0		1,5	1,5	11,0
STA- IKT					40,0	40,0
SUM	32,2	51,9	4,5	35,7	69,4	193,6

Inntekter

Det arbeides på en rekke områder for å sikre økte inntekter til sykehuset. Tiltakene går både på å sikre rett inntekt for aktivitet som allerede pågår og øke aktivitetsnivået innenfor dagens ressurser. Viktige områder er

- Bedre utnyttelse av tilgjengelig operativ kapasitet på dagtid og særskilt ettermiddager
- Riktig koding av pasienter og kompletthet ift. faktiske gjennomførte prosedyrer
- Fakturering av flere av «ikke møtt» pasientene
- Riktig registrering av aktivitet for stillingsgrupper som fra 2016 har fått refusjonsrett
- Sikre opparbeidede inntekter fra sykehotell mv.

Bemanning/Personell

Klinikkene er bedt om å iverksette ytterligere ledighold av stillinger. Dette er krevende å gjennomføre ettersom det i flere deler av virksomheten allerede er innarbeidet ledighold som en forutsetning for budsjett 2016.

Klinikkens stillingsutvalg vil stramme ytterligere inn i vurderingen av om erstatning av stilling kan utsettes og for hvor lenge (1 mnd., 3 mnd. etc.). Klinikken må vurdere i hvert enkelt tilfelle med utgangspunkt i at ytterligere ledighold ikke skal medføre økt bruk av overtid og innleie. Klinikkenes stillingsutvalg må kunne vise at de har strammet inn, dvs. hvilke stillinger som nå holdes ledige som ikke tidligere ble ledigholdt. Forutsetningen er at bemanningen høsten 2016 skal ligge under våren 2016. Tiltakene innebærer ikke oppsigelser.

Overtid/innleie

Overtid og innleie er blitt redusert systematisk i omfang siste fire år og utgjør stadig en lavere andel av den totale lønnsmasse. Utbetalingene er imidlertid fortsatt omfattende og det er derfor viktig fremdeles å begrense bruken for å redusere de totale lønnskostnadene. Bruken av overtid vil følges særskilt i oppfølgingen av den enkelte klinikk, og det vil bli gjort en egen gjennomgang bruken av innleie for de seksjoner der dette er en stor kostnad for å vurdere om det finnes alternativer som gir ett lavere kostnadsnivå totalt for sykehuset.

Kurs, reiser og andre kostnader etc.

Sykehuset kan på kort sikt oppnå besparelser ved å redusere kurs- og konferansekostnader. Dette er tiltak som rammer den enkelte ansatte, deres utvikling av kompetanse og bør derfor være av tidsbegrenset karakter. Avtaleverket skal følges og tiltaket må ikke gå ut over kurs som må avholdes for å ivareta pasientsikkerhet og krav til sertifiseringer.

Klinikkene har på denne bakgrunn fått sine budsjetter for årets siste 7 måneder redusert med 50 pst. (25-30 pst. på årsbasis). Dette utgjør om lag 62 millioner kroner. Definerte kontoarter vil bli fulgt opp hver måned med den enkelte klinikk.

Andre kostnader

Stab – IKT vil gå igjennom antall arbeidsflater (PC'er) slik at man får et riktig fakturagrunnlag overfor Sykehuspartner. Gjennomgangen forventes også å gi reduserte kostnader knyttet til utgatte tjenester og redusert kompleksitet i infrastruktur. Det vil også bli reduserte kostnader knyttet til stopp i innkjøp og valg av rimeligste alternativer ved anskaffelser (mobil mv.). Det vil bli stans/ redusert fremdrift i enkelte lokale IKT-prosjekter som gjennomføres i regi av Oslo universitetssykehus HF.

4.3. Konsekvens- og risikovurdering

Tiltakene er drøftet i den enkelte klinikk og det er også foretatt drøfting på foretaksnivå (se vedlegg 1 med drøftingsprotokoll, inklusive protokolltilførsler). Både gjennomføringsrisiko og risiko for pasientbehandling, omdømme og arbeidsmiljø vurderes til å være akseptable. Risikoen knyttet til tiltak innen inntektsområdet og kurs/reiser/andre driftsutgifter er vurdert som medium, men dette forutsetter at tiltakene er midlertidige og ikke videreføres til 2017. Risikoen innen tiltak knyttet til bemanning og lønn vurderes også å være lav eller moderat på kort sikt. Det er variasjoner mellom klinikkene og tiltakene. Generelt vil innstramningene ikke påvirke de vedtatte aktivitetsmålene for 2016.

4.4. Nye styringsmål

Det er vurdert endring i styringsmål for de deler av Oslo universitetssykehus HF som kan bidra med et positivt resultat for 2016 (alle klinikker har et budsjettert resultat som går i null). For klinikker med store negative resultater hittil i 2016 er det vurdert en prognose klinikken mener er det mest realistiske utfallet av drift og gjennomføring av tiltak i inneværende år. Styringsmålet er fremdeles lik budsjett for disse klinikkene. Følgende enheter er gitt ett innskjerpet styringsmål i 2016:

- 10 millioner kroner for psykisk helse og avhengighet (PHA)
- 20 millioner kroner for klinikk for laboratoriemedisin (KLM)
- 30 millioner kroner for Oslo sykehusservice (OSS)
- 10 millioner kroner for direktørens stab eksklusive IKT

Det er forutsatt at endret styringsmål ikke skal påvirke pasientbehandlingen eller medføre redusert omfang av renhold fra det nivået som er levert første tertial 2016. Det er videre forutsatt at de besparelser som gjennomføres innenfor klinikk for psykisk helse skal komme denne klinikken til gode i kommende års budsjetter.

4.5. Oppfølging av nye tiltak

Styret vil bli forelagt rapportering på gjennomføring av tiltakene per klinikk som del av rapporteringen til møtene i oktober og desember. Gjennomføring rapporteres månedlig fra klinikk til administrerende direktør og vil gjennomgås i oppfølgingsmøtene med klinikkene.

PROTOKOLL

Det er avholdt drøftingsmøte i henhold til hovedavtalen kap. 7, jf arbeidsmiljøloven kap. 8

<i>Dato:</i>	25.052016
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Sak:</i>	Sak 1 Gjennomføring av budsjett 2016
<i>Tilstede fra arbeidsgiver:</i>	Bjørn Erikstein (adm.dir), Morten Meyer (Stab HR), Terje Rootwelt (MHU), Øyvind Wøllo (Stab ØK) Referent Mari Torset (Stab HR)
<i>Tilstede fra arbeidstaker:</i>	Bård Eirik Ruud (NSF), Per Oddvar Synnes (Foretaksverneombud), Leif Ståle Nævestad (NETF), Bjørn Wølstad-Knudsen (Fagforbundet), Elizabeth Holtebekk (NFF), Nina Bøe (Delta), Birgit Aanderaa (NPF), Marie-Therese S. Larsen (NITO), Julie Dybvik (NITO), Ståle Ølberg (Tekna), Aasmund Bredeli (Dnlf)

Sak 1 Gjennomføring av budsjett 2016

Bjørn Erikstein innledet med å presentere utkastet til styresak. Det ble orientert om nye tiltak arbeidet frem siden styremøtet i april og vist til behandlingen av tiltakene i klinikkene (drøfting og konsekvensvurdering).

Arbeidstakersidens kommentarer

Arbeidstakersiden er bekymret for konsekvenser av kutt i utgifter til kurs og reiser:

- Tiltaket rammer skjevt der noen yrkesgrupper er avtalefestet kompetanseutvikling mens andre har det ikke
- Fare for omdømmetap, svekket motivasjon hos ansatte og rekrutteringsutfordringer
- Tiltaket gir kun kortvarig effekt

Å holde stillinger ledig har tidligere gått ut over drift av for eksempel poliklinikker. Ledighold av stillinger må ikke føre til merarbeid eller overtidsbruk. En må sikre at riktig kompetanse er i arbeid.

Oslo sykehuservice er et område som igjen står ovenfor større kutt. OSS leverer tjenester på områder som påvirker pasientbehandling, arbeidsmiljø og særlig sensitive områder som smittevern og sikkerhet. Det uttrykkes særlig bekymring for renhold. Kutt i OSS vil med sannsynlighet føre til at tjenester overføres til andre grupper (for eksempel ved flytting av senger). Det henstilles til moderate kutt i OSS.

Kostnadene knyttet til LAR har ført til kutt i tidligere prosesser for å kutte kostnader innen psykiatrien. Nytt styringsmål for PHA kan utgjøre en fare for pasientbehandling innen psykiatri og det stilles spørsmål om det er riktig å redusere tilbud til pasienter innen et nasjonalt satsingsområde.

Det vises til protokolltilførsler fra arbeidstakersiden vedlagt protokollen (fra side 4).

Arbeidsgiversidens kommentarer

Tiltakene er krevende men nødvendige sett i lys av foretakets økonomiske situasjon. Vurdering og oppfølging av disse skjer i samarbeid med alle klinikkene og både inntekts- og utgiftssiden er diskutert. Tilbakemeldingene fra arbeidstakersiden i drøftingen er tydelige og arbeidsgiver ønsker å knytte noen kommentarer til disse:

- For tiltak i OSS vil man søke å skjerme den pasientnære virksomheten for å unngå risiko for pasienter til OUS. Renhold skal ikke reduseres som følge av denne tiltaksrunden.
- Det understrekes at kutt i reiser, konferanser og kompetansetiltak er midlertidige tiltak.
- Det understrekes at ledighold av stillinger ikke må skje på bekostning av pasientbehandling og at turnus- og vaktgående personell skjermes dersom ledighold medfører tilsvarende økning i variabel lønn eller innleie.
- Det er en forutsetning at endringer i styringsmål for enkelte klinikker ikke skal påvirke pasientbehandlingen
- Det er en forutsetning at endret styringsmål for klinikk for psykisk helsevern skal komme klinikken til gode i kommende års budsjetter.

Konklusjon

Protokoll med tilførsler vedlegges sak 44/2016 til styrebehandling 23.06.

***Arbeidsgivers signatur
(godkjent per epost)***

***Arbeidstakers signatur
(godkjent per epost)***

Vedlegg

Protokolltilførsler til sak 1, fra side 3:

- 1) Tekna, med støtte fra NFF, NJ, NITO, NPF
- 2) Foretaksverneombud
- 3) Norsk psykologforening, med støtte fra NFF, Akademikerforbundet, NITO
- 4) Norsk fysioterapiforbund (NFF), med støtte fra NPF
- 5) Norges juristforbund (NJ)
- 6) NITO
- 7) Norsk sykepleierforbund (NSF) og Fagforbundet, med støtte fra Delta
- 8) Den norske legeforening (Dnlf), med støtte fra NITO, NPF

Protokolltilførsel til drøftingen av nye tiltak foreslått i styresak 44/2016:

Tekna er bekymret for negative konsekvenser av en ekstraordinær innsparing på kurs- og konferanseutgifter. Som et midlertidig tiltak har dette tiltaket bare en kortvarig effekt. Tiltaket vil også særlig kunne ramme isolerte fagmiljø siden enkelte yrkesgrupper må spare inn det andre yrkesgrupper i samme avdeling har avtalefestet. Samtidig sender det et signal om at OUS som landets største fagmiljø innen pasientbehandling nedprioriterer å være faglig oppdatert. Dette vil kunne svekke sykehusets omdømme, de ansattes motivasjon, og deres tillit til arbeidsgiver. Gevinsten kan på sikt utebli pga av økte kostnader forbundet med økt turnover og ved at et faglig etterslep må innhentes.

Tekna anbefaler at det etableres kriterier for prioritering av kurs og konferanser slik at den viktigste faglige oppdateringen sikres av hensyn til kvaliteten på pasientbehandlingen.

Mvh,

Ståle Ølberg
Foretakstillitsvalgt



V/OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Innspill fra vernetjenesten i drøftinger av styresak 44/2016 - Gjennomføring av budsjett:

Vernetjenesten ber om at en i styresaken skjærer for kutt i spesifikke støttetjenester levert av OSS. Renholdssituasjonen ved OUS har vært under sterk kritikk over flere år. Både pasienter og ansatte påpeker mangler i renholdstjenestene. Videre har sykehusets egne fora drøftet situasjonen innen renhold opptil flere ganger. Dialogmøtet, Arbeidsmiljøutvalget og sykehusets eget renholdsprosjekt "Opplevd renhold", konkluderer alle med behov for styrking av renholdstjenestene. Det er derfor svært betenkelig at kutt i disse tjenester kan bli konsekvens av styresaken. Dette må unngås. Det er grunn til å tro at kvalitet på renhold har innvirkning på risikoforhold knyttet til både smitteproblematikk for pasienter og arbeidsmiljøforhold for ansatte. I tilknytning til pålegg fra Arbeidstilsynet gjeldende inneklime/ventilasjonsforhold, har OUS vist til styrking av renhold som kompensierende og midlertidig tiltak inntil akseptable løsninger er etablert. Godt renhold har også i ulike sammenhenger vært fremmet som tiltak for å beherske vanskelige forhold knyttet til håndtering av smitteproblematikk i ulike klinikker/avdelinger (eksempelvis bygg 7 – Ullevål).

Vernetjenesten vil videre påpeke at OUS har omfattende pålegg, gitt av DSB innen elektroområdet. Sykehuset har et betydelig etterslep på investeringer, vedlikehold og lovpålagt internkontroll. Budsjettkutt innen fagområdet elektro kan gi uakseptabel risiko både gjeldende pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.

Svekking av ovennevnte tjenester er derfor ikke i tråd med tidligere planer og strategier for virksomheten.

Vernetjenesten ønsker også å påpeke at budsjettsaken også legger opp til 50 % kutt i kurs og kompetansehevede tiltak i siste halvår 2016. Dette er svært uheldig og en alvorlig inngripen i OUS som kompetanse- og frontvirksomhet innen medisin og helsefag i Norge. Slike kompetansetiltak er av vesentlig betydning for både pasientsikkerhet og kvalitet i sykehusets kjernefunksjon. Faglige vilkår blir også oppgitt av ansatte som viktigste premisser for trivsel positiv arbeidsmiljøopplevelse. Kuttet bør derfor modereres betydelig. Videre må sykehuset signalisere tydelig at tiltaket "bare" er av midlertidig karakter.

Til slutt vil vi presisere at budsjettsaken ikke må gi den konsekvens at sykehuset hindres i å gjennomføre nødvendige og lovpålagte tiltak gitt av HMS lovgivingen. Eksisterende planer for nødvendig vedlikehold, investeringer og lukking av pålegg, gitt av tilsynsmyndigheter, må ikke på noen måte forsinkes eller utsettes utover de frister som alle rede er gitt.



DRØFTINGSMØTE 2016 06 015

SAK 44/2016 Gjennomføring av budsjett 2016

Psykologforeningens drøfteprotokoll

I

Psykologforeningen er svært skeptisk til at man skal igangsette kortsiktige tiltak som svar på de grunnleggende utfordringene Oslo universitetssykehus har. Eksempler på dette er:

- Det å redusere tilgangen på kurs og konferanser for de ansatte ved OUS som i en årrekke har levd med svært usikre fremtidsutsikter og omorganiseringer, er ikke med på å heve de ansattes opplevelse av medvirkning i utvikling av sykehuset. Det er i tillegg en ekstra bekymring at ansatte uten tariffestet rett til fagutdanning kan bli spesielt rammet av dette forslaget.

- Ansettelse utgjør de mest kostbare avgjørelsene i sykehuset. En vanlig beregning er å anslå kostnadene knyttet til en ansettelse til 500 000 kr. Hvis man da innskrenker seg til å kun benytte egne nettsider, risikerer man å ikke få tak i de kandidatene man har bruk for. Det bør jobbes mer og annerledes med de enheter/seksjoner/avdelinger som har høyt sykefravær og høy turnover av ansatte.

II

Det er et brudd på Helseministerens prioritering av psykisk helse og avhengighet at Klinikk psykisk helse og avhengighet må spare inn 10 millioner for å dekke opp for overforbruk i de resterende deler av sykehuset.

Prioriteringen skal vises i budsjett, antall ansatte og aktivitet. Budsjett og antall ansatte er de to håndfaste parametrene i prioriteringen.

Det er kritikkverdig å ramme Klinikk psykisk helse og avhengighet som har redusert antall ansatte mens resten av sykehuset har økt antall ansatte fra i fjor. Derfor mener

klinikktiltitsvalgte at forslaget om å endre klinikkens styringsmål med 10 millioner ikke kan gjennomføres. Aktivitetstall er svært ustabile indikatorer, da det ikke finnes noen sammenheng mellom innsats og aktivitet. Hvordan bruke aktivitet som indikator når en telefonsamtale vektet på linje med en behandlingstime. En døgnplass på en høyinnsatspost som Regional sikkerhetsavdeling vektet likt med en lavinnsatspost som en åpen døgnplass på DPS. Man kan legge ned en døgnenhet, overføre 50 % av midlene til somatikken og likevel få høyere aktivitet ved å gå over til lavinnsats tilbud.

Selv om man gjennomfører kuttene på områder som ikke skal ha direkte konsekvenser for pasientbehandlingen, er dette en sannhet med modifikasjoner av flere grunner. Det å ledigholde administrative stillinger og lignende medfører ikke nødvendigvis at disse arbeidsoppgavene blir borte. I mange tilfeller fører det til at de pasientnære ansatte må overta disse oppgavene. Dette fører til redusert behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. Den andre grunnen til at det er en sannhet med modifikasjoner, er for eksempel at prosjektet med å redusere kostnadene til LAR-behandling har vært et prosjekt for klinikken i en årrekke. Gevinsten av dette prosjektet burde bli brukt på den pasientgruppen, siden andre tiltak til denne gruppen har blitt redusert som følge av de høye kostnadene til LAR-behandling.

Det er et fremskritt når adm. Dir. i dialogmøtet ved OUS modifiserer forslaget ved å love at de 10 millionene blir tilbakeført til Klinikk psykisk helse og avhengighet i 2017, men dette er ikke tilstrekkelig. *Det er en svært farlig vei å gå at man lar psykisk helse og avhengighet betale for at resten av sykehuset bruker mer enn budsjettet tilsier.*

III

Klinikk psykisk helse og avhengighet har hatt budsjett disiplin og lojalt arbeidet med å gjennomføre tilpasninger i driften, ved ledigholdelse av stillinger, sammenslå enheter, fjerne behandlingstilbud og nedbemanne uten at dette alltid har vært faglig begrunnet, og har av den grunn bidratt til fellesskapet i mange år. Det er således også en tredje grunn til at de foreslåtte tiltakene er svært uheldige. *Man bør tenke igjennom signaleffekten av at den klinikken som holder sitt budsjett blir fratatt 10 millioner kroner fra sitt budsjett.*

Klinikkens Budsjett ble vedtatt i slutten av januar 2016 med overordnede føringer om å øke aktivitet. Å endre styringsmålet i budsjettet så raskt etter forrige vedtak i form av å ta vekk ressurser i klinikk PHA kan ikke gjennomføres. Klinikken ble i utgangspunktet tildelt en ramme til budsjett som resulterte i mange røde tiltak ved gjennomføring. Dette ble endret etter flere budsjettrunder og mye oppmerksomhet i media knyttet til helseministerens krav om at psykisk helse og rus og avhengighet skal ha en større vekst enn somatikk (Den gyldne regel). Klinikken ble dermed i stand til å kunne lukke de røde tiltakene. Klinikken fikk samtidig et krav om økt aktivitet, noe som vi nå ser at er i ferd med å bli gjennomført.

Det vekker stor bekymring hos Psykologforeningen at sykehusledelsen kommer med dette forslaget. Det nye forslaget til budsjett medfører at Psykologforeningen igjen må melde sin bekymring videre.

Mvh

Birgit Aanderaa
FTV Psykologforeningen OUS

Protokolltilførsel til drøftingen av nye tiltak foreslått i styresak 44/2016:

Juristforbundet er bekymret for negative konsekvenser for OUS HF ved kutt i kurs- og konferanseutgifter. Juristforbundet stiller seg bak protokolltilførselen til Tekna og støtter deres anbefaling.

Med vennlig hilsen

Erlend Marius Malme

Foretakstillitsvalgt Norges Juristforbund

Oslo universitetssykehus HF

Protokolltilførsel drøftemøte 15.06.16 SAK 44/2016 Gjennomføring av budsjett 2016

Det er beklagelig at driftssituasjonen i 2016 viser betydelig risiko for et negativt resultatavvik, som vil bety store konsekvenser for fremtidige budsjettmål for Oslo universitetssykehus, samt et betydelig svekket investeringsbudsjett.

NITO har forståelse at det må iverksettes tiltak og at noen prioriteringer må tas. Likevel må NITO stille seg negativ til foreslåtte kortsiktige tiltak, som går på ledighold av stillinger og kostnadsbesparelse ved å kutte på tilgang på kurs, konferanser, diett- og kjøregodtgjørelse. Vi anmoder foretakets ledelse å fokusere på organisatoriske forhold, takster, tekniske reguleringer og økonomiske løsninger som gir Oslo universitetssykehus for dårlig eller ingen uttelling i forhold til aktivitet våre ansatte står for. Oslo universitetssykehus må få bedre løsninger og støtte for de oppgavene, kompetansen og ansvaret vi dekker på alle nivåer.

NITO mener det er svært beklagelig at styret har konkret lagt frem sparetiltak ved å kutte ned på utgifter for kompetansehevende tiltak. Dette er tiltak vi ikke støtter og er svært bekymrete for signaleffekten dette gir foretakets ansatte og fagmiljøer i og utenfor landet. NITO viser til *strategi vedtatt av styret i OUS 17.12.2012, «Oslo Universitetssykehus Strategi 2013 – 2018»*. Vi stiller oss undrende til at styrets mål da er et sparetiltak, for å oppnå økonomisk balanse, retter seg konkret mot visjonen, verdiene og målene til Oslo universitetssykehus HF. Vi ønsker å understreke særlig målet: *«Være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon»*. Dette er mål og visjon NITO stiller seg bak. Dette skaper verdier og forventninger i og utenfor virksomheten. Et sparetiltak som går på akkord med visjonen og målene, skaper reaksjoner blant våre ansatte og i fagmiljøene.

Tidsperspektivet har ført til mangelfull involvering i hele foretaket noe som er bekymringsfullt, da foretaket vil være avhengig av medarbeiderne for å oppnå ønsket resultat. Det er ingen gode langsiktige tiltak og derfor kan man spørre om den økonomiske situasjonen vil være bedre til neste år.

Mvh
Julie Dybvik
FTV NITO

Oslo 16.jun 16

Protokoll til drøfting – Budsjett 2016

Fagforbundet og Norsk sykepleierforbund er sterkt kritisk til en rekke av de foreslåtte tiltak på kllinikknivå. Viser spesielt til de tiltak som rammer ansattes faglige- og bemanningsmessige situasjon. Vi viser videre til de momentene som kom frem i drøftemøte og ber arbeidsgiver om og hensynta dette i prosessen videre.

For øvrig viser vi til klinikktilitsvalgte protokoller.

Med vennlig hilsen

Bjørn Wølstad-Knudsen/sign
Foretakstillitsvalgt
Fagforbundet

Bård Eirik Ruud/sign
Stedfortredende foretakstillitsvalgt.
Norsk sykepleierforbund

Sendes kun elektronisk

Protokolltilførsel fra Dnlf

Legeforeningen er bekymret for negative konsekvenser knyttet til vedvarende og økende ledighold av stillinger som innsparingstiltak. Fra klinikken rapporteres det jevnlig om underkapasitet og uakseptable ventetider i pasientbehandlingen. Enkelte steder stilles det spørsmål om medisinsk faglig forsvarlighet opprettholdes. Helsepersonellet opplever økt arbeidspress med den konsekvens at arbeidsmiljøet forringes.

Innsparing på kurs, kongresser og etterutdanning skaper bekymring med hensyn på sykehusets eget lovpålagte utdanningsansvar innad og utad i OUS. Eksterne faglige landsdekkende arrangementer utenfor sykehuset i løpet av høsten kan risikere å bli delvis amputerte som følge av innstramningene fordi OUS-ansatte er viktige aktører både på arrangementssiden og ved deltagelse forøvrig. Tiltakene synes lite fremtidsrettede i vår avanserte kunnskapsbaserte virksomhet og bryter med sykehusets eget strategidokument som er vedtatt av styret.

Legeforeningen er bekymret for at tilbakehold av nyinvesteringer i medisinsk teknisk utstyr knyttet til utredning og behandling av pasienter kan bidra til ytterligere kapasitetsproblemer, kvalitetsforringelse og ytterligere økte ventetider i pasientbehandlingen.

Legeforeningen er positive til at det er opprettet dialog med Sykehuspartner med tanke på og redusere utgiftene knyttet til av IKT, men advarer samtidig mot at det medfører reduksjon i tjenestetilbudet og tilgjengelighet som har med drift og driftsplanlegging å gjøre.

Legeforeningen oppfordrer til at det arbeides med langsiktig effektiv driftsplanlegging med tanke på full kapasitetsutnyttelse hvor spesielt ubenyttet kapasitet på grunn av strykninger blir vektlagt.

Med vennlig hilsen
Aasmund Bredeli
Foretakstillitsvalgt Of/Dnlf/OUS

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 23. juni 2016

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

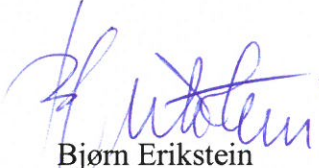
Vedlegg: Helse Sør-Øst RHF ØLP 2017-2020

SAK 46/2016 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2017-2020 (36) OG BUDSJETT 2017

Forslag til vedtak

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

Oslo den 16. juni 2016


Bjørn Erikstein

1. Innledning

Helse Sør-Øst RHF styrebehandler økonomisk langtidsplan 2017-2020 for foretaksgruppen den 16. juni, samme dag som Oslo universitetssykehus HF styrepapirer blir distribuert. Denne saken gir en kort oppsummering av innholdet i Helse Sør-Øst RHF sitt saksfremlegg. I styremøtet vil endelige vedtak fra styremøtet i Helse Sør-Øst RHF bli forelagt styret.

Denne saken inneholder også en oppfølging av styrets vedtak om å forberede en sak om arbeidet med effektivisering av driften og styrets plan for behandling av budsjett 2017.

2. Tidligere vedtak

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

1. *Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.*
2. *Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring de nærmeste årene er svært krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av nødvendige investeringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr.*
3. *Styret konstaterer at det fortsatt er en betydelig utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en bærekraftig økonomisk utvikling de neste årene. Styret ber administrerende direktør om å forberede en sak til styremøtet 23. juni der arbeidet med effektivisering av driften konkretiseres ytterligere.*

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 19/2016 Økonomisk langtidsplan 2017-2020 (36) den 17. mars 2016:

Styret tar saken til orientering.

Økonomisk langtidsplan 2016-2019 (35) ble vedtatt av styret 30. april 2015 som sak 27/2015.

3. Administrerende direktørs vurdering

Det er administrerende direktørs vurdering at Oslo universitetssykehus HF står overfor en betydelig økonomisk utfordring. Sykehuset skal utvikles og investeringene skal finansieres på kort og lang sikt samtidig som IKT- og medikamentkostnader forventes å utgjøre en stadig større andel av de totale kostnadene.

Det er administrerende direktørs erfaring at vi ikke i tilstrekkelig grad har lyktes med å utvikle driften i Oslo universitetssykehus HF for å oppnå bedre økonomiske resultater og økt investeringsevne. Sykehuset må som en følge av dette

gjennomføre besparelser i 2016 som er kortsiktige og ikke bidrar til den videre utviklingen av sykehuset.

Administrerende direktør mener derfor det er nødvendig å fremheve arbeidet med utviklingen av driften i Oslo universitetssykehus HF gjennom en tydelig prosjektorganisering. Tillitsvalgte og vernetjenesten vil være involvert for å sikre tidlig medvirkning. Administrerende direktør tar sikte på å etablere en prosjektorganisasjon som skal arbeide med sikte på langsiktig utvikling og bidra tydelig inn mot budsjettet for 2017.

4. Fakta

Helse Sør-Øst RHF behandler økonomisk langtidsplan i møte 16. desember. I saken 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 (Se vedlegg 1 Helse Sør-Øst RHF ØLP 2017-2020).

Alle sykehus i regionen står overfor om lag den samme økonomiske utfordringen i den økonomiske langtidsplanen. Det vil si at aktiviteten skal øke samtidig som lønnskostnadene skal reduseres. Behovet for å bedre driftsresultatene og omdisponere midler fra drift til investeringer er en av årsakene til dette. Den største utfordringen i forhold til driftsøkonomien i foretaksgruppen er likevel forventningen om betydelige økninger i IKT- og medikamentkostnader. Økningen er så vidt betydelig at den utfordrer den langsiktige økonomiske bærekraften.

For Oslo universitetssykehus HF ble økningen i IKT- og medikamentkostnader beregnet til å være på om lag 800 millioner kroner i nominelle priser fra budsjett 2016 til budsjett 2020. Oslo universitetssykehus HF (OUS) står derfor overfor store økonomiske utfordringer for 2017 og for årene fram mot 2020. På kort sikt er utfordringen å kunne finansiere tilstrekkelige investeringer i MTU og eksisterende bygg (vedlikehold). På lengre sikt er utfordringen å kunne drifte virksomheten med betydelig økte kapitalkostnader som følge av nybygg, jf. styresak 53/2016 Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF i Helse Sør-Øst RHF.

4.1 Utvikling av drift i Oslo universitetssykehus HF

For at sykehuset skal klare å nå sine mål innen investeringer i bygg, medisinskteknisk utstyr og IKT er det nødvendig å vurdere alle sider av driften i Oslo universitetssykehus HF. Dette innbefatter de største arbeidsprosessene (operasjon, poliklinikk, sengeposter, diagnostikk), støttefunksjoner og kostnadsområdene i Oslo universitetssykehus HF. I tillegg må det også arbeides med inntektene til sykehuset.

Arbeidet vil bli prosjektorganisert og på dette tidspunktet ser det ut til å kunne omfatte følgende delprosjekter:

1. Gjennomgang av de viktigste arbeidsprosessene: Primært sengedrift, operasjon, anestesi, intensiv og poliklinikk. I tillegg pasientadministrasjon (pasientflyt i organisasjonen), adm. stab og støtte, radiologi og laboratorievirksomheten.
2. Gjennomgang av områder/kostnader med sikte på kostnadsreduksjon:
 - i. Rutiner for innkjøp (avtaler, sortiment, beslutningstakere)
 - ii. Større kostnadsområder som areal/leie, energi
3. Gjennomgang av styrings- og resultatkultur og eventuelt organisering
4. Realisere gevinster av store ikt-satsninger.

Det planlegges med at prosjektene vil arbeide etter følgende modell:

- Det etableres delprosjekter på passe avgrensede områder (f eks sengeposter, poliklinikk, osv.)
- Ideer til produktivitetsforbedrende tiltak identifiseres
- Delprosjektene velger ut hvilke ideer som forfølges videre
- Det foreslås nye/endret praksis i sykehuset som vil gi produktivitetsforbedringer («slik skal vi nå gjøre det i OUS»).
- Anbefalinger fra prosjektgruppen og deretter anbefaling i styringsgruppen.
- Ny/endret praksis besluttes av adm. dir. i sykehusets ledermøte, eventuelt etter drøfting dersom tiltakene er av en slik karakter.
- Det etableres en rapportering på gjennomføring av nye/endret praksis.
- Rapportering på gjennomføring kan føre til revidert praksis osv.

Prosjektet skal fokusere på en prosjekt- og leveransemodell som gir synlige og målbare resultater relativt raskt og for budsjett 2017.

4.2 Budsjett 2017 - Prosess

Tidsplan for styrets behandling av budsjett 2017:

- | | |
|--------------|--|
| 27. oktober | Status for sykehusets overgripende tiltaksplaner (prosjekt utvikling drift) og de klinikkvise tiltaksplaner. Informasjon om statsbudsjett og finansiering av investeringer |
| 15. desember | Drøftet detaljert investerings- og driftsbudsjett, med vedtak om resultatkrav 2015. |

Saksframlegg

Saksgang:

Styre	Møtedato
Styret Helse Sør-Øst RHF	16. juni 2016

SAK NR 051-2016

ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2017-2020

Forslag til vedtak:

1. Styret tar økonomisk langtidsplan 2017-2020 til etterretning.
2. Det legges til grunn at arbeidet med kvalitet og tilgjengelighet fortsatt skal gis høy prioritet, slik at vedtatte mål nås.
3. Styret tar de foreløpige plantallene for aktivitet i 2017 og ut perioden 2017-20 til etterretning. Styret ber administrerende direktør følge opp helseforetakenes aktivitetsbudsjetter inn mot 2017 for å sikre at de krav og føringer som følger av statsbudsjettet blir ivaretatt, herunder prioriteringsregelen om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn somatikk.
4. Styret konstaterer at det legges opp til et fortsatt høyt investeringsnivå i foretaksgruppen. Det er planmessig tatt høyde for fullføring av store byggeprosjekter i gjennomføringsfase, samt videreføring av regionens satsning på Digital fornying. De enkelte investeringsbeslutninger fremmes styret for behandling i henhold til etablert fullmaktsregime.
5. For å øke det finansielle handlingsrommet for fremtidige investeringer må det etableres tiltak for å bedre resultatutviklingen, og derigjennom styrke helseforetakenes egenfinansieringsevne. Lokal likviditet må i større grad inngå i finansiering av store byggeprosjekter.
6. Styret forutsetter at det arbeides med realistiske og konkrete driftsrelaterte tiltak som anses nødvendig for å sikre og bedre resultatutviklingen. Dette må skje i nært samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner

7. Styret tar til etterretning at administrerende direktør ikke anbefaler overføring av spesialisthelsetjenetilbudet for befolkningen i Vestby kommune fra Akershus sykehusområde til Østfold sykehusområde fra 1. januar 2017, men at ny vurdering av overføringstidspunkt vil gjøres ved årsskiftet 2016/17. Styret legger videre til grunn at administrerende direktør beslutter endelig overføringstidspunkt.

Hamar, 8. juni 2016

Cathrine M. Lofthus
administrerende direktør

1. Hva saken gjelder

Økonomisk langtidsplan utgjør en konkretisering og konsekvensvurdering av ønsket utvikling av foretaksgruppen i forhold til økonomiske rammebetingelser. Hensikten er at arbeidet skal vise utvikling og prioriteringer innenfor driftsmessige forhold i et 4-årig perspektiv, samt legge til rette for en helhetlig vurdering av foretaksgruppens økonomiske bæreevne for investeringer i et lengre perspektiv.

Det vises til sak 018-2016 *Økonomisk langtidsplan 2017-2020. Planforutsetninger*, som styret behandlet 10. mars 2016. I sak 018-2016 ble det lagt premisser for helseforetakenes arbeid med sine innspill til den regionale økonomiske langtidsplanen knyttet til helsefaglige utfordringer, aktivitet, prioritering og inntektsforutsetninger.

Foreliggende sak beskriver foretaksgruppens samlede økonomiske langtidsplan, herunder prioriteringer innenfor det økonomiske handlingsrommet for investeringer.

Administrerende direktør legger i tillegg frem separate saker knyttet til investeringsprosjekter som er lagt til grunn i de vurderingene som er gjort i økonomisk langtidsplan:

- Sak 053-2016 *Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitets-sykehus HF*
- Sak 054-2016 *Vestre Viken - konseptfase nytt sykehus i Drammen*
- Sak 055-2016 *Sørlandet sykehus HF – konsept nybygg psykisk helsevern, Kristiansand*

Det vises til disse sakene.

Det vises også til sak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*, som vil legge viktige premisser for planleggingen av spesialisthelsetjenesten i deler av regionen i løpet av økonomiplanperioden.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 ble behandlet i Stortinget 17. mars 2016. I foretaksmøtet med de regionale helseforetakene 4. mai 2016 ble det fra helse- og omsorgsministerens side gitt presiseringer og klare føringer for oppfølging av denne planen. I den foreløpige protokollen fra dette foretaksmøtet heter det: *“Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene legge til grunn Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, med presiseringer fra departementet, i sitt arbeid med planer og drift av spesialisthelsetjenesten.”*

Administrerende direktør vil i planperioden komme tilbake til oppfølging av føringer og krav knyttet til Nasjonal helse- og sykehusplan.

2. Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

2.1 Kvalitet og pasientbehandling

Helseforetakene er i sine innspill til økonomisk langtidsplan bedt om å beskrive hvordan de vil arbeid målrettet for å innfri foretaksgruppens mål knyttet til kvalitet og pasientbehandling, som i perioden 2017-2020 er vedtatt slik, jf. sak 018-2016

- *Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd*
- *Sykehusinfeksjoner er redusert til 3 %*
- *Pasienten får timeavtale sammen med svar på henvisningen*

Ut fra de innspillene som helseforetakene har gitt til økonomisk langtidsplan er administrerende direktørs vurdering at helseforetakene vil arbeides målbevisst og systematisk for å nå målene innen tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet også i neste økonomiplanperiode, og at dette arbeidet vil bli gitt høy prioritet i foretaksgruppen. Det vises også til tertialrapporten for 1. tertial 2016 som viser en positiv utvikling for kvalitetsparameterne. Status for og utviklingen i dette arbeidet vil bli fulgt opp i de ordinære rapporteringene til styret.

2.2 Aktivitet og prioritering

I sak 018-2016 om planforutsetninger for økonomisk langtidsplan ble det lagt til grunn at foretaksgruppen samlet skulle fremvise en generell aktivitetsvekst i 2017 på i overkant av 2 %. I samme sak er det også fremholdt at det bør realiseres en vekst i aktiviteten innen somatikk på om lag 8 % i perioden 2017-2020. Det er således lagt til grunn en forutsetning om at det skal realiseres en aktivitetsvekst høyere enn demografisk betinget behovsvekst innen alle tjenesteområder i 2017. Det forventes en befolkningsvekst i regionen på 1,2 % fra 2016 til 2017.

Antall DRG- poeng knyttet til Helse Sør-Øst pasienter vil i henhold til helseforetakenes innspill øke med 2,1% fra 2016 til 2017, og med 8,0% i økonomiplanperioden:

Somatikk	2015	Est 2016 pr april	Endring 2016-2017	Endring 2016- 2020
Antall DRG- poeng HSØ- pasienter	811 424	835 608	2,1 %	8,0 %

Tabell 1. DRG- poeng, sørge for-ansvaret

Det ble i planforutsetningene presisert at aktivitetsveksten innen tjenesteområdene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) hver for seg skulle fremvise en høyere vekst enn somatisk virksomhet for 2017. I oppdragsdokumentet for 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet til regionale helseforetak er det presisert at dette skal måles ved antall polikliniske konsultasjoner.

Veksttallene for budsjettert poliklinisk aktivitet i årene 2017 til 2020 fremkommer som i tabell 2 under:

Antall polikliniske konsultasjoner	% - vis vekst fra året før				% vekst 2016-20
	2017	2018	2019	2020	
⌘ somatikk	1,0 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	7,9 %
⌘ psykisk helsevern voksne	3,0 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %	10,5 %
⌘ psykisk helsevern barn og unge	3,5 %	2,4 %	2,4 %	2,4 %	11,2 %
⌘ TSB	2,7 %	2,1 %	2,1 %	2,1 %	9,3 %

Tabell 2. Vekst i poliklinisk behandling fordelt på tjenesteområder

Veksten fra 2016 til 2017 er basert på estimatet for 2016 per april.

For 2017 er kravet fra eier innfridd på regionalt nivå. Poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern både for voksne og for barn og unge viser større årlig vekst enn somatisk aktivitet i økonomiplanperioden. Innen TSB er den årlige veksten noe lavere enn somatikk det enkelte år fra 2018, men ligger over når hele perioden ses under ett.

Aktivitetsbudsjettene for de enkelte helseforetakene og sykehusene er utarbeidet ut fra lokale forhold og analyser, vurderinger av behov ut fra befolkningsutvikling i eget opptaksområde, status på ventetider og fristbrudd, samt øvrige forhold innenfor de ulike tjenesteområdene.

Kravet om større aktivitetsvekst innen psykisk helsevern og TSB enn innen somatikk gjelder foretaksgruppen samlet, og ikke det enkelte helseforetak. Administrerende direktør vil følge opp helseforetakenes og sykehusenes aktivitetsbudsjettering for å sikre at statsbudsjettets krav og føringer blir ivaretatt det enkelte budsjettår.

Tabell 3 gir en oversikt over aktivitetsbildet i perioden, målt i antall utskrivninger og poliklinisk aktivitet for tjenesteområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB:

	Estimat 2016 pr april	Økonomiplan				Endring 2016-2017	Endring 2016-2020
		2017	2018	2019	2020		
Somatikk							
Antall utskrivninger døgn	501 957	507 216	514 903	522 624	531 105	1,0 %	5,8 %
Polikliniske konsultasjoner	2 882 603	2 912 735	2 976 995	3 042 499	3 109 103	1,0 %	7,9 %
Psykisk helsevern voksne							
Antall utskrivninger døgn	25 406	25 203	25 197	25 155	25 111	-0,8 %	-1,2 %
Polikliniske konsultasjoner	886 041	912 274	934 076	956 076	979 325	3,0 %	10,5 %
Psykisk helsevern barn og unge							
Antall utskrivninger døgn	1 126	1 115	1 116	1 119	1 121	-1,0 %	-0,4 %
Polikliniske konsultasjoner	482 266	499 247	511 252	523 549	536 172	3,5 %	11,2 %
TSB							
Antall utskrivninger døgn	8 226	8 844	8 845	8 851	8 856	7,5 %	7,7 %
Polikliniske konsultasjoner	252 241	259 164	264 563	270 100	275 769	2,7 %	9,3 %

Tabell 3. Aktivitetsutvikling, antall og %

Innen alle tjenesteområder vil økningen være større innen poliklinisk behandling enn i døgnbehandling. Dette er i samsvar med faglige prioriteringer.

2.3 Bemanningsutviklingen

Tabell 4 under viser bemanningsutviklingen slik den fremgår av helseforetakenes innspill til foretaksgruppens økonomiske langtidsplan. Samlet sett er det lagt opp til en redusert bruk av bemanningsressurser på 2,4 % i perioden 2016 til 2020:

Brutto månedeverk	Estimat 2016 pr. april	% vekst 2016-2017	% vekst 2016-2020
Akershus universitetssykehus HF	6 625	0,6	0,1
Oslo universitetssykehus HF	18 351	-2,1	-2,5
Sunnaas Sykehus HF	560	0,2	0,3
Sykehusapotekene HF	681	0,2	2,1
Sykehuspartner HF	1 420	-1,1	-3,2
Sykehuset i Vestfold HF	4 162	-0,4	-2,2
Sykehuset Innlandet HF	7 459	-2,0	-5,2
Sykehuset Telemark HF	3 050	-2,3	-4,4
Sykehuset Østfold HF	4 908	-2,9	-5,3
Sørlandet sykehus HF	5 555	-0,1	-2,8
Vestre Viken HF	7 118	-0,4	0,7
Helse Sør-Øst RHF	165	0,0	0,0
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen	60 054	-1,3	-2,4

Tabell 4. Brutto månedeverk og % pr helseforetak

Som i tidligere økonomiske langtidsplaner planlegger helseforetakene med en redusert bemanning samtidig som aktiviteten skal øke. Dette vil gi økt produktivitet, og bidra til å nå de resultatmålene som er nødvendig for å gi økt handlingsrom for investeringer.

Helseforetakene har i varierende grad angitt konkrete tiltak for å oppnå økt produktivitet som følge av bemanningstilpasninger, og har ulik tilnærming til dette. Eksempelvis tar Sykehuset Innlandet HF sikte på i hovedsak å redusere bemanning på døgnpostene, og skjerme poliklinikkene, mens for eksempel Sykehuset Telemark HF tar sikte på å skalere ned støtte- og servicefunksjoner. Flere av helseforetakene melder at det legges opp til en generell effektivisering av driften, og at det vil arbeides videre med spesifikke tiltak for å oppnå dette.

Basert på erfaringer fra tidligere økonomiplaner sett i forhold til faktisk resultatutvikling, er vurderingen at det er betydelig usikkerhet knyttet til mulighetene for måloppnåelse i forhold til resultatambisjonene. Denne usikkerheten er hensyntatt ved at det er satt av sentrale budsjettmidler som resultat- og likviditetsbuffer, jf. nærmere omtale under punkt 2.11.

Det regionale helseforetaket har i 2016 satt ressursstyring og ressursbruk, herunder bemanningsutvikling, høyt på sin agenda og igangsatt arbeid innen en rekke innsatsområder. I tillegg arbeides det med langtidsplanlegging og aktivitetsbaserte bemanningsplaner gjennom et regionalt prosjekt, jf. også omtale i sak 018-2016. Det er etablert et samarbeid mellom fag-, HR- og økonomimiljøene med sikte på både å styrke kompetansen og - med bakgrunn i analyser - gjennomføre tiltak som bidrar til bedre kontroll med bemanningsutviklingen i foretaksgruppen.

2.4 Inntekter og kostnader

Tabell 5 viser inntektsutviklingen i perioden, fordelt på faste og variable inntekter, samt andre inntekter. Faste inntekter består av basisramme og tilskudd knyttet til kvalitetsbasert finansiering (KBF). KBF er forutsatt videreført i perioden på 2016- nivå. Variable inntekter består av ISF-refusjoner og polikliniske refusjonsinntekter. Andre inntekter består av gjestepasientinntekter, diverse øremerkede tilskudd mv.

	Est. 2016 pr. april	% endring 2016-17	% endring 2016-20
Faste inntekter	54 282 255	-4,0 %	-1,7 %
Variable inntekter	19 809 488	1,6 %	7,6 %
Andre inntekter	7 652 601	-7,1 %	4,0 %
Sum driftsinntekter	81 744 344	-2,9 %	1,1 %

Tabell 5 Inntektsutvikling, 1000 kroner og %

Reduksjon i faste inntekter fra 2016 til 2017 er begrunnet med en forutsetning om lavere pensjonskostnad og dermed lavere kompensasjon i den basisrammen som gis over statsbudsjettet. De variable, aktivitetsavhengige inntektene forventes økt med 7,6 % i løpet av økonomiplanperioden som følge av økt aktivitet.

Det er forutsatt at refusjonsandelen innen innsatsstyrt finansiering er 50 % gjennom hele perioden.

Tabell 6 viser kostnadsutviklingen, fordel på lønn/pensjon (arbeidskraft), avskrivninger (kapital) og varekjøp, samt andre driftskostnader.

	Est. 2016 pr. april	% endring 2016-17	% endring 2016-20
Lønn inkl pensjon	46 178 560	-0,2 %	-1,2 %
▪ herav lønn til fast ansatte	33 040 945	-0,6 %	-1,6 %
Varekostnad	9 350 000	2,0 %	15,3 %
Avskrivninger	3 683 924	2,7 %	20,1 %
Andre kostnader	18 830 583	0,4 %	7,2 %
Sum driftskostnader	78 043 067	0,4 %	3,8 %

Tabell 6. Kostnadsutviklingen 1000 kroner og %

Andeler av de ulike kostnadskomponentene i forhold til totalkostnadene fremstilles slik:

	Est. 2016 pr. april	Økonomiplan			
		2 017	2 018	2 019	2 020
Lønn inkl pensjon	59,2 %	58,8 %	58,2 %	57,3 %	56,3 %
▪ herav lønn til fast ansatte	42,3 %	41,9 %	41,5 %	40,8 %	40,1 %
Varekostnad	12,0 %	12,2 %	12,6 %	12,9 %	13,3 %
Avskrivninger	4,7 %	4,8 %	4,9 %	5,1 %	5,5 %
Andre kostnader	24,1 %	24,1 %	24,4 %	24,7 %	24,9 %
Sum driftskostnader	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabell 7 Kostnadsandeler

Lønnskostnadene, inklusive pensjonskostnader, utgjør i 2016 om lag 59% av foretaksgruppens samlede driftskostnader. Denne andelen reduseres til 56 % i 2020, dels som følge av lavere pensjonskostnader, dels som følge av redusert bemanning. Andelen lønn til fast ansatte av totalkostnaden reduseres fra 42 % i 2016 til 40 % i 2020. Andelen avskrivningskostnader øker, dvs. at det skjer en vridning i bruk av innsatsfaktorer fra arbeid til kapital. Dette er en utvikling som skjer over tid, og som også har kommet til uttrykk i tidligere økonomiske langtidspaner.

Foretaksgruppens samlede inntekts- og kostnadsbilde for perioden fremstår slik:

	Est. 2016 pr. april	Økonomiplan			
		2 017	2 018	2 019	2 020
Driftsinntekter	81 744 373	79 344 806	80 349 228	81 431 381	82 656 159
Driftskostnader	78 043 067	78 329 398	79 177 895	80 035 254	81 043 186
Driftsresultat	3 701 306	1 015 408	-95 059	1 396 127	1 612 973
Finansresultat	-87 000	-76 156	-95 059	-90 766	-116 514
Endrede pensjonsforutsetninger	-2 771 000				
Resultat	841 000	937 268	1 074 034	1 302 947	1 493 727

Tabell 8. Inntekter og kostnader 2016-2020. 1000 2016-kroner

2.5 Tjenestepriser fra Sykehuspartner HF

Sykehuspartner HF finansieres i hovedsak ved fakturering av tjenestepriser til de øvrige helseforetakene i foretaksgruppen. Grunnlaget for IKT-tjenesteprisene er kostnadene i Sykehuspartner HF, som bl.a. påvirkes av investeringsnivået i Digital fornying. Tjenesteprisen fra Sykehuspartner HF består hovedsakelig av følgende komponenter:

- Avskrivninger
- Drifts- og forvaltningskostnader
- Avtalekostnader

Tjenestepris for HR-området utgjøres av en pris per lønns- og trekkoppgave.

Fig. 1 på neste side viser utviklingen i IKT- kostnader i helseforetakene i henhold til prognose utarbeidet av Sykehuspartner HF.

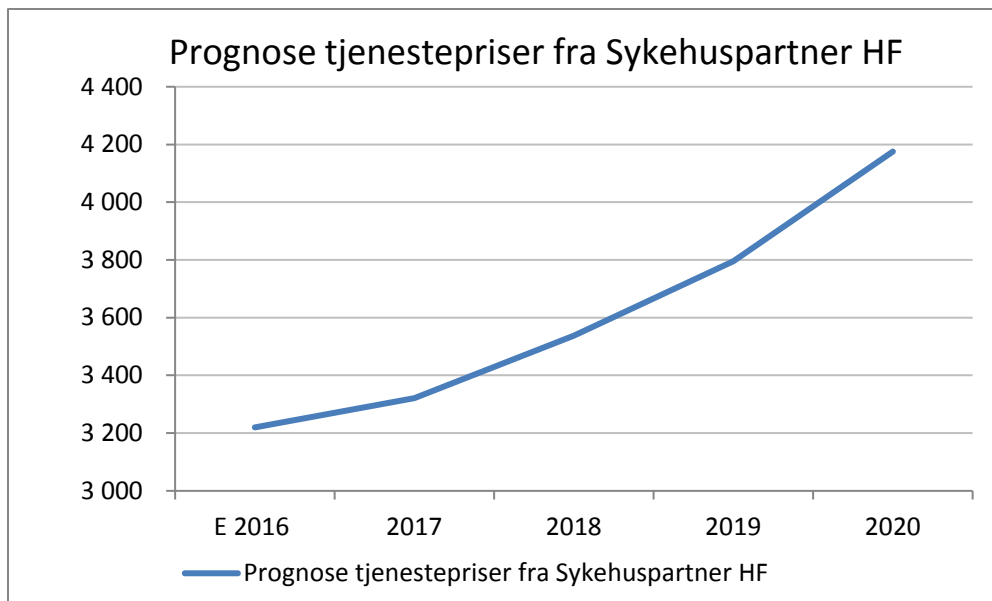


Fig. 1. Prognose tjenestepreiser fra Sykehuspartner HF

Tjenestepreisene er samlet sett planlagt å øke med i over 950 millioner kroner fra 2016 til 2020, i faste 2016- kroner, og utgjør en betydelig kostnadsfaktor for helseforetakene. Økte priser er et resultat av økte IKT- investeringer og tilhørende økte avskrivninger samt økte avtalekostnader.

2.6 Legemiddelkostnader

De regionale helseforetakene har budsjettansvar for legemidler som gis i sykehus, og som gis i henhold til H-reseptordningen (pasientadministrerte legemidler).

I henhold til SAMDATA¹ har legemiddelkostnadene i de regionale helseforetakene økt mer enn driftskostnadene for øvrig de siste årene. I Helse Sør-Øst økte legemiddelkostnadene reelt sett med 54 % fra 2007 til 2014. Kostnader knyttet til H-reseptordningen økte med 150 % i perioden, og legemidler i sykehus økte med 27 % i perioden.

Økte kostnader til legemidler er i noen grad generisk betinget, dvs. at etterspørselen øker som følge av demografiske faktorer og generell økt etterspørsel etter helsetjenester i befolkningen, samtidig kommer det nye og kostbare legemidler på markedet. Nye legemidler vil dels være erstatning for eksisterende legemidler, dels utvikles det nye legemidler som behandler sykdommer det i dag ikke tilbys behandling for. En slik utvikling forventes også de kommende årene.

I de siste års statsbudsjetter er det finansielle ansvaret for enkelte dyre legemidler overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Det er omtalt i styresak 018-2016 at dette vil kunne utgjøre en betydelig økonomisk utfordring i perioden, da den kompensasjonen som er innarbeidet i inntektsrammene til regionene ikke er tilstrekkelig til å finansiere den økte bruken av disse legemidlene. Den største kostnadsøkningen antas å komme fra nye kreftlegemidler og MS-legemidler. Fra statens side er det lagt til grunn at bruk av anbuds konkurranse vil kunne medføre lavere priser og dermed kunne dempe kostnadspresset noe, og dette har en sett eksempler på i 2016 når det gjelder hepatitt C- medikamenter.

¹ SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2014

Figuren under er utarbeidet på grunnlag av prognose fra Sykehusapotekene HF som viser prognose for foretaksgruppens samlede innkjøp for perioden 2016-2020. Prognosen gjelder i hovedsak legemidler:

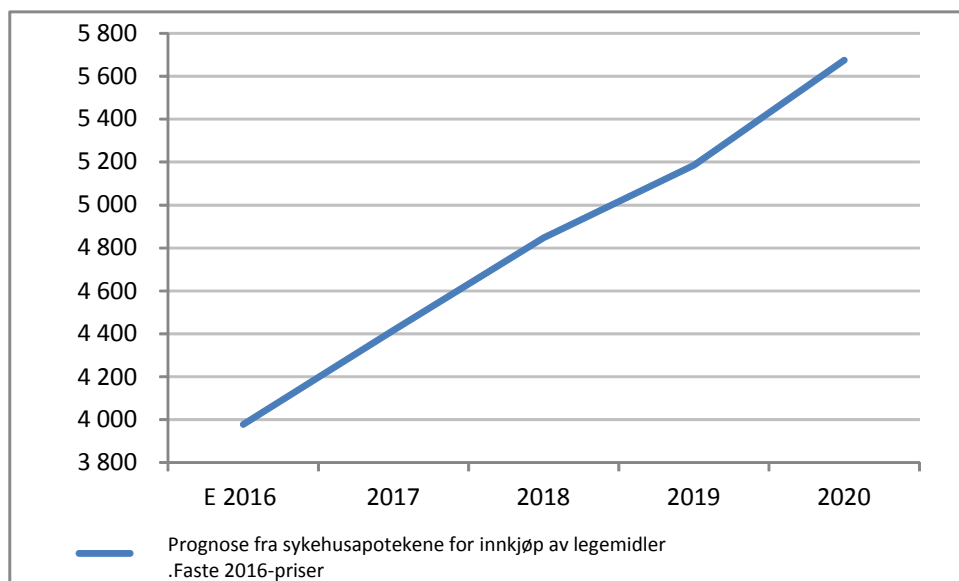


Fig. 2 Prognose fra sykehusapotekene for innkjøp av legemidler. Faste 2016-priser.

Det er utarbeidet prognose per helseforetak/sykehus. Denne prognosen er i noe ulik grad lagt til grunn i helseforetakenes økonomiske langtidsplaner, men de fleste har innarbeidet prognosen fullt ut. Alle helseforetakene trekker frem økte kostnader til legemidler som en vesentlig kostnadsdriver og en utfordring for å realisere ønsket resultatmål i kommende økonomiplanperiode.

Dette illustreres i tabell 9 under, som viser andelen legemiddelkostnader i forhold til totalkostnadene i foretaksgruppen:

	Est. 2016 pr april	Økonomisk langtidsplan				% økning 2016-2017	% økning 2016-2020
		2017	2018	2019	2020		
Sum driftskostnader	78 043 067	78 329 398	79 177 896	80 035 253	81 043 187	0,4 %	3,8 %
Legemidler	4 826 578	5 214 514	5 539 654	5 852 018	6 249 898	8,0 %	29,5 %
Andel kostnad legemidler	6,2 %	6,7 %	7,0 %	7,3 %	7,7 %		

Tabell 9. Andel legemidler i forhold til sum driftskostnader

Helseforetakene forventer en økning på omkring 30 % til legemidler i perioden 2016 til 2020, mens kostnadene samlet sett er forventet å øke med ca. 3,8 % i faste 2016- priser. Dette samsvarer også med SAMDATA- rapporten for 2014.

Som et innspill til statsbudsjettet for 2017, avga de fire regionale helseforetakene i desember 2015 en rapport til Helse – og omsorgsdepartementet om forventet kostnadsutvikling av enkelte legemidler som nå finansieres av de regionale helseforetakene. Denne rapporten konkluderer med følgende, tallene gjelder samlet for alle regionene:

“Samlet prognose for legemidler finansiert av RHF-ene estimeres å øke fra 5,9 milliarder kroner i 2015 til 7,8 milliarder kroner i 2016 og 10,3 milliarder kroner i 2019. Dette tilsvarer en 33 % økning i kostnadene i 2016 . Disse anslagene er middels estimerte verdier med tidvis stor usikkerhet, særlig når det gjelder prognosene for

legemidler til kreft- og MS-behandling. Kostnadene antas uansett å stige særlig kraftig på kreftbehandling, som antas å ville utgjøre den største kostnadsposten fra og med 2017 ”.

2.7 DRG - produktivitet

Tabell 10 under viser antatt produktivitetsvekst målt ved DRG- poeng produsert i helseforetakene i forhold til antall månedsverk. Tabellen viser estimat for 2016 og plantall for 2020, samt vekstprosentene:

DRG- produktivitet	Estimat 2016 pr. april	2020	Endring 2016-2017	Endring 2016-2020
Akershus universitetssykehus HF	1,63	1,75	1,2 %	7,8 %
Oslo universitetssykehus HF	1,28	1,45	5,7 %	13,3 %
Sunnaas Sykehus HF	0,92	0,92	-0,1 %	0,0 %
Sykehuset Innlandet HF	1,71	1,95	5,1 %	14,0 %
Sykehuset i Vestfold HF	1,77	1,95	3,7 %	10,1 %
Sykehuset Telemark HF	1,59	1,75	3,8 %	10,4 %
Sykehuset Østfold HF	1,53	1,78	6,4 %	16,4 %
Sørlandet sykehus HF	1,63	1,75	0,9 %	7,1%
Vestre Viken HF	1,80	2,05	6,8 %	13,6 %
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen	1,52	1,7	4,6 %	12,0%
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen korrigert for Sunnaas og Oslo univ.sykehus	1,67	1,87	4,1 %	11,6 %

Tabell 10. DRG- produktivitet

Som en følge av pasientsammensetningen har Sunnaas sykehus HF en ressursbruk per DRG-poeng som er høyere enn gjennomsnittet. Også Oslo universitetssykehus HF fremviser en lav produktivitet sammenholdt med øvrige helseforetak. Dette har sammenheng med at Oslo universitetssykehus HF er tillagt en rekke regionale og nasjonale funksjoner, som i gjennomsnitt er mer ressurskrevende enn øvrig pasientbehandling. Tabellen viser derfor også tall eksklusive disse to helseforetakene.

Sykehuset i Vestfold HF har tidligere hatt den høyeste DRG- produktiviteten i regionen. Tabell 10 viser at Vestre Viken HF i løpet av perioden legger opp til å bli det mest produktive helseforetaket, mens Sykehuset Østfold HF planlegger med den største forbedringen i forhold til 2016.

Som tabellen viser er det stor variasjon mellom helseforetakene både når det gjelder nivå og vekst i DRG-produktiviteten. Det ligger et betydelig gevinstpotensial i å bedre utnyttelse av kapasiteten både mellom helseforetakene og internt i det enkelte sykehus Dette forholdet er tidligere påpekt bl.a. av Riksrevisjonen og av rapportene fra produktivitetskommisjonen.²

2.8 Resultatutvikling

De resultatene helseforetakene har lagt til grunn i sine økonomiske langtidsplaner er forutsatt å reflektere det investeringsnivået som anses nødvendig for å vedlikeholde bygningsmassen og opprettholde eller, om nødvendig, å øke investeringer i medisinsk- teknisk utstyr. I tillegg til slike

² En offentlig kommisjon oppnevnt av Regjeringen for å fremme forslag som kan styrke produktivitet og vekstevne i norsk økonomi.

løpende investeringer skal resultatet også forutsetningsvis bidra til egenfinansiering av større investeringsprosjekter i eget helseforetak med regional finansiering.

Foretaksgruppens budsjetterte resultat for perioden fremstår som i tabell 11 under, tall i millioner 2016-kroner:

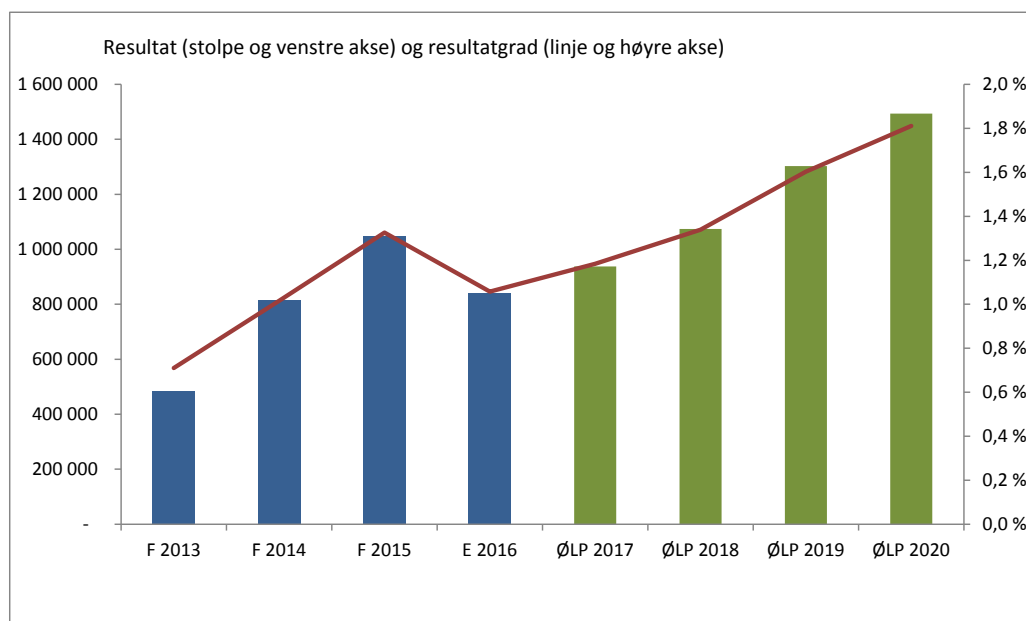
Resultat, millioner kroner	2015	Estimat 2016 pr. april	Økonomiplan			
			2017	2018	2019	2020
Akershus universitetssykehus HF	-97	144	144	144	170	200
Oslo universitetssykehus HF	111	225	250	300	350	400
Sunnaas Sykehus HF	17	22	14	14	15	13
Sykehusapotekene HF	39	32	38	31	28	29
Sykehuspartner HF	42	15	0	0	0	0
Sykehuset i Vestfold HF	74	50	100	120	105	100
Sykehuset Innlandet HF	-22	50	80	100	120	150
Sykehuset Telemark HF	12	15	30	50	80	100
Sykehuset Østfold HF	-305	-252	-264	-205	-145	-108
Sørlandet sykehus HF	110	90	80	90	100	110
Vestre Viken HF	227	150	265	230	280	300
Helse Sør-Øst RHF	839	300	200	200	200	200
Helse Sør-Øst, foretaksgruppen	1 047	841	937	1 074	1 303	1 494

Tabell 11. Resultatutvikling. Tall i mill. 2016- kroner

Resultatgrad benyttes som mål på kostnadseffektivitet og lønnsomhet, og er forholdet mellom økonomisk resultat og sum driftsinntekter. For helseforetakene i Helse Sør-Øst med pasientbehandling ligger resultatgraden i 2016 på om lag 0,7% samlet sett.

I henhold til styresak 018-2016, vil en resultatgrad opp mot 2,5 % i slutten av planperioden 2017-2020 styrke foretaksgruppens økonomiske handlingsrom. Dette nivået ble lagt til grunn som planforutsetning for denne økonomiske langtidsplanen.

Figur 3 under viser utviklingen i resultatgrad i henhold til helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan:



Figur 3. Resultatgrad

Figur 3 viser alle helseforetakene, hvor innspillene samlet innebærer en resultatgrad på 1,8 % i 2020.

Sykehuset Østfold HF vil ha økonomiske utfordringer hele økonomiplanperioden. Holdes dette helseforetaket utenfor beregningen, fremviser helseforetakene med pasientbehandling en resultatgrad på 2,1 % i 2020. Sykehuset Østfold HF planlegger med negativt resultat gjennom hele perioden, jf. egen omtale nedenfor.

Som figuren viser, vil ikke foretaksgruppen samlet sett fremvise den ønskede resultatgraden i løpet av planperioden. Vestre Viken HF fremviser imidlertid en resultatgrad i 2020 på 3,3 %, som er over gjennomsnittet. Også Sykehuset Telemark HF planlegger med en resultatgrad over 2,5 % i 2020.

Spesielt om Sykehuset Østfold HF

Kostnadsbildet ved Sykehuset Østfold HF er de første årene av økonomiplanperioden preget av høye rente- og avskrivningskostnader. Tilbakebetaling av lån og driftsmessige underskudd medfører en negativ likviditetsutvikling som igjen medfører økte rentekostnader i perioden.

Helseforetaket budsjetterer derfor med negative resultater hele planperioden. Underskuddet reduseres fra om lag 250 millioner kroner i 2016 til om lag 108 millioner kroner i 2020, bl.a. som følge av den planlagte veksten i DRG- produktiviteten, jf. tabell 10over.

Basert på bærekraftanalyser knyttet til nytt bygg på Kalnes og ombygging av Moss vil det være behov for en driftseffektivisering på ca. 360 millioner kroner for å ha en bærekraftig økonomisk utvikling i helseforetaket. I sak 26-16 for styret i Sykehuset Østfold HF, anføres det at for å oppnå økonomisk bærekraft må kostnadsnivået reduseres samtidig med at aktivitetsbaserte inntekter økes. Helseforetakets økonomiske langtidsplan har økonomisk bærekraft i et langsiktig perspektiv (2017-2036). Det vil måtte arbeides videre for å sikre bærekraft så raskt som mulig.

2.9 Kapasitetsutfordringer i Oslo og Akershus sykehusområder

I styresakene 094-2013, 042-2014 og 090-2014 er det lagt til grunn at befolkningsveksten de nærmeste årene i Oslo og Akershus sykehusområder møtes ved:

- Optimalisering av drift ved sykehusene
- En bedre utnyttelse av potensialene for utvidelser og utvidet bruk av Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Arbeid med endringer i oppgavedeling i Oslo-området

Administrerende direktør legger nå fram en egen styresak om kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus sykehusområder, jf. sak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*.

Hovedkonklusjonene fra denne saken innebærer følgende:

- Opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF begrenses til omtrent 500 000.
- Deler av opptaksområdet til Akershus universitetssykehus HF tilbakeføres til Oslo sykehusområde. Konkret dreier dette seg på kort sikt om bydel Alna og tidsperspektivet er slutten av økonomiplanperioden. Fra det tidspunkt denne overføringen finner sted, avvikles den midlertidige avlastningsavtalen mellom Akershus universitetssykehus HF og Diakonhjemmet Sykehus.
- Sett i sammenheng med overføring av spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen fra Vestby kommune til Østfold sykehusområde, vil dette gi den avlastning Akershus

universitetssykehus HF har behov for fram til ca. år 2025 for ytterligere endringer i opptaksområdene vil måtte vurderes. Det arbeides videre med oppgavedelingen mellom sykehusene i Oslo sykehusområde.

Med hensyn til fremtidig mål bilde for sykehusstruktur og opptaksområder i Oslo sykehusområde, vises det til egen sak om Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, jr sak 053-2016.

2.10 Vestby kommune: Overføring av ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet fra Akershus sykehusområde til Østfold sykehusområde

I sak 090-2014 fattet styret følgende vedtak: *“Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune overføres til Sykehuset Østfold HF. Det legges til grunn at overføring skjer fra 1. januar 2017, men endelig vurdering gjøres på grunnlag av driftserfaringene i Sykehuset Østfold i 2015-16”*. Det vises også til omtale i styresak 018-2016.

En forutsetning for denne overføringen var at Sykehuset Østfold HF viste god driftsmessig utvikling i forhold til etablerte rammer og øvrige forutsetninger etter flytting av virksomhet til nytt bygg på Kalnes. Endelig vurdering av gjennomføringstidspunktet ble varslet å skulle skje i forbindelse med økonomisk langtidsplan 2017-2020.

Helse Sør-Øst RHF har nedsatt en arbeidsgruppe for å gjennomgå de driftsmessige forutsetningene ved Sykehuset Østfold HF for overtakelse av spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Vestby kommune som forutsatt pr. 1. januar 2017. Representanter fra Sykehuset Østfold HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestby kommune har deltatt i arbeidsgruppen.

Administrerende direktørs vurdering på grunnlag av arbeidsgruppens rapport, er at overføring av spesialisthelsetjenesteansvaret for Vestby kommune fra 1. januar 2017 ikke kan anbefales. Det tilrås en ny vurdering rundt årsskiftet 2016/17 når driftsmessig utvikling for høsten 2016 også foreligger.

Det vises også til omtale i sak 052-2016 *Kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområder*.

2.11 Det regionale helseforetaket

Oppbygging av sentral buffer

I inntektsforutsetningene for økonomisk langtidsplan er det lagt til grunn en årlig vekst i bevilgningen til økt aktivitet på 450 millioner kroner, hvorav 300 millioner kroner er fordelt til helseforetak og sykehus og 150 millioner kroner til det regionale helseforetaket.

Midlene til Helse Sør-Øst RHF skal blant annet bidra til å styrke en regional likviditets- og resultatbuffer for å sikre midler til regionalt prioriterte investeringer.

For 2017 er det som en planforutsetning avsatt 300 millioner kroner i regional buffer, økende til 600 millioner kroner ved utgangen av økonomiplanperioden. I tillegg legges det til grunn årlige budsjetterte overskudd på 200 millioner kroner i det regionale helseforetaket.

Den faktiske størrelsen på den regionale bufferen vil fastsettes hvert år i budsjettprosessen, basert på forutsetningene i statsbudsjettene.

Kjøp av helsetjenester fra private aktører

Som omtalt i styresak 018-2016 forventes det ikke behov for økt kjøp fra private leverandører samlet sett i perioden ut over dagens nivå. Eventuelle justeringer mellom tjenesteområdene kan gjøres innen dagens totalramme for kjøp fra private, på om lag 4,7 milliarder 2016-kroner.

Omfanget av “*Fritt behandlingsvalg*” utover i perioden er fortsatt usikkert. Midler til finansiering av denne ordningen er innarbeidet i helseforetakenes inntektsrammer som sum av bevilgning for 2015 og 2016, jf. styresak 018-2016. Dersom det gis økte bevilgninger til dette formålet over statsbudsjettet, vil Helse Sør-Øst RHF vurdere behovet for å styrke helseforetakene og sykehusene med disse midlene.

Nasjonale felles eide selskaper

Det ble redegjort for styringen av de regionale helseforetakenes felles eide selskaper i styresak 74-2015 *Styring av de regionale helseforetakenes felles eide selskaper*. Virksomheten i selskapene forutsettes å skje innenfor rammene av det enkelte RHF's strategier, planer og budsjettforutsetninger.

Eventuelle endringer i selskapenes oppgaver og rammer må besluttes av styrene i de regionale helseforetakene. Dette bør i størst mulig grad skje i forbindelse med RHF'enes økonomiske langtidsplaner

Det vises også til statusomtalen av alle selskapene i tertialrapporten for 1. tertial 2016, jf. vedlegg til sak 050-2016.

I oppdragsdokumentene til selskapene presiseres kravet til kostnadseffektive tjenester og at driften skal underlegges krav til god økonomistyring og prioritering av ressursbruk. Selskapene har utarbeidet innspill til økonomisk langtidsplan for perioden 2017-2020 som grunnlag for de regionale helseforetakenes arbeid med økonomisk langtidsplan og budsjett. Innspillene behandles av interregionalt økonomidirektørmøte i juni, som foreslår overfor de fire regionale administrerende direktørene hvordan innspillene tas videre og hvilken tilbakemelding som gis de enkelte selskapene. Det årlige budsjettet for de felleseide selskapene besluttes på høsten i tilknytning til RHF'enes budsjettprosesser.

Under følger et kort sammendrag av innspillene til økonomisk langtidsplan fra de felles eide selskapene:

- *Luftambulansetjenesten ANS (LAT ANS)*

Det legges opp til å inngå nye helikopterkontrakter i 2018 og nye flykontrakter i 2019. Dette vil bidra til økt ressursbehov i selskapet. LAT ANS spiller inn behov for økt finansiering i form av tilskudd fra de regionale helseforetakene stipulert til om lag 210 millioner kroner fra 2016 til 2020, dvs. en økning på 25% .

- *Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS)*

Det vises til styresak 036-2016 om ny organisering av pasientreiser uten rekvisisjon, knyttet til prosjektet “*Mine pasientreiser*”, hvor lov- og forskriftsendringer vil innebære forenklede rutiner for håndtering av reiseregninger. Dette prosjektet skal bidra til en betydelig forenkling for pasientene gjennom elektronisk søkeprosess og en effektivisering for helseforetakene gjennom digitale og automatiserte prosesser. Hoveddelen av økonomiske gevinster fra effektivisering av prosesser vil realiseres ved helseforetakene. Som følge av implementering av løsningen vil det påløpe pukkelkostnader i 2016 og 2017 i Pasientreiser ANS. Det forventes en kostnadsreduksjon de kommende årene som følge av mindre omfang av tranaksjonstunge tjenester.

- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF)

HDO HF skal bidra til å realisere helsetjenestes samlede målsetninger for den nasjonale medisinske nødmeldetjenesten, herunder nødvendig og lovpålagt samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner innen nødmeldetjenesten. HDO HF foreslår økt nasjonal aktivitet vedrørende innføring og drift av systemer tilknyttet selskapets ansvarsområde.

- Nasjonal IKT HF (NIKT HF)

Innspillet fra NIKT HF til økonomisk langtidsplan innebærer et forslag om en årlig rammeøkning på 20 % for å gjennomføre flere nasjonale IKT-prosjekter. Dette forslaget er p.t. ikke behandlet i foretakets styre, og det forventes en justering av ambisjonsnivået til beløpsmessig å ligge på 2016-nivå.

- Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF sitt formål er å være en internleverandør for de regionale helseforetakene og landets helseforetak, og foretaket skal utføre tjenester knyttet til utvikling, planlegging og gjennomføring av byggeprosjekter, samt tjenester innen eiendomsområdet som det er gevinster ved å utføre felles for sektoren.

Sykehusbygg HF finansieres ved at oppdragsgiverne, dvs helseforetakene, faktureres. Denne aktiviteten er selvfinansierende inkludert et bidrag til dekning av kostnader til ledelse og administrasjon. Fellesoppgavene finansieres med tilskudd fra de regionale helseforetakene. I innspillet til økonomisk langtidsplan legger Sykehusbygg HF opp til en betydelig utvidelse av bemanningen, med en økning fra 59 årsverk i 2016 til 159 årsverk i 2020.

Den vesentligste økningen begrunnes i fellesoppgaver og administrasjon av den prosjekterrelaterte virksomheten, som belastes prosjektene direkte. Økning av felleskostnader som finansieres av de regionale helseforetakene forutsettes å øke moderat.

- Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS)/ Sykehusinnkjøp HF

Virksomheten ved HINAS vil i 2016 virksomhetsoverdras til det nye foretaket Sykehusinnkjøp HF. Da Sykehusinnkjøp HF nylig er stiftet, er selskapet ikke pålagt å levere innspill til økonomisk langtidsplan. Det heter i foretaksprotokollen av 25.01.2016 følgende om helseforetaket: *Sykehusinnkjøp HF skal på bakgrunn av egen tjenestekatalog, utarbeide forslag til en finansieringsmodell basert på tjenestepriking. Forslag til finansieringsmodell skal oversendes eierne innen 01.10.16. Hovedfinansieringen av Sykehusinnkjøp HF vil skje i tråd med den finansieringsmodellen som eierne beslutter.*

Følgende driftstilskudd til de felles eide selskapene fra Helse Sør-Øst RHF er foreløpig innarbeidet i økonomisk langtidsplan:

	Budsjett 2016	Økonomisk langtidsplan				Endring 2016-17	Endring 2016-20
		2 017	2 018	2 019	2 020		
Nasjonal IKT HF	51 350	60 589	70 557	83 019	97 372	18,0 %	89,6 %
Luftambulansetjenesten ANS	196 200	197 286	214 421	231 479	244 024	0,6 %	24,4 %
Pasientreiser ANS	68 500	79 800	73 800	71 640	71 480	16,5 %	4,4 %
HDO HF	47 300	48 400	46 000	36 300	37 500	2,3 %	-20,7 %
HINAS/ Sykehusinnkjøp HF	61 000	61 000	61 000	61 000	61 000	0,0 %	0,0 %
Sykehusbygg HF	23 100	30 678	33 986	36 061	37 682	32,8 %	63,1 %
I alt	447 450	477 753	499 764	519 499	549 058	6,8 %	22,7 %

Tabell 12. Tilskudd til felles eide selskaper. 1000 2016-kroner og prosent

Tilskuddene til disse selskapene bevilges i de årlige budsjettprosessene og det vil være oppfølging av alle de felles eide selskapene med formål å redusere kostnadsveksten.

Norsk pasientskadeerstatning, NPE

Premieinnbetaling til Norsk pasientskadeerstatning er, i henhold til prognose fra NPE, forventet å øke med om lag 10% hvert år i perioden, dvs. fra omlag 685 millioner kroner i 2016 til om lag 860 millioner kroner i 2020.

Administrasjonen

Det legges ikke opp til kostnadsøkning i økonomiplanperioden. Bemanningen forutsettes holdt uforandret på 2016- nivå.

2.12 Investeringer og økonomisk bæreevne

Investeringer med regionale prioritering omfatter større byggeprosjekter over 100 millioner kroner og regional IKT-satsning, jf. styresak 093-2009. Det betyr at det enkelte helseforetak selv forutsettes å foreta nødvendige lokale investeringer knyttet til vedlikehold, teknisk og funksjonell oppgradering av bygningsmassen og medisinsk- teknisk utstyr (MTU) mv. innenfor gitt basislikviditet og de muligheter som en positiv resultatutvikling gir.

Større utbyggingsprosjekter kan delfinansieres ved lån fra Helse Sør-Øst RHF, eller ved lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det kan søkes om lån fra departementet på byggeprosjekter over 500 millioner kroner. Maksimal låneramme for byggeprosjekter er da 70 % av forventet projektkostnad. I utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan 2017-2020 er det forutsatt at alle byggeprosjekter over 500 millioner kroner som er inkludert i planen, vil få lån fra Helse- og omsorgsdepartementet tilsvarende 70 % av prosjektets forventede totalramme. Lån bevilges i de årlige statsbudsjettene.

De nevnte forholdene definerer et økonomisk handlingsrom for investeringer. Innenfor dette handlingsrommet må foretaksgruppen tilpasse gjennomføring av planlagte investeringer. Foretaksgruppen Helse Sør-Øst har årlig om lag 3,5 milliarder kroner tilgjengelig i fri likviditet ved et resultat i balanse. Gruppen har en intern lånemodell som innebærer at Helse Sør-Øst RHF holder tilbake en andel av helseforetakenes frie likviditet, og dette disponeres til finansiering av felles prioriterte prosjekter og avdrag på lån til Helse- og omsorgsdepartementet.

Fra 2015 har Helse -og omsorgsdepartementet åpnet for at finansiell leasing kan benyttes som finansieringsform. Flere helseforetak har signalisert at det kan være en aktuell finansieringsform, bla. innen MTU, IKT og i forbindelse med utskifting av ambulanser. Alle avtaler om finansiell leasing skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF, og avtaler med verdi over 100 millioner kroner skal godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet.

2.13 Kriterier for prioritering av store investeringsprosjekter

Det økonomiske handlingsrommet setter rammene for hvor mange investeringsprosjekter som kan gjennomføres og når. Regionens kriterier for prioritering av investeringsprosjekter, herunder store byggeprosjekter, fremgår av styresak 048-2007. Kriteriene omfatter:

- Generelle overordnede kriterier
- Medisinsk og helsefaglige kriterier, herunder kapasitet og ivaretagelse av sørge for-ansvaret
- Bygningsmessige kriterier
- Økonomiske kriterier, herunder prosjektets og helseforetakets bæreevne

I sammenheng med vurdering av ivaretagelse av “sørge for”- ansvaret, er det i en tidlig fase i planleggingsarbeidet nødvendig å gjøre grundige vurderinger av fremtidig kompetansebehov og bemanningsutvikling. Sammen med kartlegging og konsekvensvurdering av IKT-området, danner dette også viktige forutsetninger for vurdering av prosjektets bæreevne.

Kriterier gjøres gjeldende ved beslutning om igangsetting av et prosjekt, ved prioritering mellom prosjekter og ved prioritering mellom investeringsområdene. Videre anvendes kriteriene som grunnlag for styrets godkjenning ved overgang til neste prosjektfase.

Vurderingen av om en investering tilfredsstillende kriterier og krav er uavhengig av hvordan investeringen kan finansieres.

2.14 Felles prioriterte investeringsprosjekter for økonomisk langtidsplan 2017-2020

Prioriteringer for økonomisk langtidsplan 2017-2020:

I økonomisk langtidsplan 2017-2020 foreslår administrerende direktør å videreføre igangsatte prosjekter og prosjekter som er prioritert som regional satsing, jfr. styresak 044-2015:

- Oslo universitetssykehus HF: Ferdigstilling av samlokalisering fase 1
- Oslo universitetssykehus HF: Ombygging og lukking av myndighetspålegg i perioden 2019-2019, jfr. styresak 045-2015
- Sykehuset i Vestfold HF: Tønsbergprosjektet, jfr. styresak 044-2014 (forprosjekt pågår)
- Vestre Viken HF: Nytt sykehus i Drammen, jfr. styresak 054-2016 (behandle konseptrapport)
- Sørlandet Sykehus HF: Nytt psykiatribygg, jfr. styresak 055-2016 (behandle konseptrapport)
- Digital Fornying: Videreføring av regional satsing, hvor omfang vurderes på bakgrunn av gjennomføringsstrategi og tilgjengelig likviditet.

I henhold til styrets vedtak i sak 030-2016 Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst – etablering av nye stråleterapienheter i sykehusområder som ikke har egen strålestrålebehandlingstilbud i dag, legges det opp til å etablere nye stråleenheter i sykehusområdene Telemark-Vestfold, Akershus, Vestre Viken og Østfold fram mot 2030. Det er forutsatt at investeringene finansieres lokalt, men det vil være naturlig å vurdere tilknytning til større byggeprosjekter der hvor dette planlegges. Økonomisk langtidsplan tar høyde for gjennomføring av nødvendige investeringer i stråleterapi.

I økonomisk langtidsplan 2017-2020 er det videre tatt høyde for regional prioritering av investeringer ved Oslo universitetssykehus HF. Det vises her til styreak 053-2016 *Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF* hvor styret tilrås å føre planleggingen av ny regional sikkerhetsavdeling (RSA) og nybygg på Radiumhospitalet til konseptfase. En naturlig fremdrift av disse prosjektene vil kunne medføre beslutning om oppstart av gjennomføring i inneværende økonomiplanperiode. I samme sak foreslås det videre trinnvis utvikling av Gaustad og Aker Det skal i det videre arbeidet foretas avgrensninger og konkretisering inkludert dimensjonering av virksomhetsinnholdet i et første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad.

Økonomisk langtidsplan tar også høyde for en mulig investering i nytt protonterapisenter. Det ble gjennom foretaksmøter i de regionale helseforetakene 10. desember 2015 igangsatt en felles nasjonal konseptfase for etablering av protonterapibehandling i Norge. Denne konseptfasen er i ferd med å avsluttes, og vil bli lagt fram for styrebehandling i de regionale helseforetakene før den oversendes Helse- og omsorgsdepartementet for videre behandling. I henhold til Prop 1S (2015-2016) vil endelig konseptvalg for utbygging og innfasing av protonbehandling i Norge kunne besluttes i statsbudsjettet for 2017, og regjeringen vil foreslå et eget statlig investeringstilskudd til formålet. Finansieringen av protonterapisenteret ved Oslo universitetssykehus HF er imidlertid ikke endelig avklart, og finansieringsordningen kan få innvirkning på øvrige prioriterte prosjekter mht tidspunkt for gjennomføring.

Ved Sykehuset Telemark HF pågår arbeid med utviklingsplan. Det er foreløpig lagt som forutsetning å være økonomisk handlingsrom for et byggeprosjekt i Skien ved utgangen av denne økonomiplanperioden.

De enkelte investeringsbeslutninger fremmes styret for behandling i henhold til etablert fullmaktsstruktur, herunder også beslutninger om overgang til neste fase i planarbeidet.

Det vises til avsnitt 2.20 for omtale av de enkelte byggeprosjektene.

Handlingsrom for nye prosjekter etter utløpet av økonomisk langtidsplan 2017-2020:

Det vil kunne være et økonomisk handlingsrom for nye prosjekter etter utløpet av økonomiplanperioden 2017-2020. Gjennomføring av tidligere nevnte investeringer i stråleterapi vil bli videreført.

Det vises til sak 020-2013 i styret i Helse Sør-Øst RHF om oppstart idéfase for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, og da spesielt vedtakspunkt 2 som blant annet lyder: “*Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil kreve en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helhetlig ramme og retning.*” Det vises til sak 053-2016 *Videreføring av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF* for en nærmere omtale av utviklingsplanene ved helseforetaket. En etappevis utbygging ved Oslo universitetssykehus HF medfører at andre regionalt prioriterte prosjekter vil kunne gjennomføres i parallell. Investeringsprogrammet for Oslo universitetssykehus HF vil måtte tilpasses det finansielle handlingsrommet i regionen, og kapasitetsutviklingen i Oslo og Akershus sykehusområder.

I økonomisk langtidsplan er det tatt høyde for en mulig samtidig oppstart på Gaustad og Aker, og at utbyggingen vil skje trinnvis.

Styret i Helse Sør-Øst RHF har, med utgangspunkt i Sykehuset Innlandet HFs utviklingsplan, godkjent oppstart av samlet idéfase for investeringer i foretaket, jf sak 066-2014. Styret i Helse Sør-Øst RHF la i sak 066-2014 til grunn at eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022.

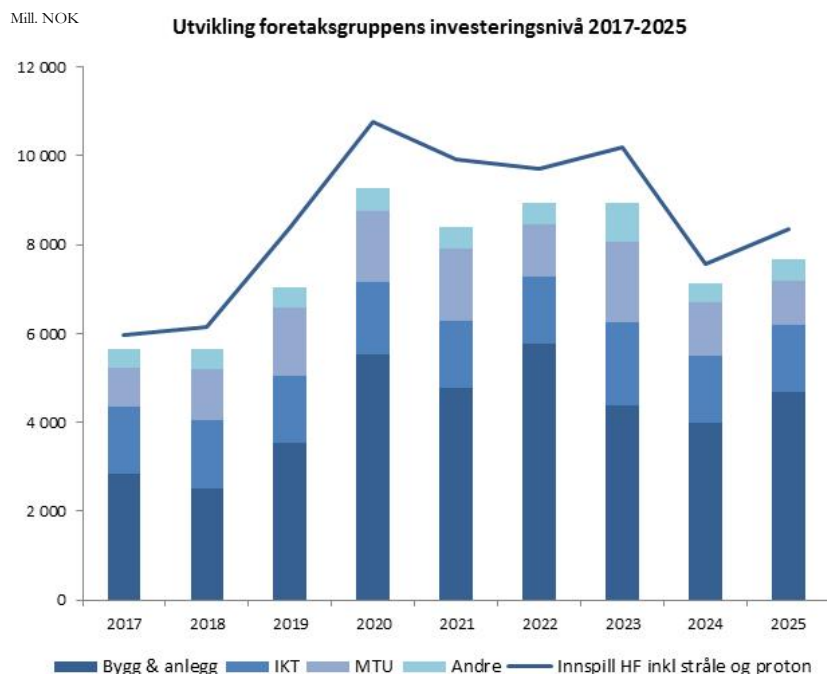
Spesielt om IKT i store byggeprosjekter

IKT- behov knyttet til de byggeprosjektene som søkes lånefinansiert må inngå i grunnlaget for lånesøknadene til Helse-og omsorgsdepartementet.

Det må som del av konseptfasen gjøres en samlet vurdering innenfor IKT- og teknologiområdet, hvor også de økonomiske effekter av det regionale IKT-moderniseringsprogrammet inkluderes i vurderingene av investeringsprosjektene. Den samlede vurderingen må belyse hvordan gjennomføring av hvert enkelt byggeprosjekt eventuelt utløser teknologikostnader innenfor både prosjektets egne kostnadsrammer og for regionens IKT-satsning for øvrig. Videre må eventuelle mottaksprosjekter identifiseres, kostnader anslås og innarbeides i det berørte helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan.

2.15 Investeringsnivå i økonomisk langtidsplan

Figur 4 under viser samlet investeringsnivå som foreslås prioritert og innarbeidet i økonomisk langtidsplan fordelt på bygg og anlegg, IKT, medisinsk teknisk utstyr og andre investeringer. Videre fremgår helseforetakenes totale innspill til investeringsnivå, i tillegg til investeringer i stråleterapi- og protonterapisenter.



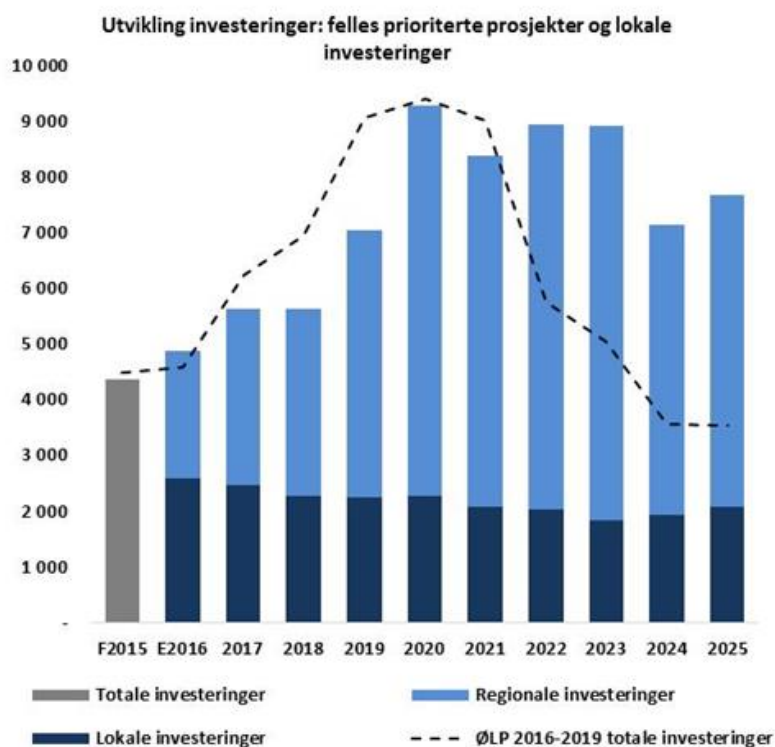
Figur 4. Utvikling i investeringsnivå for foretaksgruppen fordelt på investeringskategori

Det legges opp til en betydelig vekst i investeringsnivået fra 2018 til 2020. Veksten er i hovedsak knyttet til en økning i investeringer i bygg og anlegg, og skyldes at det er innarbeidet flere store regionalt prioriterte byggeprosjekter som har oppstart i perioden 2017-2020. Det har vært nødvendig å tilpasse investeringsnivået sammenlignet med innspillene fra helseforetakene for å sikre økonomisk bæreevne og handlingsrom for foretaksgruppen.

Endelig kostnadsomfang knyttet til prioriterte store byggeprosjekter vil ikke være avklart før godkjent oppstart av forprosjekt. Det estimerte investeringsnivået og fordelingen på år, spesielt etter 2020, er derfor forbundet med vesentlig usikkerhet. Det er godkjent konseptfase med ekstern kvalitetssikring som ligger til grunn for en eventuell lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet.

Figur 5 under viser utviklingen i de felles prioriterte prosjektene sammen med investeringene som gjennomføres i regi av helseforetakene (lokale investeringer). Det fremgår av figuren at veksten i investeringsnivået er knyttet til de felles prioriterte prosjektene.

Mill. NOK



Figur 5. Utvikling i felles prioriterte prosjekter og lokale investeringer, samt totalt investeringsnivå fra økonomisk langtidsplan 2016-2019.

Figur 5 viser videre at investeringsnivået i økonomisk langtidsplan 2017-2020 er lavere enn det som ble lagt til grunn i økonomisk langtidsplan 2016-2019 frem til 2020. Deretter overstiger investeringsnivået i økonomisk langtidsplan 2017-2020 fjorårets økonomiske langtidsplan.

I tidligere økonomiske langtidsplaner har få helseforetak lagt opp til å benytte egne positive resultater til finansiering av større investeringsprosjekter i eget foretak. Det ble derfor presisert i styresak 018-2016 at helseforetakene skal bidra med egenfinansiering, herunder likviditet fra egne positive resultater ved finansiering av regionalt prioriterte prosjekter i eget helseforetak.

Helseforetakenes innspill viser at dette kravet ikke er fulgt opp av helseforetakene i særlig grad. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp dette kravet i forbindelse med de enkelte investeringsbeslutningene.

2.16 Digital Fornyning

Regionens oppdaterte IKT- strategi ble vedtatt av styret i desember 2015, jf. styresak 086-2015. Hovedretningen for strategien ligger i å regionalisere et utvalg kliniske og virksomhetsrettede løsninger sammen med å bygge en robust IKT-infrastruktur som løsningene kan driftes på. De strategiske programmene under Digital fornying utgjør hovedsatsningen på fornying og modernisering av IKT-porteføljen i Helse Sør-Øst. Når denne grunnmuren er klar, vil det åpne for en videre forbedring av de regionale løsningene og en eventuell nasjonalisering. Det vil også i mye større grad være mulig å innføre nye og moderne løsninger når dette er klart.

Gjennomføring av Digital fornying og etablering av regionale løsninger medfører behov for en felles forvaltning av disse løsningene. Økonomisk langtidsplan for 2017-2020 hensyntar også dette forholdet.

I økonomisk langtidsplan 2016-2019 (styresak 044-2015) ble det lagt til grunn en investeringslikviditet på teknologiområdet på 1150 millioner kroner hvert år i planperioden. Det er som en forutsetning lagt til grunn at dette investeringsnivået skal videreføres i denne planperioden og at gjennomføringsplan og ambisjonsnivå tilpasses dette nivået. Investeringer knyttet til forvaltning av regionale løsninger er lagt som tillegg med 50 millioner kroner i året. Det forventes at forvaltningsinvesteringene vil øke, mens investeringer i nyutvikling vil reduseres i årene etter planperioden.

Modernisering og standardisering av den grunnleggende IKT-infrastrukturen i Helse Sør-Øst er en forutsetning for å gjennomføre Digital fornying i tråd med gjeldende strategier og dermed en forutsetning for bedre pasientsikkerhet og kvalitet. En modernisert IKT-infrastruktur er også nødvendig for å lykkes med å etablere Sykehuspartner HF som en sterk og effektiv tjenesteleverandør som understøtter helseforetakenes behov, levere kostnadseffektive tjenester og bidrar til økonomisk bærekraftig utvikling av IKT-området.

Styret er i flere saker, senest i styresak 043-2016, orientert om arbeidet med å utrede en alternativ tilnærming til eierskap og drift av grunnleggende IKT-infrastruktur som kan bidra til en forsert gjennomføring av moderniseringen av IKT-infrastrukturen og som kan sikre bedret økonomisk bærekraft over tid, det såkalte eksternt partnerskap-prosjektet. Det er i utarbeidelsen av økonomisk langtidsplan videreført dagens driftsmodell og gjennomføringsplaner, og dermed ikke forutsatt eksternt partnerskap. Dog er det gjort foreløpige analyser av konsekvensen av et eksternt partnerskap for økonomisk langtidsplan, for å sikre at premisser og rammebetingelser ivaretar muligheten til å gå videre med begge alternativer. Et eksternt partnerskap med tjenestekjøp vil medføre en annen profil i årene framover for bruk av likviditet og resultateffekt, enn dagens egne investeringer og drift av området. Dersom eksternt partnerskap besluttes, vil det forventes at de første årene innebærer en likviditets- og resultatmessig merbelastning på grunn av at tjenesten inkluderer en vesentlig og rask modernisering av IKT-infrastrukturen, men at det oppnås en netto gevinst i løpet av kontraktsperioden.

Nødvendige pågående og planlagte prosjekter innenfor Digital fornying viser et investeringsnivå på omtrent 800 millioner kroner årlig frem mot 2025. I dette ligger en oppbygging av driftsinvesteringer mot 2020 for å ha bærekraftig vedlikehold av modernisert infrastruktur, samt for å ivareta noe levetidforlengelser i påvente av en ferdig modernisert IKT-infrastruktur. Dette innebærer en økning av driftsinvesteringer fra 150 millioner kroner i 2016 til i overkant av 300 millioner kroner i 2017 og videre til et stabilt nivå på 550 millioner kroner fra 2020. For øvrig ligger det inne en ferdigstillelse av infrastrukturmoderniseringsprogrammet i 2025 og gjennomføringen av teknologiskifte innen telekommunikasjon.

I tillegg til investeringene i Digital fornying investerer helseforetakene årlig mellom 100 og 150 millioner kroner i lokale IKT-tiltak. Disse investeringene er en blanding av lokale forbedringer og investeringer i tilknytning til de regionale programmene. I planperioden forutsettes det en ytterligere styrket regional koordinering av lokale tiltak.

Utfallet av valgt innretning for Meld.St. 9 “*én innbygger - én journal*” vil kunne påvirke regional prioritering innenfor porteføljen, og da særlig mot slutten av perioden. I tillegg antas det at andelen nasjonale prosjekter vil kunne bli større i denne perioden, og at dette dermed vil belaste en større andel av Helse Sør-Østs portefølje i tiden fremover.

2.17 Medisinsk teknisk-utstyr - MTU

Helseforetakenes tilstand på utstyrsparken varierer, og prioritering av investering i MTU varierer dermed også som en følge av dette. Gjennomsnittlig alder på alt medisinteknisk utstyr oppgis av helseforetakene å være 9,2 år ved årsskiftet 2015/2016 for regionen sett under ett, jamfør tabell 15 under

Snittalder medisinsk teknisk utstyr	2015	2016
Akershus universitetssykehus HF	6,0	7,1
Oslo universitetssykehus HF	11,0	11,1
Sørlandet sykehus HF	8,6	8,4
Sykehuset i Vestfold HF	8,9	9,2
Sykehuset Telemark HF	7,8	8,7
Sunnaas sykehus HF	5,4	6,4
Sykehuset Innlandet HF	10,3	9,8
Sykehuset Østfold HF	7,9	2,0
Vestre Viken HF	8,6	8,0
Vektet gjennomsnitt HSØ	9,5 år	9,2 år

Tabell 13. Aldersfordeling MTU

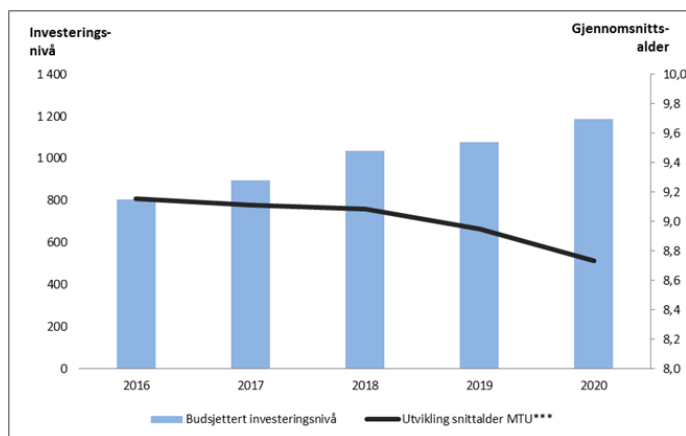
Gjennomsnittsalderen mellom foretak varierer fra om lag to år til 11 år. Dersom beregningen gjøres som et verdivektet gjennomsnitt hvor dyrt utstyr teller mest, er gjennomsnittet under 8 år.

Investeringer i medisinsk teknisk utstyr har i perioden fra 2002 økt fra rundt 500 millioner kroner til et årlig nivå ved slutten av økonomiplanperioden på over 1 milliard kroner. I perioder med store byggeprosjekter øker også investeringsnivået i medisinsk teknisk utstyr, og helseforetakene som har nyest utstyrspark er hovedsakelig de foretak med nylig ferdigstilte sykehusbygg.

Innspillene til økonomisk langtidsplan viser at foretakene planlegger med et investeringsnivå på om lag 4.200 millioner kroner samlet i perioden 2017-2020 innen medisinsk teknisk utstyr. Dette er en økning på om lag 200 millioner kroner årlig sammenlignet med foregående økonomisk

langtidsplan. Det er Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF som planlegger med økte investeringer.

Helseforetakene planlegger å gjennomføre tilstrekkelig investeringer til å redusere gjennomsnittsalderen i regionen til under 9 år i 2020.



Figur 6. Investering og levealder MTU

Foretakene melder om at MTU prioriteres i investeringsplanene, men at det er utfordrende å senke gjennomsnittsalderen på det medisintekniske utstyret, sett i lys av behov for prioritering mellom reanskaffelse og nyinvesteringer for å møte krav til nye behov og teknologisk utvikling. Et betydelig innslag av anskaffelsene gjøres som følge av sammenbrudd i eksisterende utstyr.

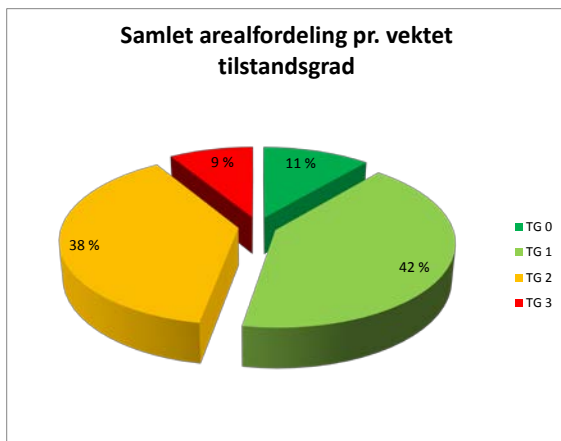
Innføring av nye behandlingsmetoder, og forventninger om at foretaksgruppen skal ligge i forkant i forhold til utprøving av nye behandlingsmetoder, medfører at investeringer i medisinskteknisk utstyr må prioriteres høyt. Pasientene skal være trygge på at de får god behandling og at nye behandlingsformer kan tas i bruk når det er dokumentert at de er sikre og effektive.

Som et ledd i det pågående arbeidet med forbedringer av anskaffelsesprosesser knyttet til innkjøp av medisinsk teknisk utstyr, har Oslo universitetssykehus HF fått i oppdrag å etablere og drifte et regionalt senter for samordning av investeringer i medisinsk teknisk utstyr i Helse Sør-Øst. Senteret skal blant annet ivareta et kategoriansvar for regionale anskaffelser, samt utarbeide en kategoristrategi med langsiktige mål og handlingsplaner.

2.18 Bygningsmessig vedlikehold

I styresak 018-2016 vedtok styret at helseforetakene skal vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet. Det ble videre lagt til grunn at innspillene til økonomisk langtidsplan skulle inkludere plan for forbedring av de dårligste byggene som skal brukes videre.

Helseforetakene har utarbeidet tilstandsbaserte vedlikeholdsplaner som skal føre til en forpliktende oppgradering av helseforetakenes bygningsmasse til en teknisk tilstandsgrad som er tilstrekkelig god for gjeldende og planlagt bruk.



I 2013 innhentet Helse Sør-Øst RHF data fra tilstandsregistreringen av bygningsporteføljen i Helse Sør-Øst som er registrert inn i verktøyet Multimap. Ut i fra disse dataene er samlet vektet tilstand beregnet.

Totalt for hele Helse Sør-Øst hadde 9 % av arealene svært kraftige symptomer og var i tilstandsgrad 3 (TG 3), mens 38 % hadde middels kraftige symptomer og var i tilstandsgrad 2 (TG 2). Litt over halvparten av arealene er i meget god eller god tilstand (TG 0 eller 1)

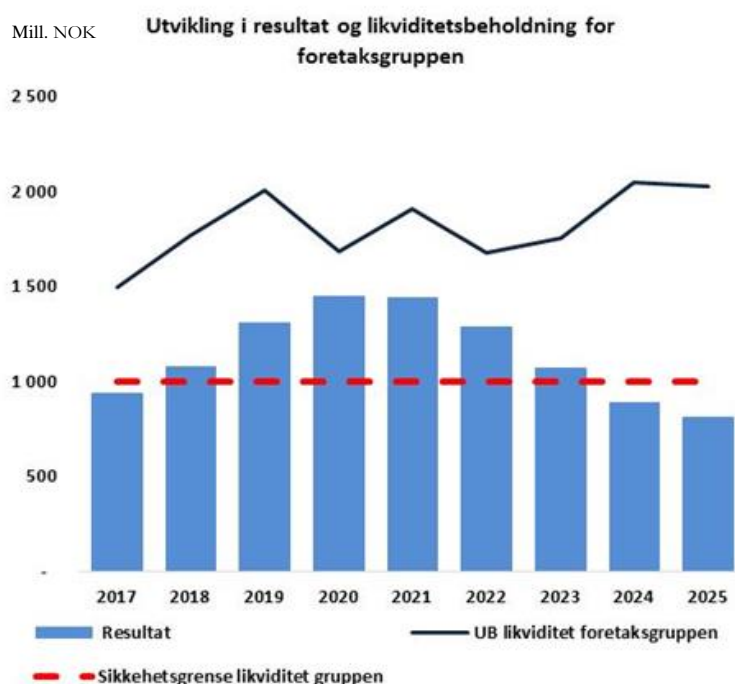
Figur 7: Tilstandsgrad bygningsmasse

Flere helseforetak melder gjennom sine kommentarer til økonomisk langtidsplan om utfordringer knyttet til aldrende bygningsmasse som ikke har blitt tilstrekkelig vedlikeholdt over tid. Mange helseforetak vurderer det som krevende å sette av tilstrekkelige midler til håndtering av eksisterende vedlikeholdsetterslep over de årlige budsjettene, og vurderer at gjennomføring av nybyggprosjekter er mest hensiktsmessig.

Gjennom økonomisk langtidsplan har helseforetakene rapportert inn sine planlagte kostnadsestimater for bygningsmessig vedlikehold og utskifting for årene 2017-2020. Sammenholdt med historiske data er det innarbeidet planer som indikerer en økning i midler benyttet til vedlikehold og utskifting for helseforetaksgruppen sett under ett, hvor gjennomsnittlig beløp øker med om lag 20 prosent sammenlignet med de seneste års nivå.

2.19 Det økonomiske handlingsrommet

Foretaksgruppen må tilpasse drift og gjennomføring av planlagte investeringer innenfor sitt økonomiske handlingsrom for å sikre fremtidig økonomisk bæreevne. Utviklingen i foretaksgruppens likviditetsbeholdning gir et godt bilde på om planlagte økonomiske driftsforutsetninger, investeringsnivå og tilhørende forpliktelser er bærekraftig. Figur 8 illustrerer foretaksgruppens planlagte resultatutvikling og utvikling i tilgjengelig likviditetsbeholdning slik det ligger til grunn i økonomisk langtidsplan 2017-2020. Foretaksgruppens tilgjengelige likviditetsbeholdning inkluderer ledig trekk på Helse Sør-Østs kassekreditsramme.



Figur 8. Utvikling i resultat og likviditetsbeholdning for foretaksgruppen

Resultatutviklingen i langtidsperioden avviker fra summen av helseforetakenes innspill til økonomisk langtidsplan 2017-2020, som det fremgår av kapittel 2.8. Årsaken til endringen i resultatutviklingen er i hovedsak at investeringsnivået for foretaksgruppen er tilpasset til det økonomiske handlingsrommet og dermed justert i forhold til helseforetakenes innspill. Disse endringene påvirker foretaksgruppens resultat i forhold til summen av helseforetakenes innspill.

Den økonomiske langtidsplanen legger opp til å ha en likviditetsmessig sikkerhetsgrense på 1 milliard kroner i vurderingen av det økonomiske handlingsrommet. Dette innebærer at det i økonomisk langtidsplan 2017-2020 er forutsatt at foretaksgruppens tilgjengelige likviditet ikke kan være lavere enn 1 milliard kroner, og investeringsplanene og det økonomiske handlingsrommet er tilpasset denne forutsetningen. I de årlige budsjettprosessene kan det imidlertid være rom for å planlegge med en likviditetsbeholdning under 1 milliard kroner, da det er mindre risiko og usikkerhet til forutsetningene for neste budsjettårs økonomiske utvikling.

Det fremgår av figur 8 at utviklingen i foretaksgruppens tilgjengelige likviditet ligger over sikkerhetsgrensen, og foretaksgruppen har således økonomisk handlingsrom for å planlegge for de felles prioriterte investeringsprosjektene som er omtalt over.

Risikomomenter i økonomisk langtidsplan 2017-2020

Det er generelt stor iboende risiko og usikkerhet knyttet til forutsetninger i økonomisk langtidsplanlegging. For økonomisk langtidsplan 2017-2020 er det vurdert og identifisert følgende konkrete 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

Tiltak for å håndtere risikoforhold i økonomisk langtidsplan 2017-2020

For å hensynta risiko og usikkerhet i forutsetningene i økonomisk langtidsplan 2017-2020, er det lagt opp til oppbygging av sentrale resultatbuffer i Helse Sør-Øst RHF, som omtalt i kapittel 2.11. Det er også innarbeidet 200 millioner kroner i investeringsbuffer per år i perioden 2017-2020 for Helse Sør-Øst RHF, som i noen grad skal sikre midler til eventuelle økte eller nye behov for investeringer det enkelte år. Videre er økonomisk handlingsrom i langtidsperioden planlagt med en nedre likviditetsmessig sikkerhetsgrense på 1 milliard kroner. Summen av dette vil gi foretaksgruppen et solid fundament til å håndtere risiko for at den økonomiske utviklingen blir svakere enn det som er forutsatt i økonomisk langtidsplan 2017-2020.

Det arbeides kontinuerlig i foretaksgruppen med å planlegge, beslutte og sette i verk konkrete tiltak for å sikre realisering av resultater som er nødvendige for å kunne realisere de omfattende investeringsplanene som det er behov for. Investeringsprosjektene er gjenstand for grundig planlegging og kvalitetssikring for å sikre at investeringsnivåene og tilhørende driftsøkonomi er realistiske og innenfor rammene til foretaksgruppens økonomiske handlingsrom.

Erfaringene med prosjektering og planlegging av nytt østfoldsykehus overføres til og gjenbrukes i forbindelse med nye utbyggingsprosjekter i regionen. Sykehusbygg HF, hvor ressurser fra prosjekt nytt østfoldsykehus inngår, er en sentral aktør i dette arbeidet. Forslag til hovedfunksjonsprogrammer og driftskonsept videreutvikles og legges til grunn for arbeid med organisasjonsutvikling i det aktuelle helseforetaket. De driftsøkonomiske tilpasningene som er nødvendige for å sikre bærekraft i nye sykehusbygg konkretiseres i større grad tidligere i utredningsarbeidet, og legges til grunn i det berørte helseforetakets innspill til økonomisk langtidsplan. På denne måten skapes forutsigbarhet i de økonomiske planforutsetningene for helseforetakene, og det muliggjøres en regional styring gjennom differensierte resultatkrav.

2.20 Nærmere om de regionale investeringsprosjektene

Under gis en kort vurdering av status for pågående prosjekter og prosjekter i tidligfase i foretaksgruppen.

Akershus universitetssykehus HF

Akershus universitetssykehus HF har gjennomført en idéfase for et nybygg på Nordbyhagen Som er ment å romme deler av sykehuspsykiatrien som i dag drives i lokaler eiet av Oslo universitetssykehus HF. Prosjektet er foreløpig satt på vent, men må vurderes i forbindelse med videreføring av byggeplanene for psykisk helse og avhengighet ved Oslo universitetssykehus HF, og når den bygningsmessige utviklingsplanen ved Akershus universitetssykehus HF er fullført.

Oslo universitetssykehus HF

Styret i Helse Sør-Øst RHF fattet i sak 20-2013 *Utviklingsplan og idéfasemandat Oslo universitetssykehus HF* vedtak om videreføring av arbeidet ved helseforetaket. Basert på denne styrebehandlingen, og en egen styrebehandling av oppstart idéfase for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet i

styresak 066-2015 i Helse Sør-Øst RHF, har Oslo universitetssykehus utarbeidet samlet idéfase for helseforetaket, med egne underliggende idéfaserapporter for regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og for utviklingen av Radiumhospitalet.

Disse rapportene er behandlet i styret i Oslo universitetssykehus HF i tre omganger, i sak 82-2015, sak 08-2016 og i sak 28-2016. I den første saken ble idéfaserapporten med underrapporter behandlet, i den andre ble den eksterne kvalitetssikringen og videre framdrift behandlet, og i den siste saken ble oppfølging av risiko behandlet.

Det vises til egen styresak om videreføring av planene ved Oslo universitetssykehus HF, jf. styresak 053-2016. Det vises der til et mål bilde hvor Oslo universitetssykehus HF skal utvikle seg videre som et helseforetak bestående av tre sykehus med klart definerte samfunnsoppdrag, som skal organiseres og virke sammen. På Gaustad etableres et samlet regionsykehus med tilhørende lokalsykehusfunksjoner innen kirurgi og medisin. På Aker etableres et nytt lokalsykehus i tett samarbeid med Oslo kommune, der dagens Helsearena Aker og den planlagte storbylegevakten blir sentrale elementer. Behandling av psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i all hovedsak skje på Aker og integreres tett med somatisk virksomhet og kommunale tilbud.

For regional sikkerhetsavdeling med tilhørende funksjoner skal det gjøres tomtevalg og et nybygg skal programmeres og prosjekteres.

Radiumhospitalet skal utvikle sin posisjon som faglig og forskningsmessig tyngdepunkt i norsk kreftbehandling, med særlig vekt på medikamentell kreftbehandling og strålebehandling på både lokalsykehusnivå og regionnivå. Det planlegges i tillegg etablering av brystkreftsenter og prostatakreftsenter på Radiumhospitalet, herunder kirurgisk kreftbehandling som ikke krever tung intensivbehandling. Nytt klinikkbygg planlegges på Radiumhospitalet og koordineres med etableringen av protonsentre om dette legges til Oslo. Ullevål fortsetter som lokal-, region-, og traumesykehus inntil denne aktiviteten kan overføres til nye lokaler på henholdsvis Aker og Gaustad. Det vil være sykehusaktivitet på Ullevål i mange år fremover.

Oslo universitetssykehus HF har, i tillegg til ordinære løpende investeringer i foretaket, etablert et investeringsprogram knyttet til lukking av myndighetspålegg og utbedring av virksomhetskritisk infrastruktur. Innenfor dette investeringsprogrammet er det etablert en tiltakspakke på 1,8 milliarder kroner (2014-verdi) som har fått 70 % lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet. Tiltakene er planlagt gjennomført i perioden 2016-2019 og vurderes som avgjørende for å ivareta ansvaret for pasientbehandling ved Oslo universitetssykehus HF i påvente av senere nybygg. Investeringsprogrammet vil måtte gjennomgås som følge av eventuelle beslutninger om nybygg, jmfør sak 053-2016.

Sykehuset Innlandet HF

Styret i Helse Sør-Øst RHF har, med utgangspunkt i Sykehuset Innlandet HF's utviklingsplan, godkjent oppstart av samlet idéfase for investeringer i foretaket, jf styresak 066-2014. Styret la i sak 066-2014 til grunn at eventuell byggestart for aktuelle prosjekter tidligst kan skje i 2022.

Sykehuset i Vestfold HF

Tønsbergprosjektet, som innebærer fullføring av sykehusutbyggingen i Tønsberg, ble godkjent for oppstart forprosjekt i juni 2014. Prosjektet er kostnadsberegnet til 2,535 milliarder kroner (prisnivå jan. 2014) og er planlagt gjennomført i tidsperioden 2017-2020. Arbeidet med forprosjekt pågår.

Sykehuset Telemark HF

Sykehuset Telemark HF har utarbeidet ”Utviklingsplan 2014-2016 Sykehuset Telemark HF”, som setter rammene for helseforetakets virksomhet og struktur i perioden. Denne utvides nå til en komplett utviklingsplan i henhold til den veilederen for utviklingsplaner i helseforetakene som skal behandles av de styrene i de fire regionale helseforetakene. Som en oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan ble alle helseforetakene pålagt å utarbeide utviklingsplaner i tråd med denne veilederen i foretaksmøtet med de regionale helseforetakene 4. mai 2016.

Med bakgrunn i den opprinnelige utviklingsplanen har foretaket ferdigstilt virksomhetsmessig utviklingsplan, og det arbeides med planer for en idéfase knyttet til nybygg ved Sykehuset Telemark HF. Videreføring av disse planene vil bli vurdert når arbeidet med den reviderte utviklingsplanen er fullført.

I tillegg forutsettes Sykehuset Telemark HF, gjennom vedtaket i styresak 030-2016 i Helse Sør-Øst RHF, å etablere en ny stråleenhet i Skien som det første av de sykehusområdene som ikke har slikt behandlingstilbud i dag. Ut fra de avklaringer som blir gjort gjennom dette vedtaket og den reviderte utviklingsplanen må Helse Sør-Øst RHF vurdere videre prosess.

Sørlandet sykehus HF

Sørlandet sykehus HF har utarbeidet en utviklingsplan, som er forutsatt ferdigstilt etter at den nasjonale helse- og sykehusplanen nå er vedtatt.

Sørlandet sykehus HF har utarbeidet konsept for nytt psykiatribygg i Kristiansand. Prosjektet er gjennomgått i fellesskap av helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF for å sikre at bygget er riktig og optimalt dimensjonert, og at planlegging og bygging kan gjennomføres effektivt. Foretaket forutsatte i styresak 046-2015 at nybygget kunne «..... realiseres innen en sluttsum på 765 millioner kroner.»

Konseptrapporten ble styrebehandlet i Sørlandet sykehus HF den 19.mai 2016, sak 044-2016, hvor det ble vedtatt med en kostnadsramme på 780 millioner 2016-kroner, som tilsvarer kostnadsmålet i styresak 046-2015.

Det vises til egen styresak om dette prosjektet, jf. sak 055-2016

Vestre Viken HF

Oppstart av konseptfasen ble godkjent i styret i Helse Sør-Øst RHF 19.06.2014, sak 043-2014, hvor det bl.a. står at ”Styret ber om at det planlegges for en eventuell etappevis ferdigstilling av sykehuset, slik at det er bygningsmessig fleksibilitet til å tilpasse kapasitetsbehovet i 2030”.

Endelig konseptfaserapport ble styrebehandlet i Vestre Viken HF 9. mai 2016, sak 21/2016, med to alternativ – ett med utbygging på eksisterende tomt på Bragernes, og ett på Brakerøya der sistnevnte ble innstilt fra styret i Vestre Viken HF. Styret i Vestre Viken HF tilrår videre at prosjektet på Brakerøya gjennomføres som ett samlet prosjekt for somatikk, psykisk helsevern og rus. Det vises til egen styresak om dette prosjektet, jf. sak 054-2016

I samme styresak vedtok styret i Vestre Viken HF å gå videre med planlegging av vedlikeholdsinvesteringer på Bærum, Ringerike og Kongsberg sykehus, mens øvrige utviklingsprosjekter som krever nybygg ble forutsatt utsatt slik at Vestre Viken HF og Helse Sør-Øst RHF økonomiske bæreevne blir ivarettatt. Dette omfatter bl.a. DPS-utbyggingene.

Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at planlagte vedlikeholdsinvesteringer videreføres i et tilstandsbasert vedlikeholdsprogram i tråd med Helse Sør-Øst RHF sin eiendomsstrategi, og at eventuelle ombygginger og investeringer ut over dette håndteres i henhold til gjeldende fullmaktregime.

Sunnaas sykehus HF

Sunnaas sykehus HF har søkt om å gå videre til konseptfase med et 3. byggetrinn, med en beregnet prosjektkostnad mellom 230 til 342 millioner kroner avhengig av valgt alternativ for dimensjonering, basert på 70 % lånefinansiering og resten som egenfinansiering. Denne saken vil bli sett i sammenheng med behandlingen av regional plan for rehabiliteringstilbudet, som igjen vil bli en del av den planlagte regionale utviklingsplanen

Siden prosjektet er under 500 millioner kroner, kan det ikke påregnes lånefinansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet. Regional låneandel vurderes ved eventuell beslutning av prosjektet.

3. Administrerende direktørs anbefaling

Siden regionens første økonomiske langtidsplan ble behandlet i 2010, er disse planene etablert som sentrale og nyttige virkemidler i helseforetakenes planprosesser knyttet til aktivitetsnivå og kostnadstilpasning for å planlegge for en resultatutvikling som gir rom for investeringsmuligheter over et lengre tidsrom enn det enkelte budsjettår. Økonomisk langtidsplan er videre viktig for det regionale helseforetaket for å vurdere mulighetsrommet over tid for regionalt finansierte investeringer, herunder tidsperspektiv og faseinndeling i de store utbyggingsprosjektene og utbygging av IKT-infrastruktur. Årlig rullering av den regionale økonomiske langtidsplanen gir kontinuitet i de økonomiske prosessene i foretaksgruppen, og er en viktig premisse inn mot de årlige budsjettbehandlingene.

Det er et gjennomgående trekk ved helseforetakenes økonomiske langtidsplaner at det legges til grunn et positivt utviklingsbilde knyttet til produktivitet og resultat. Selv om flere helseforetak peker på generell risiko for at målene ikke vil nås, er det bare i liten grad spesifisert hvilke tiltak eller tilpasninger som er forutsatt iverksatt for å redusere slik risiko slik at forutsetningene om resultat kan nås. Innspillene fra helseforetakene viser at det fortsatt er store forskjeller mellom helseforetakene i foretaksgruppen hva angår produktivitet og resultatgrad. Det er i flere sammenhenger påpekt at det er et betydelig gevinstpotensial ved å redusere unødvendig variasjon, både med hensyn til produktivitet og resultat, samt i forhold til mål på aktivitet, prioritering, kvalitet og pasientsikkerhet.

Det forventes at kravet om å gi psykisk helsevern og TSB høyere ressursmessig prioritet enn somatikk, vil gjøres gjeldende gjennom hele økonomiplanperioden. Ut fra det som nå foreligger av innspill er vurderingen at denne prioriteringen er ivarettatt.

Resultatkravene i økonomisk langtidsplan viser at det vil bli et behov for en reduksjon av blant annet lønnskostnader for å dekke inn økte kostnader til høykostmedisiner og avskrivninger knyttet til investeringer i nye bygg. I tillegg vil investeringer i regionale IKT-løsninger gi økte avskrivningskostnader, og behov for gevinstuttak og kostnadstilpasninger ved alle helseforetak.

Fremover vil Helse Sør-Øst RHF derfor ha fokus på tiltak som kan gi høyere produktivitet, og sørge for at foretakene kan lære av hverandre i arbeidet med produktivitetsforbedringer og effektivisering av pasientforløp og arbeidsprosesser. Medvirkning og involvering vil være særdeles viktige virkemidler for å engasjere medarbeidere og ledere i dette arbeidet

Det arbeides kontinuerlig med tiltak for å sikre at kapasiteten i spesialisthelsetjenesten i regionen er tilpasset behovet. Det er et særskilt fokus på kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder. Befolkningsveksten i disse sykehusområdene vil bli møtt med kapasitets-tilpasninger i Oslo sykehusområde, og medfølgende trinnvis tilbakeføring av opptaksområder fra Akershus sykehusområde til Oslo sykehusområde. Det vises til egne styresaker vedr planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF, samt om kapasitetssituasjonen i Oslo og Akershus sykehusområder.

Det er gjort en gjennomgang av de driftsmessige forutsetningene for overføring av spesialisthelstjenestetilbudet til befolkningen i Vestby kommune fra Akershus sykehusområde til Østfold sykehusområde fra 1. januar 2017. Den samlede vurdering er at overføring av spesialisthelstjenesteansvaret for Vestby kommune fra 1. januar 2017 ikke kan anbefales. Det vil bli gjort en ny vurdering rundt årsskiftet 2016/17.

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 Fornying, samt øvrige tidligere vedtatte investeringsprosjekter. I tillegg er det vedtatt utbygging av stråleterapienheter, eventuelt også protonsenters.

Helse- og omsorgsministeren har gitt klare føringer for planlegging av sykehusdrift i henhold til Nasjonal helse- og sykehusplan. Det forventes imidlertid ikke at planen vil påvirke prioritering av og fremdriftsplaner knyttet til de store utbyggingsprosjektene i regionen. Nasjonal helse - og sykehusplan omhandler i første rekke innholdet i og drift av spesialisthelsetjenesten.

Trykte vedlegg:

- Ingen

Utrykte vedlegg:

- Ingen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 23. juni 2016

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

SAK 47/2016 STYREMØTER I 2017

Forslag til vedtak:

Styret vedtar følgende møteplan for 2017:

<i>Fredag 17. februar 2017</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Fredag 28. april 2017</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 22. juni 2017</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Onsdag 27. september 2017</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 26. oktober 2017</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
	<i>Styreseminar</i>	<i>14-19</i>
<i>Torsdag 14. desember 2017</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>
<i>Reservetider:</i>		
<i>Onsdag 24. mai 2017</i>	<i>Styreseminar</i>	<i>8-14</i>
<i>Torsdag 23. november 2017</i>	<i>Styremøte</i>	<i>8-14</i>

Oslo, den 16. juni 2016



Bjørn Erikstein

Forslag til møteplan for 2017 tar utgangspunkt i at styret har seks 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 08.00 – 14.00 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 2017:

Dato	Samling	Tidspunkt	Saker
Fredag 17. februar 2017	Styremøte	8-14	
Torsdag 28. april 2017	Styremøte	8-14	ØLP
Torsdag 22. juni 2017	Styremøte	8-14	
Onsdag 27. september 2017	Styremøte	8-14	
Torsdag 26. oktober 2017	Styremøte	8-14	
	Styreseminar	14-19	
Torsdag 14. desember 2017	Styremøte	8-14	Budsjett 2017

Reservetider:

Onsdag 24. mai 2017	Styreseminar	8-14
Torsdag 23. november 2017	Styremøte	8-14

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

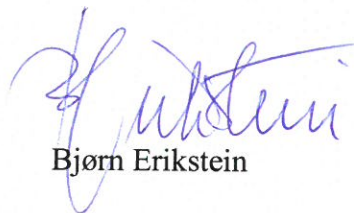
Dato møte: 23. juni 2016
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Årsplan

SAK 48/2016 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 16. juni 2016



Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
29. september 2016 kl 8-14	Rapportering Budsjett 2017 Eierskap i selskaper	Rapportering Plan for styret Oppfølging styresaker Møte med Brukerutvalget
27. oktober 2016 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2017	Rapportering Plan for styret
27. oktober 2016 kl 14-19	Styreseminar	
Reservetid 24. november 2016 kl 8 – ca 14		
15. desember 2016 kl 8-14	Budsjett 2017	Rapportering Plan for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 23. juni 2016

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 49/2016 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

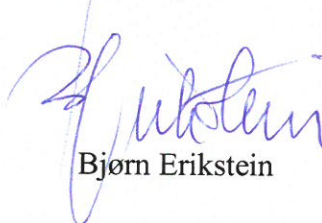
Følgende legges frem til orientering:

1. Forskning og innovasjon
2. Samhandling
3. Juridiske forhold – rettsvister
4. Medieomtale 1. januar – 14. april 2016
5. Referat

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 16. juni 2016



Bjørn Erikstein

1. FORSKNING OG INNOVASJON

• Priser til fremragende forskere ved Oslo universitetssykehus

For Oslo universitetssykehus er det viktig å synliggjøre fremragende forskningsresultater, og det er etablert ulike belønningsordninger for fremragende forskning. To ganger årlig deles det ut priser for fremragende forskningsartikler, og én gang i året deler sykehuset ut priser til fremragende forskere. Prisene til fremragende forskere består av én hovedpris á 300.000 kroner til en etablert og svært suksessrik forsker - Excellent Researcher Award – og to priser á 150.000 kroner til fremragende forskere som er i en tidlig fase av forskerkarrieren - Early Career Awards. Prispengene skal benyttes til videre, fritt valgte forskningsformål ved OUS. Kandidatene nomineres av minst to kolleger ut fra angitte kriterier og med krav til begrunnelse, og vurderingene foretas av Oslo universitetssykehus' Scientific Advisory Board.

Årets priser for fremragende forskning ble den 27. mai tildelt som følger:

Excellent Researcher Award:

Pål Aukrust, Institutt for indremedisinsk forskning og Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer

Early Career Awards - likeverdige prisvinnere:

Therese Seierstad, Avdeling for radiologi og nukleærmedisin

Espen Melum, Institutt for indremedisinsk forskning, Norsk senter for PSC og Avdeling for transplantasjonsmedisin

Evalueringskomiteen skriver følgende om vinnerne:

***Pål Aukrust** is a true academician who has reached excellence clinically and scientifically. He is a fine teacher and has as a mentor been responsible for more than 25 PhD students. He has established competent research groups within the dynamic scientific field of inflammation and immunological mechanisms in cardiovascular diseases. Pål Aukrust has also important scientific contributions in the fields of DNA repair and Oxidative stress. He is a dynamic leader with a capacity to lift others.*

***Espen Melum** has already at the start of his medical education shown an interest in medical sciences and academia. After his PhD, in 2010, at The Faculty of Medicine, University of Oslo, he spent almost two years in Richard Blumbergs laboratory at Harvard Medical School/Brigham and Women's Hospital. A time well used with high profile publications. He is a scientific leader and has established his own research group which is well funded from external resources. In addition to his research activities he is also well on his way to a clinical specialization.*

***Therese Seierstad** completed her PhD in 2008 in the field of functional magnetic resonance imaging related to colorectal cancer. Therese Seierstad has also carried out interesting comparisons of functional imaging techniques such as MRI and PET. She has been organizing and designing several clinical trials and the focus of her clinical research has been detection, prediction and follow-up of treatment responses*

Oslo universitetssykehus er stolt over å ha slike verdige vinnerne.

Nyhets sak: se http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/Priser-til-fremragende-forskere.aspx.

2. SAMHANDLING OG INTERNASJONALT SAMARBEID – 1. TERTIAL

SAMHANDLING OG PASIENT OG PÅRØRENDEOPPLÆRING

- **Brukermedvirkning**

Brukerråd er etablert eller er under etablering i de nye klinikkene i Oslo universitetssykehus HF. Det sentrale brukerråd er imponert over hvor raskt dette har kommet på plass. Brukerutvalget er representert i samtlige brukerråd for å ivareta samhandling mellom klinikkrådene og det sentrale brukerråd.

- **Brukerutvalg**

Det sentrale brukerråd har hatt tre møter så langt i 2016 og har rukket å behandle et bredt utvalg saker. Dette er noen av dem;

- *Kvinnlandsutvalgets mandat:* Regjeringen oppnevnte 2. oktober 2015 et utvalg som skal utrede hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. Brukerutvalget ble invitert til å avgi høringsuttalelse på utvalgets mandat. Brukerutvalget har ingen entydig mening om hvordan eierskapet til spesialisthelsetjenesten bør organiseres, men kom med noen momenter som er viktige å ta med i den videre vurderingen.
- *NOU 2015: 11. Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten:* Brukerutvalget har sendt høringsuttalelse hvor de blant annet takker for at «åpenhet i helsevesenet» er satt så tydelig på dagsorden gjennom arbeidet med utredningen. De minner samtidig om at for brukere er åpenhet like avgjørende når det gjelder helse- og omsorgstjenester i kommunene og anbefaler at det lages felles melderutiner for primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.
- *Kreftstrategi for OUS HF – Utkast til kreftstrategi for OUS HF* er lagt frem for brukerråd. Generelt mener brukerråd at pasientperspektivet har fått en sentral og reell plass i denne strategien. Brukermedvirkning på både individ- og systemnivå er ivaretatt, likeledes pasient- og pårørendeopplæring.

Brukerutvalget har også gitt sine innspill til Handlingsplan 2016 for Oslo universitetssykehus HF, en ny prosedyre for Film og foto i sykehuset og til innholdet på nyetablerte informasjonsskjermer

SMS-varslinger: Brukerutvalget er fornøyd med at det nå er satt i gang en endring på teksten i sms-time varslinger på sykehuset. Nå fremkommer klart stedsangivelse for oppmøte.

5.- 6. april ble det arrangert en regional konferanse i Kristiansand; *Pasienter – de viktigste endringsagentene!* Her deltok og bidro flere representanter fra brukerråd.

Brukerutvalget har stor pågang av henvendelser fra alle deler av sykehuset. Det er behov for innspill og råd og ønsker om å få presentere saker i utvalgets møter. Det etterspørres brukerrepresentanter og fremkommer ønsker om innlegg fra brukerråd på ulike konferanser og arrangement. Brukerutvalget sitter i dag representert i over 40 ulike råd, utvalg og prosjekter.

- **Ungdomsrådet**

I februar var ungdomsrådet representert på Topphelemøtet i Lillehammer, arrangert av Helse- og omsorgsdepartementet. Møtet var et ledd i arbeidet med en ny ungdomshelsestrategi.

12. – 15. april 2016 arrangerte Oslo universitetssykehus en ungdomshelseuke. Målet med uka var å øke bevisstheten om ungdom og unge voksne som pasientgruppe blant helsepersonell og samarbeidspartnere. Ungdomshelseuka bestod av et faglig program rettet mot sykehusets helsepersonell og samarbeidsparter og et aktivitetsprogram for ungdom tilhørende Oslo universitetssykehus.

Ungdomsrådet var sammen med barne- og ungdomsprogrammet initiativtakerne til ungdomshelseuka. Ungdomsrådets representanter var aktive i både planleggingen av arrangementet og bidro også underveis i selve uka. Hele ungdomsrådet hadde et innlegg på åpningen av ungdomshelseuka hvor de viste frem noen sider av det å være ung og syk og ga råd om hvordan de ønsker å bli møtt på sykehuset. På denne åpningen deltok også Helse- og omsorgsministeren, som fikk et fotografi av ungdomsrådet for sin innsats for å fremme ungdommenes brukerstemme.

I forbindelse med ungdomshelseuka ble det laget en fotoutstilling med bilder av ungdom som har vært innlagt på OUS. Til bildene har ungdommene skrevet tekster om gode opplevelser de har hatt i møte med sykehuset. Denne fotoutstillingen er det ungdomsrådet som står bak.

I tillegg til ungdomshelseuka som har hatt hovedprioritet i denne perioden, har ungdomsrådet hatt et ordinært møte så langt i år. Saker her var presentasjon av virtuelle briller i behandling av ryggmargstransplantert ungdom, utkast til prosedyre om psykososial oppfølging av unge kreftpasienter, kommunikasjonsverktøyet HEADS og anbefalinger fra arbeidsgruppe vedrørende innsyn i journal.

- **Aktuelle samhandlingsprosjekt: «Vel hjem» - brukersentrerte tjenester for den multisyke pasient**

Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF, Oslo kommune og Sykehusapotekene HF. Prosjektet er tildelt midler fra Samarbeidsutvalget i Hovedstadsområdet og vil pågå frem til desember 2017. Hensikten med prosjektet er å utvikle en tjenestemodell der pasientens multisykdom er ivaretatt og hvor pasientens (og pårørendes) egen beskrivelse av behov og mulige ressurser er sentralt. Målet er at riktigere og bedre tilpassede tjenester skal bidra til at pasienten bedre mestrer hverdagen og får økt kvalitetstid i hjemmet (Færre innleggelser i sykehus, lengre intervall mellom innleggelser) Det er ønskelig å teste om et godt pasientforløp kan gi bedre utnyttelse av samlede ressurser i helsetjenesten (på sykehus og i primærhelsetjeneste, sett under ett) Metodisk tilnærming er brukerinvolvering ved tjenstedesign. Idépoliklinikken har bistått og utviklet en helhetlig metodikk for effektmålinger av innovasjoner i helsesektoren. Det er innhentet baseline data gjennom å kartlegge 4 pasienters forbruk av helsetjenester gjennom et år. Data er innhentet gjennom:

- intervjuer med pasientene, pårørende, fastlege og helsearbeidere
- sykehusregister, hjemmetjenestens register og fastlegens register.

Pasientforløpene er fulgt fra «hjem til hjem». Det er utarbeidet spørreskjema med formål å fange opp pasientens mulighet for /grad av involvering, samt i hvilken grad pasientens helhetlige sykdomssituasjon er ivaretatt i de ulike deler av pasientforløpet. Det er foretatt 19 intervjuer som inkluderer bruker/pasient, deres nærmeste pårørende og deres nærmeste kontaktlege / sykepleier i sykehus og i primærhelsetjenesten.

Etter gjennomført datainnsamling og workshop er foreløpige funn pekt ut:

- Mye god behandling i alle ledd
- Hver enkelt aktør ivaretar i overraskende grad helhetsbildet
- Ingen flaskehals i pasientflyten ved akutt funksjonssvikt
- Til dels alvorlig svikt i legemiddelhåndtering hos samtlige
- Pasienten evner ofte ikke å snakke sin egen sak
- De faste tjenestene endres ved alvorlig funksjonssvikt
- Vil en forebyggende tilnærming være bedre ressursbruk?
- Kunne innleggelsene ha vært unngått i større grad?
- Svikt i informasjonsflyt, koordinering og rolle- og ansvarsavklaring mellom aktørene

På bakgrunn av forprosjektets resultater har styringsgruppen samlet seg om følgende områder hvor det er påvist brister og hvor nye tiltak og nye løsninger skal designes og testes ut.

- Korrekte, samstemte legemiddellister
- Implementering av SAFE-sjekkliste i bydelene Østensjø og Bjerke. Skjema er utarbeidet i tidligere prosjekt «Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre»
- Samhandlingsprosedyre som inkluderer fastlegens rolle i samarbeidet
- Koordinering / Koordinatorfunksjon i spesialist- og primærhelsetjenesten

Aktivt brukermedvirkning skal sikres i utvikling av nye samarbeidsformer.

«VEL-HJEM» prosjektet er prioritert i C3 (Senter for forskningsdrevet innovasjon), og det etableres nå et samarbeid med ulike forskningsmiljø. Hensikten med samarbeidet er i første omgang å gjøre datamateriale som skal samles inn i prosjektets hovedfase forskbart, samt å etablere gode parameter for forskning.

- **Aktuelle samhandlingsprosjekt: «Tverrfaglig familiestøtte» – et samhandlingsprosjekt mellom Bydel Sagene, Barne -og familieetaten og Oslo universitetssykehus**

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

«Tverrfaglig Familiestøtte» - skal blant annet tilby:

- Direkte hjelp uten henvisning, venting og lang saksbehandlingstid
- Rådgivning /veiledning
- Praktisk bistand
- Utviklingsundersøkelser og samspillsobservasjoner
- Oppsøkende funksjon (herunder SMS)
- Mellomledd til andre tjenester

«Tverrfaglig familiestøtte» skal ikke erstatte, men være et supplement i tett samarbeid med andre som bistår familien. Tilbudet skal oppleves som «brobygger og følgesvenn», være fleksibelt, samarbeidsorientert, tillitsskapende og med meget god

faglig kompetanse. Teamet vil få ansvar for veiledning og kompetanseheving overfor andre samarbeidspartnere.

Det er nå 13 aktive brukere hvorav 4 er rekruttert fra psykisk helsevern. De ansatte i prosjektet har brukt mye tid på informasjons- og rekrutteringsrunder.

En vanlig kost-nytteanalyse lar seg vanskelig gjennomføre på et prosjekt som dette. Det fokuseres derfor mer på brukertilfredshet og på mer generell kunnskap om hvilke effekter tilsvarende tiltak som dette har. Det er sendt ut brukertilfredshetsundersøkelser til brukerne (Questback), og det vurderes om dybdeintervjuer er mer hensiktsmessig i dette prosjektet. Prosjektet avsluttes 1. juni 2017. Tilbudet er tenkt å kunne etableres også i andre bydeler.

- **Aktuelle samarbeidsprosjekt: Digital kompetansepakke i pasient- og pårørendeopplæring**

Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo universitetssykehus samarbeider i prosjektet *Digital kompetansepakke i pasient- og pårørendeopplæring*. Prosjektets mål er å utvikle en modell for styrket pasient- og pårørendeopplæring i utdanning og arbeidsliv. Prosjektet arbeider med å vise hvordan bruk av digitale verktøy kan benyttes som pedagogiske verktøy for å styrke undervisning, praksisstudier og arbeidsliv om pasient- og pårørendeopplæring. Verktøyene skal ikke erstatte det gode pasientmøtet, men skal være et pedagogisk supplement for å bedre dagens praksis. Å synliggjøre eksempler ved bruk av pasienter og pårørendes stemme er sentralt. Prosjektet involverer både studenter, lærere, helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten og brukere som har en rolle i pasient- og pårørendeopplæring. Representanter fra Medisinsk klinikk og Stab utdanning, forskning og innovasjon deltar fra sykehuset i tillegg til prosjektledelsen i Stab samhandling og internasjonalt samarbeid.

På bakgrunn av nasjonalt arbeid med ny LIS utdanning, har Stab utdanning, forskning og innovasjon i samarbeid med Stab samhandling og internasjonalt samarbeid startet arbeidet med å se på hvordan videre arbeid med å styrke tematikkene pasient- og pårørendeopplæring, kommunikasjon, samhandling og brukervedvirkning i LIS utdanningene skal gjøres i praksis. Temaene er nå en obligatorisk del av utdanningen med egne læringsmål.

- **Elektroniske henvisninger**

I starten av juni 2015 ble muligheten for å sende elektroniske henvisninger åpnet for alle landets legekontor. Dette er en effektiviserende funksjonalitet som stadig flere leger benytter seg av, og som korter ned tiden betydelig ift normal postgang. Sykehuset følger opp alle henvisninger som kommer inn og at det sendes applikasjonskvitteringer tilbake. I løpet av april og mai 2016 har 735 ulike legekontor sendt elektroniske henvisninger til Oslo universitetssykehus HF.(OUS)

Antallet elektroniske henvisninger øker stadig.

Sykehusets ledergruppe har nylig vedtatt å forenkle de tjenestebaserte henvisningsadressene til OUS. Feilbruk av elektronisk henvisning fører til betydelig merarbeid for Oslo universitetssykehus. Gjentatt informasjon til henvisere om korrekt bruk er nødvendig, bla gjennom bladet Fastlegenytt. Det er også laget standard svarbrev som sendes fra henvisningsmottaket til henvisere som gjør feil. Fastlegenytt og øvrig samhandlingsnettverk brukes aktivt til å markedsføre e-henvisninger.

- **Elektroniske epikriser**

Oslo universitetssykehus HF sender ut elektroniske epikriser til fastleger over hele landet. Antallet epikriser som er sendt og bekreftet mottatt, har økt betydelig siden innføringen av DIPS, noe som styrker pasientsikkerheten og bidrar til tryggere pasientforløp. Antall eksterne mottakere av elektroniske epikriser er nå oppe i ca.1850.

Mye arbeid er gjort for å korrigere feilutsendinger av epikriser, spesielt knyttet til feiladressering. Per mai 2016 er andelen epikriser som avvises hos mottaker 1-2 %. Det jobbes med flere tiltak for å redusere antall epikriser som feiler. OUS deltar bl.a. i en arbeidsgruppe i Direktoratet for E-Helse som har fokus på de utfordringene helsesektoren har i forhold til elektronisk meldingsutveksling – spesielt krav til riktig bruk av applikasjonskvitteringer.

Applikasjonskvittering for mottatt epikrise:

Fortsatt mottar OUS så mange negative applikasjonskvitteringer ved utsendelse av elektronisk epikrise at det ikke er forsvarlig å avvikle parallell postutsendelse. Det er vesentlig at fastleger og andre henvisere benytter korrekt adresse i Norsk helsenetts adresseregister. Det drives et omfattende informasjonsarbeid fra sykehusets side for å sikre at dette kommer på plass.

- **Elektroniske Pleie og omsorgsmeldinger (PLO)**

Det sendes nå elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger til alle bydelene i Oslo.

Innføringen av elektroniske pleie og omsorgsmeldinger har gitt store forbedringer i samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, spesielt i forhold til dokumentasjon og logistikk. Det sendes nå daglig ca. 250 PLO- meldinger og månedlig ca. 7750 meldinger mellom sykehuset og kommunene.

Arbeidet med å gjøre pleie og omsorgsmeldingsutveksling tilgjengelig for alle landets kommuner er fortsatt pågående, og pr. 27. mai 2016 er systemet tatt i bruk i 356 av landets 428 kommuner.

- **Avviksmeldinger inn i sykehuset**

Pr dato må avviksmeldinger fra fastleger, kommunehelsetjenesten for øvrig og andre samarbeidspartnere sendes til OUS pr post. Det er for tiden ikke aktivitet på nasjonalt eller regionalt nivå knyttet til etablering av elektroniske avviksmeldinger.

Det ble i 2014 igangsatt en pilot i samarbeid med utvalgte fastlegekontor i Oslo om elektronisk innsending av melding om uønskede hendelser. Fastlegene kunne via «Min journal» registrere avvik via web. Innmeldte avvik ble da registrert automatisk i sykehusets avvikssystem Achilles.

Bruken av systemet ble ikke som forventet volummessig. I tillegg har det vist seg vanskelig å bredde løsningen på grunn av personvern hensyn, og løsningen videreføres derfor ikke. Det arbeides med å finne andre løsninger.

- **Koordinerende enhet (KE) habilitering/rehabilitering-Koordinator**

Det er fortsatt fokus på å styrke samarbeidet mellom Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i Oslo universitetssykehus HF og de koordinerende enhetene i sykehusets 12 områdebydeler. Spesielt har dette gitt gode resultater i forhold til barn og unge innen psykisk helse og habilitering. Ny veileder for rehabilitering, habilitering, koordinator og individuell plan tydeliggjør behovet for styrket samhandling, oppgave og ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om opplæring. Dette arbeidet vil være et samarbeidstema både i Koordinerende enhet og i de ulike etablerte samarbeidsforaene.

KE gir råd og veiledning til sykehusets klinikker om inngåtte avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner.

Det er fortsatt sterkt fokus på å sikre at alle aktuelle fagmiljøer etablerer den lovpålagte koordinatorfunksjonen. Koordinator skal sikre at pasienter med behov for koordinerte og sammensatte tjenester ivaretas gjennom hele pasientforløpet i et hjem til hjem perspektiv.

- **Kommunal akutt døgnenhet (KAD):**

Det er fortsatt god utvikling av tjenestetilbudene på KAD. Plassutnyttelsen er god, planlagt kapasitetsutvidelse er i rute. I alt 73 senger skal være i drift i løpet av 2016. Oslo universitetssykehus har stort fokus på å benytte KAD-sengene som del av de alternative behandlingsarenaer for våre pasienter. Regelmessig påpekes dette for konfereringsvakter og LIS-leger i akuttmottaket.

Imidlertid har legene i akuttmottaket en noe redusert rolle når det gjelder innleggelse på KAD fordi KAD er etablert som et alternativ til sykehusinnleggelse, dvs. at det er fastleger og legevakt som primært skal legge pasienter inn i KAD. Først i løpet av de siste månedene har sykehusene fått muligheter til å sende avklarte pasienter fra akuttmottaket. Sykehusets oppfatning er for øvrig at fastlegene benytter KAD på en faglig, forsvarlig måte. Kompetansen på KAD er i stadig utvikling, både på lege- og sykepleiesiden. Det er en utpreget vilje til å ta imot de pasienter som henvises. Oslo universitetssykehus er representert i faglig referansegruppe for KAD, diskusjonene her er preget av løsningsfokus og utpreget vilje til samarbeid. Det er nylig utpekt medlemmer til en arbeidsgruppe som skal utarbeide inklusjonskriterier som skal sikre at KAD fra 2017 kan motta pasienter fra psykisk helse og avhengighet.

- **Læringstilbud til pasienter og pårørende**

Sykehuset har en rekke læringstilbud til pasienter og pårørende. I internrevisjonen av gruppebaserte læringstilbud opp mot krav i innsatsstyrt finansiering høsten 2015, fremkom at de fleste av kursene oppfyller krav til både tverrfaglighet og brukermedvirkning. Imidlertid ble det avdekket et behov for å styrke primærhelsetjenestens rolle i sykehusets læringstilbud. Sykehuset har stilet en forespørsel til Helsedirektoratet for en konkretisering av krav til hvordan primærhelsetjenesten skal involveres.

De fleste store diagnosegrupper har lærings- og mestringskurs i grupper. Kursene tilbys både pasienter og pårørende. I tillegg har sykehuset fokus på læringstilbud for sårbare pasientgrupper og sjeldne diagnoser. Klinikk psykisk helse og avhengighet arrangerer f.eks. jevnlig temakvelder for pasienter og pårørende. Dette evalueres som et viktig supplement til øvrig behandling. Temaer har vært psykose hos barn og unge, "Åpne sår" - om emosjonell dysregulering og selvskading og barn og ungdom med spiseforstyrrelser. Sykehuset har i samarbeid med Reform med midler fra Extrastiftelsen kartlagt om menn har andre behov for oppfølging ved sykdom/ skade enn kvinner. For eksempel ser det ut til å være flest kvinner som deltar i de tradisjonelle læringstilbudene i helsetjenesten. Funnene er samlet i rapporten "Å være mann og håndtere sykdom – en utfordring." Økt kunnskap og forståelse om menns helse og behov vil kunne bidra til å fremme en mer likeverdig helsetjeneste også innen pasient- og pårørendeopplæring.

- **Kurs i pasient- og pårørendeopplæring**

Sykehuset har i perioden arrangert helsepedagogisk kurs for ansatte og brukere i pasient- og pårørendeopplæring. Hensikten med kurset er å øke kompetanse for å kunne gi informasjon og opplæring der forutsigbarhet, trygghet, læring og mestring er målene. Kursdeltakerne representerte ulike fagområder både innen psykisk helse og somatikk, barn, ungdom og voksne. Deltakere fra hverdagsrehabilitering i

primærhelsetjenesten og fra lærings- og mestringstjenesten ved Sunnaas sykehus deltok for å fremme samhandling om pasient- og pårørendeopplæring på tvers av tjenestenivå. De fleste av brukerne som deltok har en rolle i pasient- og pårørendeopplæring ved sykehuset. Vårens kurs er betydelig revidert med økt fokus på aktive læringsformer og bruk av ulike pedagogiske verktøy for å fremme læring.

- **Organisering av pasient- og pårørendeopplæring i sykehuset**

OUS ledermøte har vedtatt at det skal lages en modell for mer enhetlig organisering av pasient- og pårørendeopplæring i sykehuset. Den lovpålagte hovedoppgaven om pasient- og pårørendeopplæring er underkommunisert i flere klinikker. Det er bred enighet om at en modell for mer enhetlig organisering kan øke kvaliteten og omfanget av opplæring til pasienter og pårørende, samt bidra til mer systematisk koding og registrering av aktivitet. Sykehuset har vedtatt handlingsplan for oppfølging av avvik etter intern revisjon av koding og registrering av pasientopplæring og tiltak i gruppe, gjennomført høsten 2015.

- **Samvalg**

Sykehuset har som mål for 2016 å implementere to samvalgsverktøy i klinikk. Det er startet et arbeid om ferdigstilling og implementering av samvalgsverktøy for pasienter med HIV. Sykehuset var i april medarrangør for konferansen "*Pasienter – de viktigste endringsagentene*". Konferansens deltakere besto av 50 % helsepersonell og 50 % pasienter/ brukere. Samvalg var et svært sentralt tema, og det ble også vist til eksempler ulike metoder og praksiseksempler som fremmer læring, mestring og medvirkning.

- **Strategisk utvikling**

Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring har opprettet et regionalt helsepedagogisk nettverk, der OUS er representert. Hensikten er å styrke kompetanse i helsepedagogikk i helseforetakene og bedre samordningen av arbeidet i og mellom foretakene, blant annet utvikling av e-læring til pasienter og pårørende.. Aktuelle tema er kvalitetssikring av pasient- og pårørendeopplæring regionalt og nasjonalt samt forankring av oppgaven i helseforetak. OUS deltar også i nordisk nettverk for pasient- og pårørendeopplæring. Fagnettverket arbeider for å styrke pasient- og pårørendeopplæring, dele erfaringer og skape synergier på tvers i Norden. OUS har laget filmen *Skulle ønske du visste...* hvor pasienter og pårørende forteller hva de mener er viktig når det gjelder informasjon, opplæring og medvirkning i sine pasientforløp. Filmen vises nå som en del av sykehusets introduksjonsdag til alle nyansatte. Pasient- og pårørendeopplæring er et av temaene som ble fremmet på årets samhandlingsseminar mellom OUS og sektorbydelene. Deltakerne fikk presentert forskning som viser at det er økonomisk lønnsomt med god opplæring til pasienter og pårørende i tillegg til at opplæringen er med å bedre livskvaliteten.

- **Helseinformasjon til pasienter og pårørende**

Helseinformasjonsforståelse/health literacy handler om evnen til å tilegne, forstå, vurdere og ta i bruk informasjon. Dette kan være en utfordring for alle pasienter og pårørende uavhengig av alder, kjønn, etnisitet og sosioøkonomisk status. OUS har derfor økt fokus på å formidle kunnskap om helseinformasjonsforståelse for å fremme kunnskapen og bevisstheten hos pasienter, pårørende og ansatte. Målet er at sykehuset formidler god helseinformasjon til pasienter og pårørende og legger til rette for at pasienter og pårørende omsetter informasjon til kunnskap. Dette gjelder også helseinformasjon på andre språk. Temaet er løftet inn i Kurs i pasient- og pårørendeopplæring, på OUS nettsider og i tverrfaglig klinisk kompetanseprogram.

Tiltak knyttet til helseinformasjonsforståelse, er nedfelt i sykehusets handlingsplan for kvalitet- og pasientsikkerhet og i handlingsplan for Det gode pasientmøtet.

- **Barn som pårørende arbeidet ved OUS**

Alt helsepersonell har plikt til å ivareta barn og unge som pårørende (Helsepersonelloven § 10A). Oppnevningen av barneansvarlige er en lovpålagt oppgave i spesialisthelsetjenesten. Foretaket har i 2016 ca. 180 barneansvarlige som er koordinert gjennom «Råd for barn som pårørende».

I Handlingsplan 2015 – 2017; ”Det gode pasientmøtet”, er det nedfelt at pasientens evne til å ta ansvar for egen helse, behandling og omsorg skal styrkes. Denne våren begynte implementeringen av den reviderte og kunnskapsbaserte overordnede retningslinjen «Barn som pårørende» og er videre et kontinuerlig arbeid. Et viktig tiltak som bidrar til å videreutvikle og styrke fokus på barn som pårørende, er etableringen av foretakskoordinator for barn og unge ved sykehuset.. Foretakskoordinator er leder av Råd for barn som pårørende.

Rådet arrangerer jevnlig fagdager for barneansvarlige i klinikkene og andre interesserte.

Applikasjonen ”Meg Også” ble lansert i mars. Den er utviklet fra boken ”Meg Også” og rettet mot barn som pårørende i hele landet. Appen er diagnoseuavhengig og vil være tilgjengelig for alle som ønsker å laste den ned til nettbrett. Råd for barn som pårørende bidrar nå til implementering og spredning av informasjon til aktuelle brukere og instanser som bør kjenne til appen. Ved siden av dette er det utviklet en invitasjon til barn og unge som pasient/foreldre kan ta med seg hjem og gi til sine barn. Informasjonen skal ufarliggjøre å komme på besøk på sykehuset, samt hilse på helsepersonell og kanskje få svar på noen av sine spørsmål om de ønsker det. Det er også en brosjyre/invitasjon til søsken som pårørende under utvikling.

I forbindelse med Ungdomshelseuka ble fokuset på barn og unge løftet fram i nyhetssaker i rikspresen/TV, i tidsskrifter og internt i OUS. Alle saker har understreket betydningen av at OUS nå har en Foretakskoordinator for barn og unge som skal bidra til at barn og ungdom blir godt ivaretatt og at kompetanse og fokus på denne gruppen samles og økes.

Veiledningstilbud til barneansvarlige er denne våren tilbudt alle sykehusets klinikker

INTERNASJONALT SAMARBEID

- **Malawi**

OUS fikk i mai 2016 innvilget 6,2 mill i året for 3 år til et nytt kirurgiprojekt i Malawi. Samarbeidet innebærer kompetansebygging til fagene nevrokirurgi, Barnekirurgi, Barneanestesi og Barneintensiv. Planlagt oppstart august 2016.

- **Etiopia**

Onkologiprojektet er utvidet. 10 studenter er tatt opp i til Masterutdanning i Onkologisk sykepleie i Addis Abeba. OUS og Høgskolen skal i disse dager skrive under en avtale om å sende lærere fra Høgskolen til Universitetet i Addis for å undervise i Onkologiske fag. I mai har 2 lærere fra høgskolen, 1 farmasøyt og 2 barneonkologiske sykepleiere vært og undervist i Etiopia.

22 leger går nå i utdanning for å bli Onkologer. Fra høsten sender OUS 2 onkologiske sykepleiere til Addis for å hjelpe til med å bygge infrastruktur ved sengeposten i Addis. Engasjement med varighet for 1 år av gangen.

- **India**

Vi har hatt besøk av en Indisk delegasjon fra Delhi i India. Kalawati Hospital. Intensjonen er å starte et nytt samarbeid med dem hvor vi skal undervise i basal Nyfødtbehandling, etablere melkebank samt samarbeide med Lærdal om å bygge et SIM senter. En delegasjon fra OUS reiser ned til Delhi i Juni for å ferdigstille søknad til myndighetene. Samtidig er det planlagt et besøk i Jaipur hvor vi skal trygge utfasing og videre samarbeid.

LIKEVERDIGE HELSETJENESTER

- **Refleksjonshåndbok – Refleksjonsgrupper om mestring og mangfold**

30. mars 2016 arrangerte Seksjon for likeverdig helsetjeneste et frokostmøte der refleksjonshåndboken «Om mestring av flerkulturelle utfordringer» ble lansert. Rundt 60 interesserte møtte opp. Håndboken er et resultat av et forsknings- og utviklingsprosjekt ved Oslo universitetssykehus (OUS) og Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) i 2015. Et opplegg for refleksjon rundt flerkulturelle utfordringer som helsepersonell møter i sitt arbeid ble testet og utviklet og tilpasset helsetjenesten. Nå ønsker vi at metoden skal bli brukt av avdelinger og fagmiljøer i sykehuset, som et viktig verktøy for å bidra til faglig refleksjon som et bidrag til å yte en mer likeverdig helsetjeneste til våre pasienter.

Prosjektfasen: 6 refleksjonsgrupper med personell fra ulike avdelinger ved OUS og med ulik profesjonsbakgrunn har deltatt i FOU-prosjektet. Gruppene har møttes 4 ganger á 1 ½ time, over en periode på 6 måneder. Tilbakemeldingene fra deltakerne var svært gode, der ca 67% var svært fornøyd med å delta i refleksjonsgrupper og 81% opplevde det som relevant for sitt arbeid.

Seksjon for likeverdig helsetjenester ønsker å videreføre arbeidet med refleksjonsgrupper etter endt prosjektperiode. Vi vil følge opp avdelinger og seksjoner som er interessert, og kan kurse tilretteleggere som kan lede gruppene.

- **Kulturveileder**

Kulturveiledernetverket består nå av ca 85 ansatte ved Oslo universitetssykehus som har tatt videreutdannelsen i *Flerkulturelt helsearbeid* ved Høyskolen i Oslo og Akershus (30 stp). I vår har nettverket arrangert én fagdag der tema var flyktingers helse, og flerkulturelle pasienter sett i forhold til autonomibegrepet. Rundt 35 ansatte deltok. Noen av kulturveilederne inviterte med seg en kollega for å være flere til å ta med seg ny kunnskap tilbake til avdelingen. I tillegg ble det arrangert en 3 timers inspirasjonssamling i februar for å dele erfaringer fra rollen som kulturveileder og diskutere aktuelle problemstillinger og temaer.

Flere medlemmer av nettverket har også vært sentrale i arbeidet med utarbeidelsen av refleksjonshåndboka om mestring og mangfold, og bidratt som tilretteleggere for refleksjonsgrupper på egen arbeidsplass.

Vi ser at det er et stort behov for helsepersonell med ekstra kompetanse på flerkulturelle pasienter og pårørende, og ønsker å jobbe videre for å rekruttere flere til rollen som kulturveiledere på OUS.

FAFUS

FAFUS (Familieplanlegging og forebygging av uønskede svangerskap og abort) var et prosjekt som ble drevet i Kvinneklinikkens lokaler fra 2010- 2015. FAFUS har tilbudt gratis prevensjon og veiledning til innvandrerkvinner, en kveld i uken. Prosjektet fikk midler til å utarbeide en håndbok for helsepersonell som ønsker å starte et liknende tilbud i kommune/bydel. Seksjon for likeverdig helsetjeneste har bistått arbeidet med håndboken, og den er nå sendt til trykk.

- **Hvis du blir syk**

Seksjon for likeverdig helsetjeneste har utarbeidet en informasjonsplakat som forklarer personer med svake leseferdigheter hva de skal gjøre hvis de blir syke. AMK-sentralen, samhandlingsoverlege i Stab samhandling og internasjonalt samarbeid, legevakten i Oslo kommune og brukere har deltatt i utarbeidelsen. Denne gjøres i disse dager tilgjengelig på sykehusets nettsider, og vil også bli distribuert til relevante instanser i Oslo.

- **Strategi**

Det utarbeides ny strategi for likeverdig helsetjeneste og mangfold for 2016- 2019. I midten av april ble det arrangert en idédugnad for eksterne aktører. Invitasjonen ble sendt ut "bredt og målrettet". 22 deltakere fra diverse interesse- og brukerorganisasjoner (blant annet Døveforbundet, Røde kors, Likestillings- og diskrimineringsombudet, Senter for papirløse migranter, Sanitetskvinnene, Islamsk råd Norge, Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn, Rådet for innvandrerorganisasjoner i Oslo med mer), fagmiljøer (NAKMI), Velferdsetaten i Oslo kommune/Ressurssenter for migrasjonshelse, UDI og HSØ deltok. 11. mai ble det arrangert en tilsvarende idédugnad for ansatte i sykehuset. 15 ansatte deltok; ledere, kulturveiledere og tillitsvalgte. Det sendes ut en Questback til ansatte om blant annet hva de synes er den største utfordringen med å tilby likeverdige helsetjenester på sin avdeling. Alle tilbakemeldinger og innspill skal jobbes med av en intern gruppe, som utarbeider forslag til strategi og handlingsplan. Denne sendes på høring i sykehuset, før den tas opp til behandling/vedtak i hhv OUS ledermøte og styret.

- **Norskundervisning**

Det arrangeres for femte år på rad norskkurs for ansatte på OUS. Det gjennomføres i samarbeid med Voksenopplæringen Skullerud, finansiert med BKA-midler fra VOX. Kurset startet mars 2016 og vil vare til februar 2017. Det var 83 ansatte som søkte om plass, og 63 fikk tilbud om kurs. De som ble prioritert var ansatte med manglende basiskompetanse (liten formell kompetanse og/eller lav utdanning), ansatte med pasientkontakt og ansatte som kunne noe norsk fra før (deltakerne må kunne noe norsk for å nyttiggjøre seg undervisningen), men på et lavere nivå enn Bergenstesten. Det er satt opp fire grupper med ulikt norsknivå. De som deltar får fri (med lønn) til å delta på kurset. Det foregår en dag i uken fra kl 13.00- 16.00 over et skoleår, totalt ca 130 timer.

- **Tro og livssyn; Samtalepartnere om tro og livssyn**

Samtalepartnerteamet om tro og livssyn har til nå i vår fått 11 henvendelser, der en del av henvendelsene har endt opp i flere samtaler. I tillegg har vi fått 4 henvendelser der

ønsket var en trosretning som samtalepartnerteamet ikke dekker, og vi henviste videre til det aktuelle trossamfunnet slik at prest/avdeling kan gjøre direkte avtale med dem. Det er et videre behov for økt markedsføring av ordningen og opplæring av helsepersonell for at samtalepartnerne skal bli mer brukt. I tillegg har Seksjon for likeverdig helsetjeneste viktig kontakt med prestetjenesten ved OUS for å styrke samarbeidet mellom aktører som utøver tros- og livssynsbetjening ved sykehuset. Seksjon for likeverdig helsetjeneste har skrevet under en søknad til Kulturdepartementet sammen med Samarbeidsrådet for tros og livssynssamfunn, og Universitetet i Oslo v/ Teologisk fakultet, samt flere andre universitetssykehus, om penger til å arrangere et nytt og mer omfattende kurs ved Teologisk fakultet for å rekruttere flere samtalepartnere.

I juni 2016 inngås det samarbeidsavtale med Akershus Universitetssykehus om bruk av samtalepartnerteamet, lik avtalene som allerede foreligger med bla Diakonhjemmet, Lovisenberg, Sunnaas og Politiet. Tilsvarende avtale forhandles også i disse dager med Sykehjemsetaten. Det er en fordel for representantene i samtaleteamet at ordningen spres til flere instanser, slik at de hyppigere får benyttet sin kompetanse.

- **Menn og mestring av helse**

Oslo universitetssykehus har sammen med Reform- ressurscenter for menn, gjennomført et prosjekt knyttet til menn og deres håndtering av sykdom og/eller skade. Prosjekt hadde til hensikt og utforske menns behov for et Lærings- og mestringstilbud (LMS-tilbud) og hva som skal til for at menn skal benytte seg av slike tilbud. Bakgrunnen for prosjektet er at menn er underrepresentert som deltagere i LMS-tilbud og at tilbudene er, med få unntak, lite differensiert på bakgrunn av kjønn. Fokusgruppeintervju ble valgt som metode og til sammen 25 menn og pårørende deltok.

Mennene, men også kvinnelige og mannlige pårørende, forteller om en vanskelig prosess for å oppsøke og ta i mot hjelp til å mestre livssituasjonen og om hvordan tradisjonelle maskuline idealer kan stå i veien for gode mestringsstrategier når menn rammes av sykdom/skade. En sterk arbeidsidentitet og forpliktelse til arbeidet, behov for å ha kontroll og bevare sin autonomi samt tilbaketrekning er sentrale tema for menn og deres pårørende. Både mennene og de pårørende uttrykker et klart behov for mestringstilbud *for* menn og *på* menns premisser. Pårørende kan være kvinner, menn og barn. De kvinnelige pårørende er ofte de som tar initiativet til at mennene skal søke helsehjelp og de tar et stort ansvar for mannens helse. De pårørende etterlyser på sin side informasjon fra helsevesenet om konsekvenser av sykdommen/skaden som rammer deres menn, og de ønsker kunnskap om hvordan forvalte pårønderollen.

Prosjektrapporten er bredt presentert og er distribuert til Lærings -og mestringssentrene ved samtlige sykehus i landet, til alle kommuner som tilbyr lærings mestringstjenester ved egne sentra eller Frisklivssentraler, til et 20 tall brukerorganisasjoner, og i diverse pasient og pårørende fora, nasjonalt, regionalt og lokalt.

Rapporten *Å være mann og håndtere sykdom – en utfordring. Hvordan tilpasse et lærings- og mestringstilbud for menn* (Oslo universitetssykehus & Reform – ressurscenter for menn) kan lastes ned her:

http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss_/avdelinger_/likeverdige-helsetjenester_/Sider/Mannehelse.aspx

- **Tolkesentralen**

Tolkesentralen ble overført fra prosjekt til drift fra 1.1.2016. Dette innebar en organisatorisk overflytning fra DST/SAH/Likeverd til OSS/AFF/Avdeling for personalforvaltning fra 1.6.2016.

Det har blitt avholdt to møter i Styringsgruppen for Tolkesentralen, 5.2.2016 og 25.05.2016. På møtet i mai ble det i forbindelse med etableringen av Tolkesentralen i ordinær drift lagt frem et forslag til nytt mandat for et samarbeidsråd, som erstatning for styringsgruppen.

Tolkesentralen har opplevd en vekst i oppdragsmengden i første halvår. I perioden januar til mai ble det levert 8841 oppdrag. Dette er en økning på 27 % fra foregående periode. Dekningsgraden på utførte oppdrag var 93 % fra august til desember 2015. Hittil i 2016 var dekningsgraden 88 %. I tillegg ble 6,8 % av bestillingene stående udekket til tross for at bestiller ble tilbudt tolk på et alternativt tidspunkt eller et annet kjønn enn ønsket. Andelen ukvalifiserte tolker økte fra 4 til 6 %, mens andelen statsautoriserte tolker økte fra 38 til 41 %. Resten av oppdragene ble utført av tolker med universitets- eller høyskoleutdanning i tolkefag. Andelen fjerntolkingsoppdrag har økt fra 5 til 7 %. Ca. 20 % av oppdragene blir bestilt til samme dag og 10 % mindre enn tre dager før. Dette er en stabil trend. Ca. 48 % av oppdragene blir bestilt via web, resten på telefon.

Flyktningssituasjonen har gjort at det har vært krevende å dekke oppdrag på språk som arabisk, sorani, persisk, dari og pashto. Det har derfor gjort en betydelig innsats i å rekruttere flere kvalifiserte tolker på disse språkene og det har også blitt inngått rammeavtaler med studenter på tolkeutdanningen etter en nøye vurdering av den enkeltes egnethet. Det har også blitt lagt ned en innsats i å lage rutiner for samarbeid med tolker på de aktuelle språkene, og i samarbeid med andre offentlige tolkebrukere som benytter seg av de samme tolkene. Etter en rekrutteringsprosess som startet opp høsten 2015, har Tolkesentralen gitt fast ansettelse til tre nye medarbeidere. Ansettelsene er gjort innenfor eksisterende budsjettamme. Rutinene for oppgavefordeling internt har blitt styrket og det er nå overlappende kompetanse på alle administrative oppgaver. Det har blitt gjennomført flere kurs både for tolker og for ansatte ved OUS, Ahus og Sunnaas. Tolkesentralen deltar etter henvendelse fra avdelingene på møter med ansattgrupper som ønsker informasjon om rutiner for bestilling av og kommunikasjon via tolk.

I FOU-prosjektet «Skjermtolking – når tolken er et annet sted» har det ferdigstilt to delrapporter. I den teknologiske rapporten, levert 31.3, gis først en oversikt over teknologi i bruk i dag, deretter presenteres teknologiske erfaringer innhentet fra tolketjenester og tolkebrukere i offentlig sektor, før det gis en gjennomgang av erfaringer fra utprøving av forskjellige tekniske løsninger. Avslutningsvis ses funnene fra de ulike delene av rapporten i sammenheng og det pekes ut noen hovedretninger for videre arbeid. Jessica P.B. Hansens mastergrad i samtaleanalyse og retorikk «Interpreting at a distance. A comparative analysis of turn-taking in video remote interpreting and on-site interpreting» ved Institutt for lingvistik og nordiske studier inngår også prosjektet. Mastergraden ble levert i mai og avventer sensur.

- **Foredrags- og undervisningsvirksomhet**

Ansatte ved Seksjon for likeverdig helsetjenester har til nå i år hatt ca 14 foredragsoppdrag internt på sykehuset, for eksempel på Ungdomshelseuka, internsertifiseringen til kontorfaglig personell ved OUS, nyansattdag, lederprogram,

og ved andre lokale enheter på sykehuset. I tillegg har det vært eksterne oppdrag, for eksempel for Cappelenutvalget/Finansdepartementet. På denne måten bidrar vi til å heve kompetansen til ansatte og andre om mangfold og likeverd, som de kan ta med seg i møte med pasienter, pårørende og egne kollegaer. Tolkesentralen har også hatt betydelig kompetansehevende tiltak, både for tolker og ansatte på hhv OUS, Ahus og Sunnaas (ref forrige avsnitt).

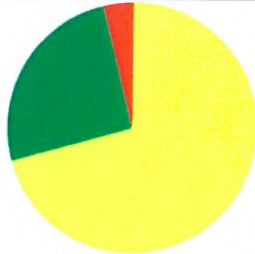


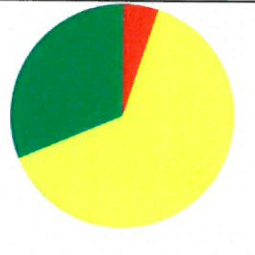
3. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- **Pengekrav mot tidligere ansatt**
Sykehuset har tatt ut forliksklage mot tidligere ansatt for å ha opptrådt lovstridig og uregelmessig i tilknytning til sin tidligere stilling i sykehuset. Saken er henvist til tingretten og det arbeides med en stevning.
- **Erstatningskrav overfor sykehuset**
Sykehuset er stevnet av en ansatt med krav om dekning av utgifter til advokat og medierådgiver og ikke økonomisk tap. Saken gikk for tingretten i januar 2016 og dom ble avsagt 17. februar. Sykehuset ble frifunnet og tilkjent sakskostnadene. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og berammet til april 2017.
- **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 og resultatet ble frifinnelse for sykehuset.
- **Lønnskrav og etterbetaling**
En ansatt har tatt ut forliksklage med krav om lønnsjustering og etterbetaling av lønn.
Saken har vært i Forliksrådet og dom ble avsagt 30. april med resultat at sykehuset ble frifunnet.
- **Twist om usaklig oppsigelse m.v.**
En ansatt har tatt ut stevning med påstand om ugyldig oppsigelse og krav om erstatning, samt påstand om brudd på regler om fortrinnsrett. Saken er berammet til ultimo august.
- **Varsling - gjengjeldelse**
En stipendiat har stevnet sykehuset med krav om oppreisning og erstatning med grunnlag i påstand om varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten og gjengjeldelse for dette. Det arbeides med tilsvar.

4. MEDIEOMTALE 1. FEBRUAR – 31. MAI 2016

Antall mediesaker om sykehuset har gått ned fra 1599 i februar, til 1001 i mai. Medieomtalen for denne perioden er i det alt vesentlige vektet nøytralt. Medievakten har hatt 527 innkomne henvendelser i samme periode.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
Mai 2016	1001		Positiv: 25 Nøytral: 71 Negativ: 4	Perioden har vært preget av omtale av interne ventelister, budsjetter og generell omtale av skadde pasienter bragt til sykehuset.
April 2016	1170		Positiv: 25 Nøytral: 64 Negativ: 10	Perioden har vært preget av en arbeidskonflikt blant noen av transplantasjonskirurgene og debatt om fremtiden på Aker sykehus.
Mars 2016	1193		Positiv: 26 Nøytral: 59 Negativ: 15	Perioden ble preget av flere transplantasjonssaker og bruk av tvang i psykiatrien.
Feb 2016	1599		Positiv: 31 Nøytral: 63 Negativ: 5	Perioden ble preget av debatt rundt åpenhetskultur i sykehusene, samt debatten rundt svangerskapsavbrudd ved flerlingsvangerskap.

Interne ventelister

Mot slutten av mai hadde Dagens medisin ventelister som tema og tok særlig opp interne ventelister. Fokuset var på at ventelistene etter at pasientene har kommet inn i sykehuset kan være veldig lange, og at dette ikke sanksjoneres på samme måte som andre venteliste-saker.

En av sykehusets klinikker ble trukket frem som eksempel, med over 15.000 pasienter på såkalt intern venteliste. Dette skapte debatt i mediene. Sykehusets ledelse stilte i debatt i Dagsnytt 18 og forklarte godt sykehuset håndtering av ventelistene.

Budsjetter

Frem mot det ekstra styremøtet i slutten av mai ble det satt fokus på budsjettssituasjonen i sykehuset. Selv om sykehusets ledelse forklarte situasjonen og kommenterte saken, blir den vektet negativ.

Ekspertuttalelser

Sykehusets eksperter er nesten daglig representert i mediene og uttaler seg om sine spesialfelt, noe som gir et solid inntrykk av sykehuset og skaper trygghet hos pasientene.

Spesielt for sommersesongen er utallige henvendelser om soling, solkrem og faren ved føflekker. Flere av sykehusets hudleger har stilt opp i ulike kanaler og uttalt seg. Mot sommeren kommer også henvendelser om fødselstallene, og personell fra fødeavdelingen har svart ut i media.

Sosiale medier som kanal

Sosiale medier er en viktig kanal for sykehuset. Ulike saker spres i ulike kanaler. Herunder kan nevnes:

Twitter

Twitter er en effektiv kanal for å formidle pressemeldinger, forskningsstoff og faktaopplysninger. Antall følgere har økt til over 7300, dette er i stor grad journalister og personer med særlig interesse for helsevesenet, fag og forskning.

Facebook

På vår Facebookside legger vi ut et mangfold av saker. De mest leste denne perioden er:

- Brannbilenes og ambulansenes dag feires med besøk hos barna på sykehuset
- Nyrenoverte operasjonsstuer på Aker vises frem
- Priser til fremragende forskere ved sykehuset
- Tove Strand slutter og hylles av kolleger
- Vi utvikler en mer treffsikker test for brystkreft
- Nyoppussede operasjonsstuer i Storgata
- «Disse føflekkene bør du være oppmerksom på»
- HMK Garden lager 17.mai-stemming på sykehuset til glede for yngre og eldre pasienter

Instagram

Her når vi ut til stadig flere. På kontoen deles bilder av ulike aktiviteter i sykehuset stemningsbilder og det helt hverdagslige er mest populært.

Omdømme

I mars gjennomførte Helse Sør-øst en omdømmeundersøkelse i sykehusområdet. Resultatene viser at OUS skårer høyt innenfor sine kjerneoppgaver. Pasientene som tilhører OUS er de som er mest fornøyd med sitt lokale sykehusstilbud, 72 prosent er svært eller ganske fornøyd med sitt lokale sykehusstilbud. Det er også stor tiltro til at pasientene skal få den hjelpen de trenger, 88 prosent har meget eller ganske stor tiltro til at de får den hjelpen de trenger om de skulle bli syke eller skadet. Det samme gjelder på spørsmålet om sykehuset yter god pasientbehandling, hvor 80 prosent er enige i den påstanden. To av tre mener at sykehuset nyter stor tillit hos folk og 60 prosent mener OUS fremstår troverdig i media. Hva gjelder spørsmål om ledelse, svarte seks av ti «Vet ikke» om sykehuset har god ledelse. Det samme på spørsmål om sykehuset er godt organisert og forvaltning av offentlige midler.

5. VEDLAGTE REFERAT OG PROTOKOLLER

- Protokoll fra foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF torsdag 9. juni 2016
- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 21. april 2016
- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 25. april 2016

PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Torsdag 9. juni 2016 klokken 09:15 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF i Møtesenteret Grev Wedels plass 5 (6. etg), Oslo.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Årlig melding 2015, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 14
4. Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2015, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6
5. Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44
6. Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Til stede var:

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

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

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

Fra konsernrevisjonen Helse Sør-Øst møtte Liv Todnem.

Fra styret i Oslo universitetssykehus HF møtte:

Styreleder Stener Kvinnsland

I tillegg møtte fra administrasjonen i Oslo universitetssykehus HF:

Administrerende direktør Bjørn Erikstein
Viseadministrerende direktør Morten Reymert
Direksjonssekretær Jørgen Jansen

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sign.:


AKO


SK

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

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

Styreleder Stener Kvinnsland ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjernes. Foretaksmøtet er loelig satt.

Sak 2: Dagsorden

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

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjernes.

Sak 3: Årlig melding 2015, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 14

Vedtektenes § 14 inneholder pålegg om at Oslo universitetssykehus HF hvert år skal sende en melding til Helse Sør-Øst RHF som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. Rapport om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av oppdrag og bestillingsdokumentet til Oslo universitetssykehus HF for 2015.

Oslo universitetssykehus HF har for 2015 levert årlig melding innen fristen. Meldingen er gjennomgått i Helse Sør-Øst RHF og vurdert opp mot de krav som er stilt til helseforetaket gjennom oppdrag og bestilling 2015. Foretaksmøtet la til grunn at Oslo universitetssykehus HF i 2015 samlet sett har ivaretatt styringskrav gitt i oppdrag og bestilling og foretaksmøter med Helse Sør-Øst RHF i 2015.

Foretaksmøtet viste til målet om at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk, og at DPS og BUP skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles på regionnivå, gjennom endringer i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Dette målet er tema i de faste oppfølgingsmøtene mellom Oslo universitetssykehus HF og Helse Sør-Øst RHF. Utviklingen i helseforetaket vil bli fulgt opp på samme måte i 2016. Foretaksmøtet viste til at målet har ført til en dreining i helseforetakenes oppmerksomhet og aktivitet mot psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men at utviklingen hittil i 2016 viser at målet ikke kommer til å bli nådd uten at innsatsen styrkes betydelig ved det enkelte helseforetak. Foretaksmøtet forutsetter at styret for Oslo universitetssykehus HF følger utviklingen for å oppnå full måloppnåelse i tråd med krav i oppdrag og bestilling 2016.

I oppdrag og bestilling 2015 er det tatt inn krav om at pasienter i psykisk helsevern så langt det er forsvarlig skal kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten

Sign.:


AKO


SK

medikamenter (medikamentfri behandling). I brev av 25. november 2015 til de regionale helseforetakene har Helse- og omsorgsdepartementet gitt presisering av oppdraget:

- De regionale helseforetakene skal etablere et reelt tilbud til de som ønsker det om valg av alternativer til legemidler, herunder hjelp til nedtrapping og avslutning og igangsetting av andre terapeutiske støtte- og behandlingstiltak. For pasienter i psykisk helsevern som ønsker det bør det utarbeides en plan for nedtrapping/avslutning av medikamentell behandling innenfor faglig forsvarlige rammer.
- Tilbudet skal utformes i en dialog med brukerorganisasjonene. Det innebærer at målet er å etablere tilbudet på en måte som brukerorganisasjonene er tilfreds med. Departementet ber derfor de regionale helseforetakene sørge for at en omforent løsning kommer til uttrykk i en protokoll underskrevet av begge parter, dvs RHF og berørte brukerorganisasjoner. Dette skal da være en rammeavtale for lokalt arbeid.
- Frist for når protokoll skal være undertegnet settes til 01.03.16. Protokollen sendes departementet til orientering.
- Som et ledd i arbeidet og for å vinne erfaringer med medikamentfri behandling skal Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest etablere minst en enhet/post i DPS øremerket for medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling. Helse Sør-Øst skal etablere to slike enheter. Erfaringene skal oppsummeres i samarbeid med brukerorganisasjonene.
- Frist for etablering av slike enheter er 1. juni 2016.

Brukerorganisasjoner og Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid utarbeidet protokoll som er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i henhold til frist 1. mars 2016. Tilbudet skal etableres i 2016 ved Oslo universitetssykehus HF i henhold til protokoll og i tråd med de krav Helse- og omsorgsdepartementet har stilt. Tilbudet skal dekke eget opptaksområde og det legges til grunn at tilbudet er finansiert innenfor den tildelte basisrammen. Helse Sør-Øst vil også presisere styringskrav i tilleggskrav i tilleggskravdokument til oppdrag og bestilling 2016.

For Helse Sør-Øst som helhet er det i 2015 innført 28 pakkeforløp for kreft. Disse er også implementert ved Oslo universitetssykehus HF. NPR-tall for hele 2015 viser at Oslo universitetssykehus HF hadde en andel på 78 prosent nye pasienter i pakkeforløp og at andelen som ble behandlet innen standard forløpstid var på 59 prosent. For Oslo universitetssykehus HF er dermed målet om at andelen kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal være 70 prosent nådd, mens målet om at 70 prosent av pasientene skal være behandlet innen standard forløpstid ikke er nådd.

Det er et ledelsesansvar å lykkes med pakkeforløpene og det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF fortsatt prioriterer dette arbeidet slik at målene gitt i oppdrag og bestilling 2016 nås.

Foretaksmøtet merket seg helseforetakets oppfølging av de fem målene for Helse Sør-Øst og kommenterte spesielt de tre av disse som angår tilgjengelighet, pasientsikkerhet og kvalitet:

- *Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd*
Reduserte ventetider og ingen fristbrudd har i flere år vært prioritert som et av de fem overordnede målene for Helse Sør-Øst. Likevel er målet fra Helse- og omsorgsdepartementet om å redusere ventetidene til under 65 dager ikke nådd på helseregionnivå i 2015.

Oslo universitetssykehus HF rapporterer i sin årlige melding for 2015 at det kan vises til gode resultater og reduksjon av antall ventende, ventetider og fristbrudd. Ved utgangen av oktober ble 92,8 prosent av alle henvisninger vurdert innen 10 dager. Ventetiden for alle ventende er redusert fra 174 dager til 86 dager fra november 2014 til november 2015. Antall langtidsventende er

Sign.:

 AKO

 S.K.V.
SK

redusert fra om lag 2 600 ved utgangen av desember 2014 til 500 ved utgangen av desember 2015.

I årlig melding rapporteres også at antall fristbrudd er redusert fra om lag 1 900 ved utgangen av desember 2014 til 41 ved utgangen av desember 2015 og at det arbeides systematisk med ytterligere forbedring av resultatene.

Foretaksrådet er tilfreds med den positive utviklingen i løpet av 2015 og forutsetter at arbeidet følges opp med sikte på full måloppnåelse i 2016.

- *Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent*

I årlig melding 2015 rapporteres det at prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner de tre første kvartalene i 2015 var 5,6 prosent. Helseforetaket vurderer selv at resultatene ikke er tilfredsstillende og påpeker at det arbeides videre med tiltak for å redusere risiko for sykehusinfeksjoner. Foretaksrådet forutsetter at arbeidet videreføres for ytterligere forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet gjennom reduksjon av andel sykehusinfeksjoner.

- *Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning*

Helseforetaket fremhever i sin årlige melding at det før innføringen av nytt pasientadministrativt system i november 2014 ikke var mulig å hente ut oversikter over hvor stor andel pasienter som fikk tildelt time i forbindelse med bekreftet mottatt henvisning. Oslo universitetssykehus har som mål at 80 prosent av pasientene får timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning, og rapporterer i årlig melding at resultatoppnåelsen per november 2015 var 65 prosent. Foretaksrådet påpeker at måloppnåelsen ikke er god nok, og forutsetter at helseforetakets styre følger opp arbeidet med sikte på at måloppnåelsen blir betydelig bedre i 2016.

Foretaksrådet vedtok:

1. *Foretaksrådet tar årlig melding 2015 fra Oslo universitetssykehus HF til etterretning.*
2. *Foretaksrådet forutsetter at driften ved Oslo universitetssykehus HF innrettes slik at alle styringskrav for 2016 følges opp.*

Sak 4: Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2015, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6

Foretaksrådet viste til resultatkrav for Oslo universitetssykehus HF i oppdrag og bestilling 2015: "*Årsresultat 2015 for Oslo universitetssykehus HF skal være på minimum 175 millioner kroner.*". Styret i Oslo universitetssykehus HF har fremlagt et årsresultat på 110,7 millioner kroner. Det regnskapsmessige overskuddet overføres til annen egenkapital. Det fremlagte årsresultatet innebærer et negativt avvik på 64,3 millioner kroner i forhold til resultatkravet. Foretaksrådet er ikke tilfreds med at resultatkravet for 2015 ikke er oppfylt.

Det fremlagte regnskapet er godkjent av helseforetakets revisor.

Foretaksrådet merket seg at Oslo universitetssykehus HF har tatt inn erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, jf. allmennaksjeloven § 6-16 a og vedtektene § 8 a, som en note i årsregnskapet.

Sign.:

AKO *S.Kv.*
AKO SK

Foretaksrådet vedtok:

Styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2015 godkjennes.

Sak 5: Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning. Oslo universitetssykehus HF har i 2015 mottatt regning på kr 1 089 023 for lovpålagt revisjon. I henhold til helseforetakslovens § 44 annet ledd, godkjente foretaksrådet at revisors godtgjørelse dekkes etter regning.

Foretaksrådet vedtok:

Foretaksrådet godkjenner revisors godtgjørelse for 2015.

Sak 6: Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Etter Helse- og omsorgsdepartementets foretaksråd 4. mai 2016 med de regionale helseforetakene ble nedenstående protokollført for Helse Sør-Øst RHF:

“ Foretaksrådet viste til Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, som ble behandlet i Stortinget 17. mars 2016.

Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akutt sykehus, akutt sykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. I tillegg skal det legges til grunn følgende presiseringer:

- De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akutt sykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.
- Akutt sykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksrådet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.
- Akutt sykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Akutt sykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.
- Eventuell endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.

Foretaksrådet la til grunn at i den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Det skal være team av sykehus akkurat som det skal være team av helsepersonell. Små og store sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Store sykehus må for eksempel overlate oppgaver til mindre sykehus, for å utnytte felles kapasitet og kompetanse.

Foretaksrådet la i tillegg til grunn følgende føringer fra Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan:

- Alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger knyttet til somatisk sengepost og poliklinikk skal ha tilknyttet psykologkompetanse.

Sign.:

 AKO

 SK

- Store akutt sykehus skal ha geriatrisk kompetanse.

Om akuttmedisinsk beredskap:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller krav til innhold i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. Et av punktene er at avtalene skal omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

I merknad til Akuttmedisinforskriftens § 4 - Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester heter det: *"Samarbeidsavtalene må bygge på en samlet gjennomgang av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetakenes og kommunenes ansvarsområder. Lokalisering og dimensjonering av legevakt-tjenesten og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. Samarbeidsavtalene må derfor konkretiseres slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy. Dette innebærer også at det må være dialog mellom helseforetak og kommuner om eventuelle endringer i tilbudet."*

Foretaksmøtet merket seg at Stortinget har presisert at avtalene mellom helseforetak og kommuner om akuttmedisinske tjenester skal være en del av ordningen med tvisteutvalg opprettet i samband med samhandlingsreformen.

Foretaksmøtet viste til at det nå foreligger en første versjon av veileder for helseforetakenes utviklingsplan. Veilederen inneholder anbefalinger om prosess i forhold til ulike interessenter og om risiko-, sårbarhets- og mulighetsanalyse som skal legges til grunn.

Foretaksmøtet la til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med veilederen. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Utviklingsplanene for de ulike helseforetak må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Som ledd i arbeidet med utviklingsplaner skal helseforetakene utarbeide en kommunikasjonsplan. Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan presiserte foretaksmøtet følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene:

- Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.
- Sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettatt.
- I forbindelse med helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner skal de regionale helseforetakene gjennomgå basestrukturen for luftambulanser i Norge.
- Det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.
- Arbeidet med avklaring av akutfunksjoner skal være gjennomført innen 1. april 2017.

Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: *"Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus"*. Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.

Sign.:  

Det ble videre vist til kravet om å legge til rette for samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester om ledelse og lederutvikling stilt i foretaksmøtet i januar 2016. Dette er et krav som er stilt både med bakgrunn i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet) og i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er nødvendig med helhetstenkning og samhandlingskompetanse både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten for å lykkes med å skape pasientens helsetjeneste. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene setter av ressurser for å kunne tilrettelegge for slikt samarbeid med kommunesektoren og KS.

Nasjonal helse- og sykehusplan skal for øvrig legges til grunn for videre utviklingsarbeid i helseforetakene. Det kan bli gitt ytterligere føringer i tillegg til oppdragsdokument 2016 og i det samlede oppdraget for 2017. ”

Helse Sør-Øst RHF er bedt om å legge Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, med presiseringer fra Helse- og omsorgsdepartementet til grunn i sitt arbeid med planer og drift av spesialisthelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF vil komme tilbake med presiseringer av det enkelte helseforetaks ansvar for oppfølgingen i tilleggskdokument til oppdrag og bestilling 2016 og i oppdrag og bestilling 2017.

Det legges til grunn at helseforetaket ikke gjør tilpasninger av sin virksomhet som er i strid med gjeldende fag- og funksjonsfordeling i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst RHF presiserer at virksomhet som er i strid med gjeldende fag- og funksjonsfordeling ikke vil bli gjenstand for DRG-refusjon.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet ber Oslo universitetssykehus HF legge til grunn Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, med presiseringer fra Helse Sør-Øst RHF, i sitt arbeid med planer og drift av spesialisthelsetjenesten.

Møtet ble hevet klokken 10:35.

Oslo, 9. juni 2016.


styreleder Ann-Kristin Olsen


styreleder Stener Kvinnsland

Sign.:





Møteprotokoll

Styre: Helse Sør-Øst RHF
Møtested: Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato: Styremøte 21. april 2016
Tidspunkt: Kl 0915-1545

Følgende medlemmer møtte:

Ann-Kristin Olsen	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Terje Bjørn Keyn	
Bernadette Kumar	
Geir Nilsen	
Truls Velgaard	Til kl 13:30
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, direktør medisin og helsefag Alice Beathe Andersgaard, konserndirektør Atle Brynstad, kommunikasjonsdirektør Gunn K. Sande, direktør teknologi og ehelse Thomas Bagley og konsernrevisor Liv Todnem

Saker som ble behandlet:

026-2016	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

027-2016	GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 10. MARS 2015
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Protokoll fra styremøtet 10. mars 2016 godkjennes.

028-2016	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER FEBRUAR 2016
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten per februar 2016 til etterretning.

029-2016	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER MARS 2016
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten per mars 2016 til etterretning.

030-2016	OPPFØLGING AV STRÅLETERAPIKAPASITETEN I HELSE SØR-ØST – ETABLERING AV NYE STRÅLETERAPIENHETER I SYKEHUSOMRÅDER SOM IKKE HAR EGET STRÅLEBEHANDLINGSTILBUD I DAG
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Likeverdig behandlingstilbud til pasientene er hovedkriterium for all regional planlegging av nye spesialisthelsetjenestetilbud i Helse Sør-Øst.
2. Styret legger til grunn følgende prioriterte rekkefølge for fremtidig utbygging av nye stråleenheter i Helse Sør-Øst:
 - a. Sykehusområdet Vestfold-Telemark
 - b. Akershus sykehusområde
 - c. Vestre Viken sykehusområde
 - d. Østfold sykehusområde
3. Basert på en helhetlig vurdering lokaliseres ny stråleenhet i Sykehusområdet Vestfold-Telemark til Sykehuset Telemark HF, Skien.
4. Investeringsprosjekter som følge av denne utbyggingsplanen behandles som del av økonomisk langtidsplan.

031-2016	ÅRSBERETNING MED ÅRSREGNSKAP OG NOTER 2015
----------	---

Det ble gitt en presentasjon av foretaksgruppens revisor Hans Christian Berger, PWC

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2015.
2. Styret gir styreleder fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen og årsregnskapet for 2015.

032-2016

VALG AV REVISOR

Saken ble behandlet i lukket møte, jf offentleglova § 23 første ledd, jf § 12 litra c

Egen B-protokoll

033-2016

**GJENNOMFØRING AV FORETAKSMØTER MED
HELSEFORETAKENE I JUNI 2016**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret ber styreleder avholde foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst i juni 2016 med behandling av følgende saker:

- Godkjenning av helseforetakenes årsregnskaper og årsberetninger for 2015
- Honorar til revisor i 2015
- Behandling av helseforetakenes årlige meldinger 2015
- Saker som behandles i foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF 4. mai 2016

034-2016

**SYKEHUSET INNLANDET HF – FORNYELSE AV LEIEAVTALE
MED LILLEHAMMER BOLIGSTIFTELSE**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret i Helse Sør-Øst RHF gir fullmakt til Sykehuset Innlandet HF til å fornye leieavtale med Lillehammer Boligstiftelse på vilkår slik de fremkommer av saken.

035-2016	REGIONAL ELEKTRONISK PASIENTJOURNALLØSNING (EPJ)
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner gjennomføring av prosjektet Regional EPJ Standardisering innenfor en kostnadsramme på 363,2 millioner kroner.
2. Styret godkjenner gjennomføring av forprosjekt Regional EPJ Konsolidering innenfor en kostnadsramme på 66,7 millioner kroner.
3. Styret ber om at realistiske gevinstrealiseringsplaner utarbeides og gjennomføres.

036-2016	PASIENTREISER UTEN REKVISISJON – FREMTIDIG ORGANISERING ETTER INNFORING AV NY LØSNING “MINE PASIENTREISER”
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til den anbefalte løsningen der pasientreiser uten rekvisisjon organisatorisk legges til fire enheter knyttet til hvert av de regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS.
2. I løpet av ett år etter at ny løsning er satt i full drift, skal det fremmes en plan for overføring av de regionale enhetene til Pasientreiser ANS

037-2016	MØTEPLAN FOR STYRET I HELSE SØR-ØST RHF I 2017
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner møtekalender 2017 der følgende styremøter inngår:

- Torsdag 2. februar 2017 - Hamar
- Torsdag 9. mars 2017 - Oslo
- Onsdag 26. (seminar) og torsdag 27. april 2017 - Hamar
- Torsdag 15. juni 2017 - Oslo
- Torsdag 14. september 2017 - Hamar
- Torsdag 19. oktober 2017 - Oslo
- Onsdag 15. (seminar) og torsdag 16. november 2017 - Hamar
- Torsdag 14. desember 2017 - Oslo

I tillegg planlegges det en samling med alle helseforetaksstyrene i februar/mars.

038-2016	REVISJONSPLAN 2016-2017 FOR KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST
-----------------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner revisjonsplan 2016-2017.

039-2016	INSTRUKS FOR STYRETS REVISJONSUTVALG OG INSTRUKS FOR KONSERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner revidert instruks for styrets revisjonsutvalg.
2. Styret godkjenner revidert instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst.

040-2016	ORIENTERINGSSAK: FORSKNING OG INNOVASJON TIL PASIENTENS BESTE - NASJONAL RAPPORT FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN 2015
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar rapporten "Forskning og innovasjon til pasientens beste. Nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2015" til orientering.

041-2016	ORIENTERINGSSAK: BESLUTNINGSFORUM FOR NYE METODER - ÅRSOPPSUMMERING 2015
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Beslutningsforum for nye metoders årsoppsummering for 2015 tas til orientering.

042-2016	OREINTERINGSSAK: RAPPORT FOR MILJØ OG SAMFUNNSANSVAR
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret i Helse Sør-Øst tar *Rapport for miljø og samfunnsansvar for Helse Sør-Øst 2015* til orientering.

043-2016	ORIENTERINGSSAK: IKT-INFRASTRUKTURMODERNISERING I HELSE SØR-ØST (LANGSIKTIG SAMARBEIDSAVTALE INNEN IKT-INFRASTRUKTUR)
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar redegjørelsen om arbeidet med IKT-infrastrukturmodernisering til orientering.

Protokolltilførsel fra styremedlem Svein Øverland:

Det forutsettes at det utarbeides et reelt, oppdatert, realistisk og godt alternativ i egen regi som er basert med tilsvarende rammevilkår som for en eventuell ekstern partner.

044-2016	ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

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

045-2016	ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

046-2016

**ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA
ADMINISTRERENDE DIREKTØR**

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra møte i brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF 8. og 9. mars 2016
3. Godkjent protokoll fra møte i revisjonsutvalget 7. mars 2016
4. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 4. april 2016
5. Brev fra Ski Sykehus' Venner datert 14. mars 2016
6. Brev fra Skien kommune datert 5. april 2016
7. Brev fra Vestfold fylkeskommune datert 15. april 2016
8. E-post fra styret i regionsamarbeidet Østre Agder datert 19. april 2016
9. Protokoll datert 20. april 2016 fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte vedr styresak 036-2016 Pasientreiser uten rekvisisjon – fremtidig organisering etter innføring av ny løsning

TEMASAK:

TEMA: Nytt sykehus i Drammen, Vestre Viken HF.

Orientering ved styreleder og administrerende direktør i Vestre Viken HF

Møtet hevet kl. 15:45

Hamar, 21. april 2016

Ann-Kristin Olsen
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Eyolf Bakke

Kirsten Brubakk

Terje Bjørn Keyn

Bernadette Kumar

Geir Nilsen

Truls Velgaard

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

PROTOKOLL

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 25. mars 2016
 Til: Brukerutvalget ved OUS
 Kopi: Tove Strand, Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes
 Dato dok: 27.04.2016
 Dato møte: 25.04.2016
 Referent: Stine Arntzen Selfors
 Tilstede: Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal, Kjell Silkoset, Stine Dybvig, Twinkle Dawes, Kristin Borg, Heine Århus, Arne Olav G. Hope, Veslemøy Ruud, Tommy Sjøfjell og Kim Fangen
 Fra OUS: Bjørn Erikstein (13:00-14:00), Kari Skredsvig (14:00-17:00), Stine Arntzen Selfors
 Forfall: Tayyab Chaudri, Tove Strand

Sak nr	
20/2016	<p>Godkjenning av innkalling</p> <p>Vedtak Innkalling med saksliste godkjent.</p>
21/2016	<p>Direktørens time Administrerende direktør, Bjørn Erikstein svarte ut innsendte spørsmål om ledervisjoner og innføring av e-resept. Det ble også stilt muntlige spørsmål om temaer som åpen henvisningsperiode uten kontakt, SMS-varsling på natten, sykehusets håndtering av alvorlige avvik, tvang i psykisk helsevern, kommunikasjon med pasienter og pårørende i utdanningene/etterutdanningene og status for kapasitetsutfordringene i hovedstadsområdet.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p>
22/2016	<p>Styremøtesaker Rask gjennomgang av styremøtesakene.</p> <p>Vedtak Leder og nestleder stiller på styremøtet 18. mars</p>
23/2016	<p>Orienteringssaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • To nye medlemmer i brukerutvalget: Pål Kjeldsen og Mari Ourum. Velkommen! • Forespørsel om BU ønsker tilsendt nyhetsbrev fra Regional klinisk løsning. De som ikke ønsker at mailadresse skal distribueres til dette, må gi beskjed til Stine. • Brukerutvalgets møte med styret er satt til 29. september

24/2016	<p>Råd/utvalg/konferanser Fordeling av nye henvendelser om behov for brukerrepresentanter.</p> <p>Vedtak</p> <ul style="list-style-type: none"> • Twinkle Dawes oppnevnes til representant i Brukerrådet i Kvinneklinikken • Mari Ourum oppnevnes til representant i Ernæringsrådet • Tove Nakken skaffer mer informasjon om palliasjonsprosjektet på Radiumhospitalet
25/2016	<p>Film og foto i sykehuset – innspill til ny prosedyre og opprettelse av fagråd Kommunikasjonsstaben har bedt om innspill.</p> <p>Vedtak: Innspill sendes til Stine innen mandag 2. mai</p>
26/2016	<p>Informasjonsskjermer - Innspill til innholdet på nyetablerte informasjonsskjermer Stab pasientsikkerhet og kvalitet har bedt om innspill.</p> <p>Vedtak: Innspill sendes til Stine innen mandag 9. mai</p>
27/2016	<p>Handlingsplan for forskning 2016-2017 – oppfølging av forskningsstrategien Assisterende direktør for forskning og innovasjon, Lillian Kramer, inviterte Brukerutvalget til å bidra i utarbeidelsen av punktet om brukermedvirkning i forskning i handlingsplanen for 2016/2017</p> <p>Vedtak: Tove Nakken og Kim Fangen deltar i dette arbeidet</p>
28/2016	<p>Testarena for innovasjon ved OUS Leder for innovasjon, Tor Paassche Utheim informerte om planene for en testarena for innovasjon ved OUS.</p> <p>Vedtak: Tas til orientering</p>
29/2016	<p>Kreftstrategien Spesialrådgiver Per Magnus Mæle og forskningsleder Stein Kvaløy presenterte utkast til Kreftstrategi for OUS.</p> <p>Vedtak: Innspill sendes til Stine innen mandag 2. mai. Tove og Stine lager en høringsuttalelse som sendes inn senest 17. mai.</p>
30/2016	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vi benytter oss ikke av reservertiden 23. mai, så neste møte i Brukerutvalget er 20. juni