

Virksomhetsstatus for Sunnaas sykehus HF

31.8.2017

Adm.dir. vurdering av foretaket

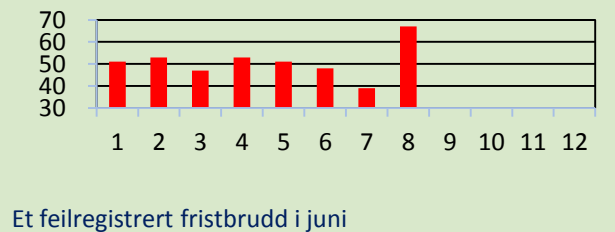
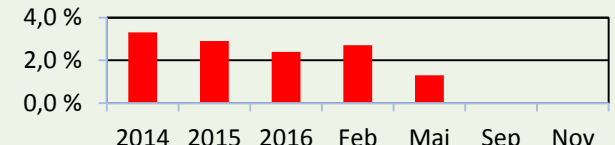
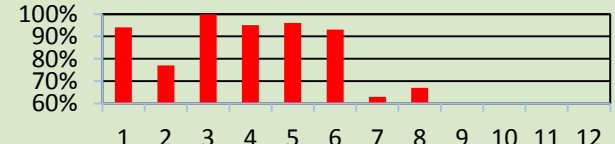
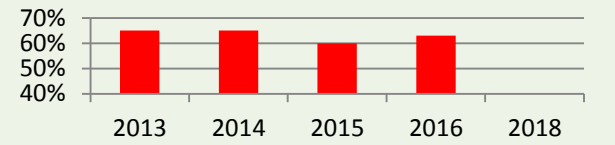
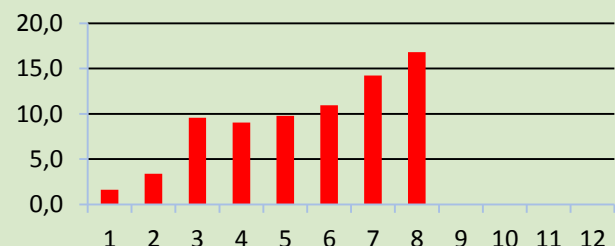
Gjennom årets to første tertial 2017 har Sunnaas sykehus HF levert stabilt og godt i henhold til bestillingen i oppdragsdokumentet.

Spesielt positivt så langt i 2017:

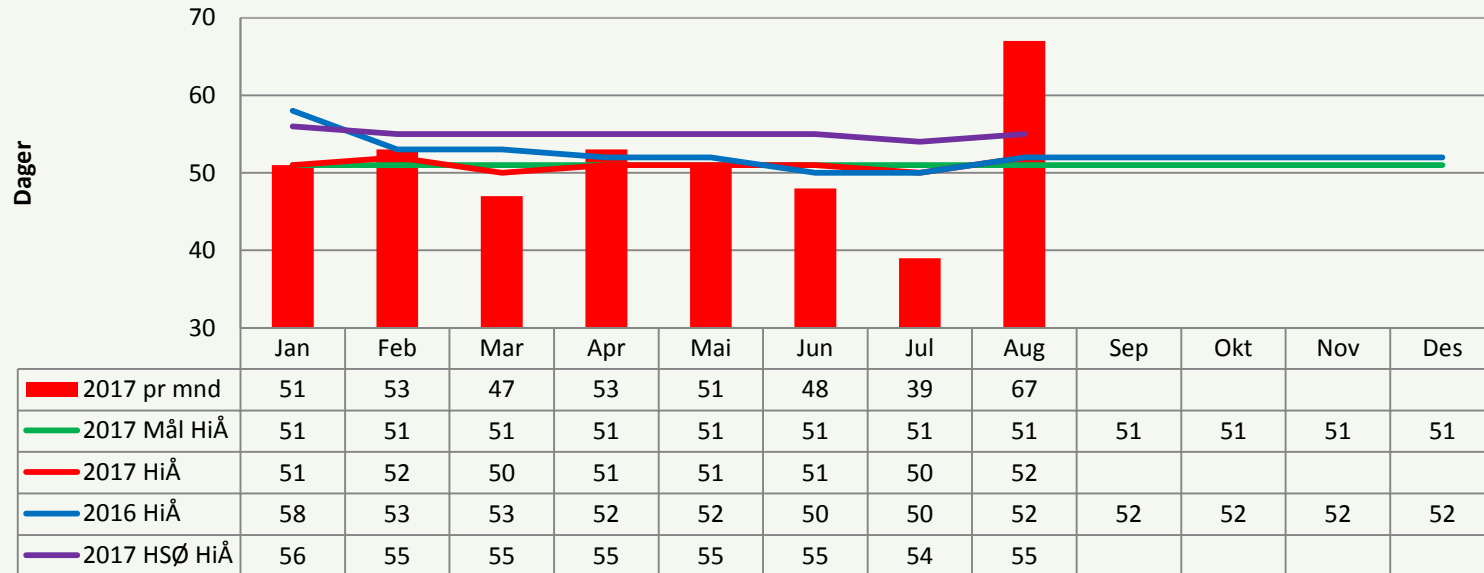
- Antall polikliniske konsultasjoner, innleggelseser og antall DRG både på poliklinikk og heldøgn er høyere enn budsjett hittil i år
- Økonomisk resultat pr august er 16,8 millioner bedre enn budsjett.
- Høy aktivitet innenfor forsknings- og innovasjonsfeltet
- Foretaket har god kontroll på bruk av månedsverk

Prioriterte aktiviteter i 2017:

- Prosess med regional utviklingsplan for Rehabiliteringsfeltet i HSØ
- Aktiv bidragsyter i arbeidet med en mer optimal finansieringsmodell for aktiviteten i Sunnaas sykehus (HSØ - initiert)
- Ivareta og videreutvikle SunHF's 5 bærebjelker (Klinikk – Forskning – Samhandling – Innovasjon – Internasjonale aktivitet) i hht. foretakets vedtatte strategier.
- Avklare Sunnaas sykehus HF's rolle i forhold til Samhandlingsreformen og samhandling med primærhelsetjenesten
- Videre utvikling av Regional kompetansetjeneste rehabilitering
- Implementering av Strategi Sun HF 2030 – vedtatt av styret 22.06.16
- Standardiseringsprosjektet – regional EPJ (elektronisk pasientjournal)
- Økt satsing på IKT og digitaliseringen av foretaket

Nr.	Hovedmål 2014-2020	Mål	Utvikling	Status
1	<ul style="list-style-type: none"> Ventetiden er redusert Pasienten opplever ikke fristbrudd. 	Under 65 dager	 <p>Et feilregistrert fristbrudd i juni</p>	<p>HiÅ 52 dager</p> <p>0,1 % fristbrudd</p>
2	Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.	Under 3 %		<p>2017 2,0 %</p>
3	Pasienten får timeavtale sammen med svar på vurdert henvisning «direkte time»	100 %		<p>Resultat hentes ut hver 15. i mnd.</p>
4	Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen.	100 %		<p>2016 63%</p>
5	Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.	Balanse		<p>Resultat er 30,8 mill. som gir et positivt avvik på 16,8 mill.</p>

Gjennomsnittlig ventetid avviklede



Ved kontroll av data for august fant foretaket en feilregistrering der en pasient var registrert med «start behandling» i 2020. Dette ga den ene pasienten 1117 ventedager mer enn reelt. Justerer vi for dette er ventetiden 67 dager for august. For Sunnaas går alltid ventetid opp etter sommerstenging.

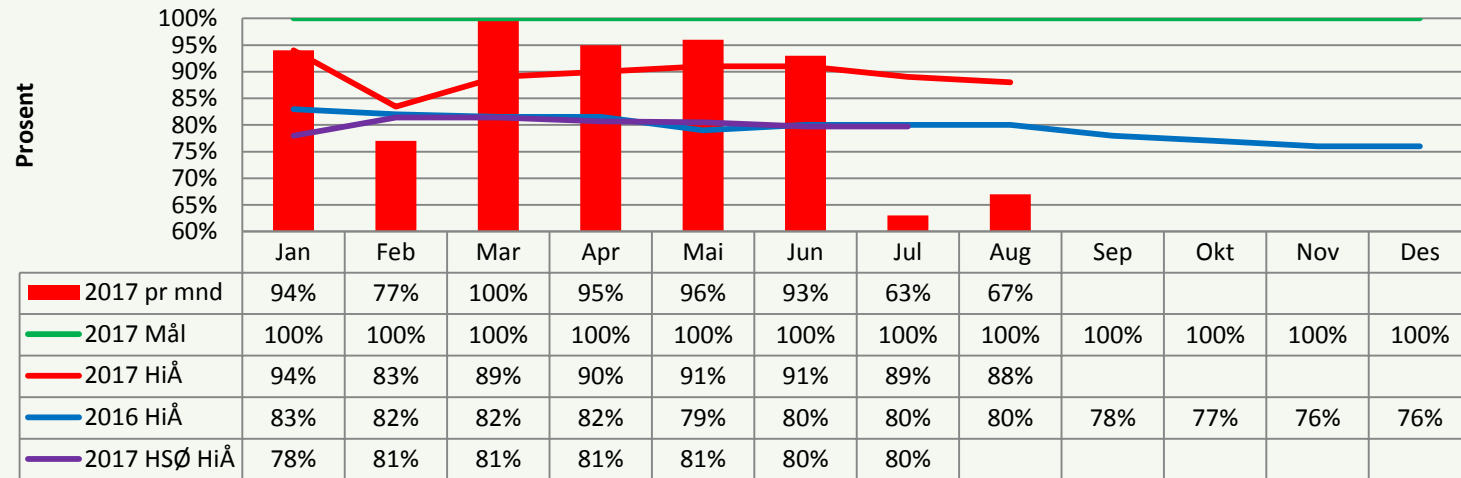
Endringen er gjort i DIPS og vil være riktig i NPR-melding for lukket 2. tertial. Ventetid HiÅ er 52 dager.

Et feilregistrert fristbrudd i juni

Definisjon av indikatoren og rapportering

Ventetider skal være basert på NPR-data og NPR-definisjoner og gitte krav om rapportering fra HOD. Antall, gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter (med/uten rett) i spesialisthelsetjenesten.

"Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning"



Helse Sør – Øst RHF har utarbeidet ny definisjonskatalog på denne parameteren.

Foretaket gjennomgår interne retningslinjer for å sikre at registreringer i pasientsystemet er i henhold til ny definisjonskatalog.

Resultat hittil i år er 88 % og for august er 67 %.

Tiltak:

- Redusere vurderingstid av mottatte henvisninger
- Gjennomgang av arbeidsflyt
- Utarbeide retningslinjer for pasienter som overføres direkte fra akuttsykehus

Effekt av tiltak:

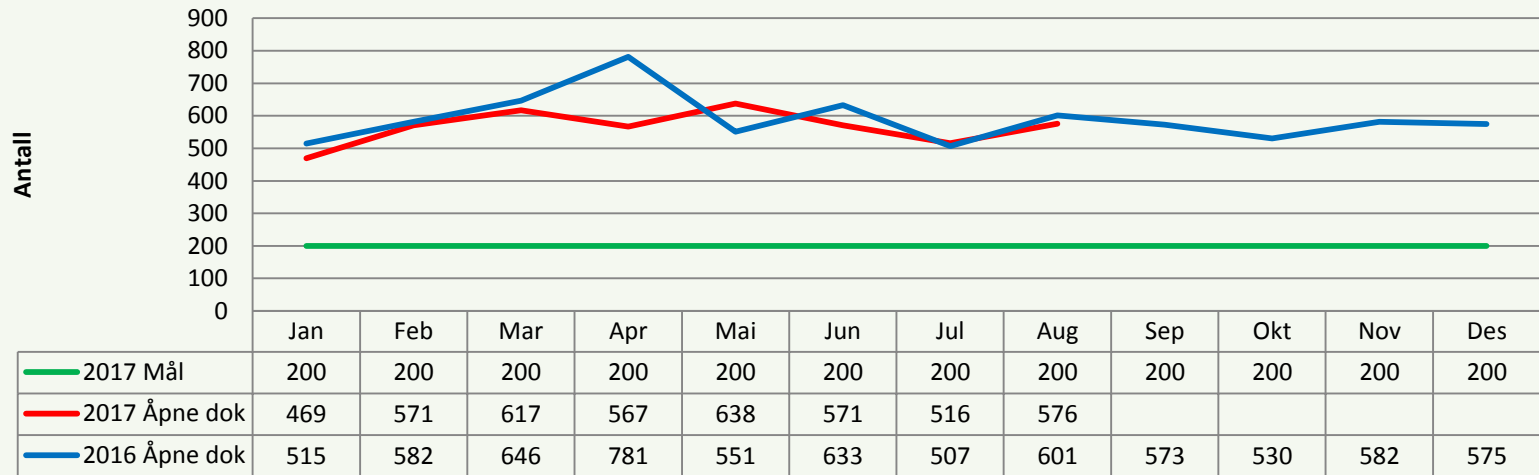
- Andel pasienter som får timeavtale ved bekreftelse på mottatt henvisning øket til over 83 % i 2017.

Parameteren tas ut etter 15. i måneden etter og leveres derfor med en måned forsinkelse.

Definisjon av indikatoren

Andel pasienter som får timeavtale innen 10 virkedager (14 løpedager) etter at henvisning er mottatt. Ekskludert- interne henvisninger, kontrollhenvisninger, frist for start helsehjelp er satt til over 4 mnd og henvisninger vurdert annet sykehus.

Åpne dokumenter i EPJ som er mer enn 14 dager gamle



Foretaket har ikke klart å stabilisere seg på et tilfredsstillende lavt nivå på denne parameteren. 165 personer har til sammen 576 åpne dokumenter. 13 personer har 10 eller flere dokumenter åpne. Disse personene står for 38 % av de åpne dokumentene.

Tiltak:

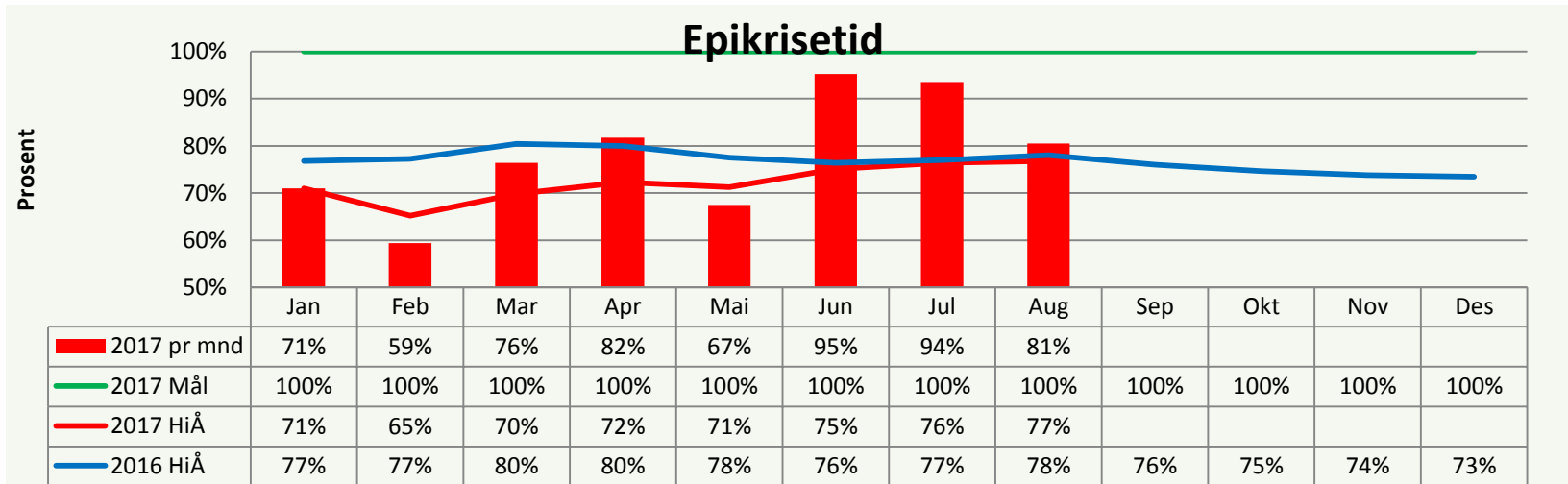
- Rydde i listene og kontrollerer om den inneholder ansatte som ikke lenger jobber i sykehuset
- Vurdere kampanje: hvilken avdeling er flinkest i klassen?

Effekt av tiltak:

- Reduksjon i antall åpne dokumenter som ligger på arbeidstakere som har sluttet.
- Økt fokus på åpne dokumenter i DIPS som gir færre åpne dokumenter

Definisjon av indikatoren

Antall dokumenter som er mer enn 14 dager gammel



Nasjonalt mål er at alle epikriser skal sendes innen 7 dager. HiÅ 2017 er andel epikriser sendt innen 7 dager på 76 %. Tiltak er iverksatt for å øke andelen og resultatet hittil i år er 77 % og for juli 81 %. Andel har økt igjennom året.

Tiltak:

- Systematisere opplæring
- Standardisering av epikrisemal: fraser er under utarbeidelse og tas i bruk
- Det etableres et system som sikter at epikriser på restanselisten blir sendt innen fristen. Avvik rapporteres avdelingsoverlege.
- Den enkelte lege har sin mappe «mine arbeidsoppgaver» i DIPS som viser restanseliste epikriser
- DIPS rapporter har ajourført «pasientliste» på avd. nivå med forfallsdato epikrise (= utdato + 7 dager) og legens initialer

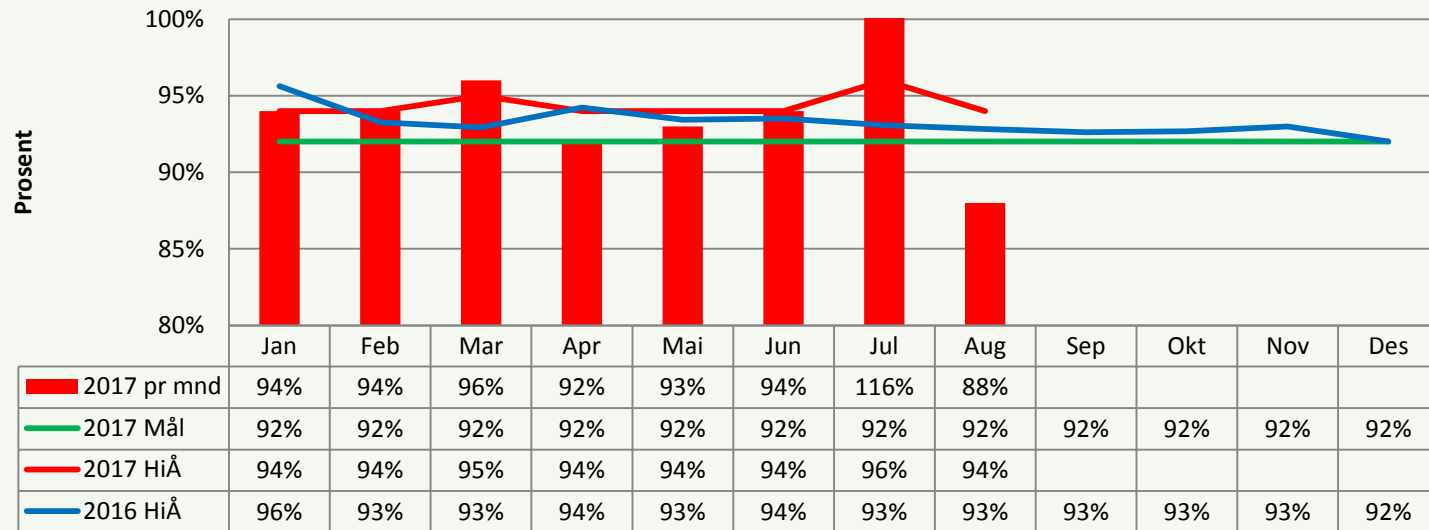
Effekt av tiltak:

- Andel epikriser sendt innen 7 dager øker til over 80 % for 2017

Definisjon av indikatoren

Andel epikriser som er skrevet og utsendt innen 7 dager etter utskrivningsdato FOR 2000-12-21 nr 1385: Forskrift om pasientjournal § 9 med kommentarer.

Beleggsprosent



Beleggsprosent er over budsjettet.

Definisjon av indikatoren

Andelen av døgnplassene som er i bruk på en gjennomsnittlig dag. Beleggsprosenten (SSB-definisjon) beregnes med formelen $\text{Liggedager} / \text{Sengedøgn}$. Denne definisjonen på beleggsprosent brukes for nasjonal sammenligning.

Liggedøgn

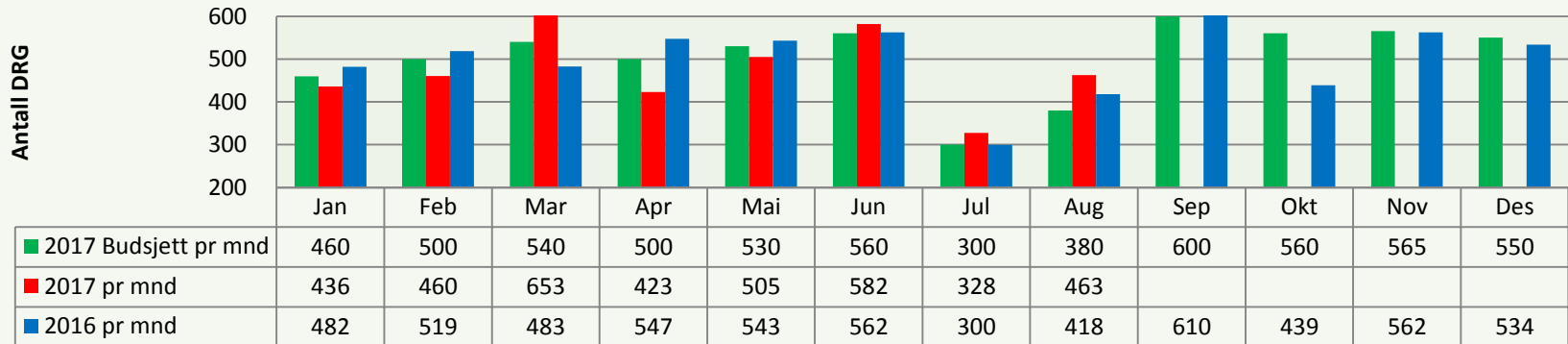
Liggedøgn HiÅ	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
HiÅ 2017 bud	3 909	7 564	11 662	15 014	19 112	23 049	25 410	29 216	33 166	37 264	41 214	44 400
HiÅ 2017	3 857	7 516	11 676	14 966	18 980	22 941	25 268	29 103				
HiÅ 2016	3 867	7 587	11 167	15 265	19 076	23 096	25 248	28 924	32 745	36 559	40 544	43 728

Liggedøgn er tilnærmet som budsjettet (-113 dager).

Definisjon av indikatoren

Liggedøgn sier noe om hvor mange pasienter som har ligget i sengene. Den gir et litt annet bilde enn DRG, som først slår ut når pasientene utskrives.

DRG heldøgn



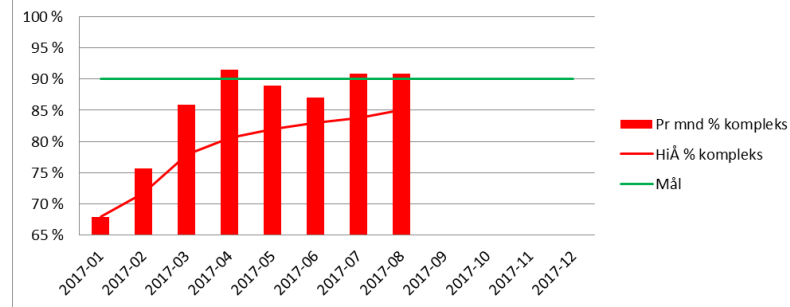
Resultatet HiÅ 2017 er 80 DRG over budsjettet, totalt for heldøgn både «egne» og «gjester».

Det er et positivt avvik på «gjestepasienter» mens «sørge for» har et tilsvarende negativt avvik. Estimat for gjester er derfor økt med 100 DRG og egne er redusert tilsvarende for 2017

Iverksette tiltak som videreføres for å opprettholde gode aktivitetsresultat:

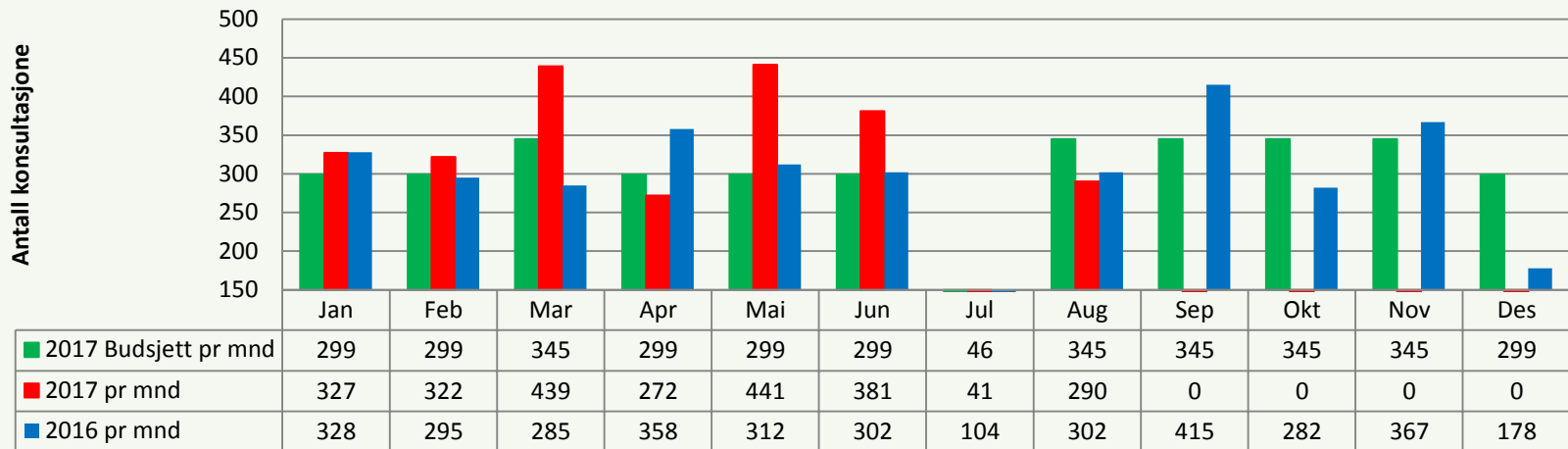
- Overbooking. Erfaringer viser at en del pasienter ikke møter eller avbestiller på kort varsel.
- Fokus på liggetid på enkelte behandlingsprogram.
- God kontroll pasientlogistikk
- Ringeliste med pasienter som kan komme på kort varsel.

Andel kompleks rehabilitering 2017



DRG heldøgn	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
2017 Budsjett HiÅ	460	960	1 500	2 000	2 530	3 090	3 390	3 760	4 370	4 930	5 495	6 045
2017 HiÅ	436	897	1 550	1 973	2 478	3 060	3 388	3 850	-	-	-	-
Avvik HiÅ	-24	-63	50	-27	-52	-30	-2	80				
2016 HiÅ	482	1 001	1 483	2 030	2 573	3 135	3 435	3 853	4 464	4 903	5 465	5 999

Poliklinikk, antall konsultasjoner

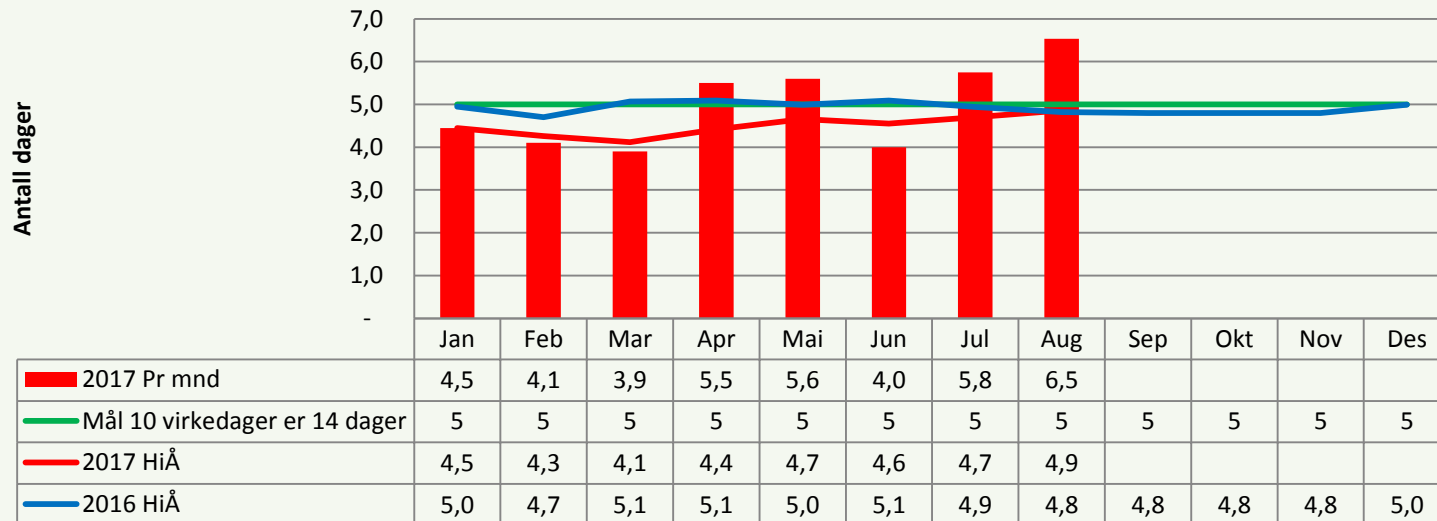


Foretaket har en aktivitet som er godt over det budsjetterte i antall konsultasjoner og på budsjett i DRG.

Estimat for antall polikliniske konsultasjoner er økt med 300 det vil si 3865 konsultasjoner.

Antall konsultasjoner	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
2017 Budsjett HiÅ	299	598	943	1 242	1 541	1 840	1 886	2 231	2 576	2 921	3 266	3 565
2017 HiÅ	327	649	1 088	1 360	1 801	2 182	2 223	2 513	-	-	-	-
Avvik HiÅ 2017	28	51	145	118	260	342	337	282				
2016 HiÅ	328	623	908	1 266	1 578	1 880	1 984	2 286	2 701	2 983	3 350	3 528

Gj.sn. Vurderingstid primærhenvisninger



Et team med leger og sykepleiere gjennomgår og fordeler henvisningene. Disse personene har fått spesiell opplæring i oppgaven.

Foretaket bruker i gjennomsnitt 4,9 dager på vurdering av eksterne primærhenvisninger. 95 % av henvisningene blir vurdert innen 10 virkedager.

Definisjon av indikatoren

Gjennomsnittlig tid i dager fra mottak av eksterne primærhenvisning til henvisningen er ferdig vurdert .

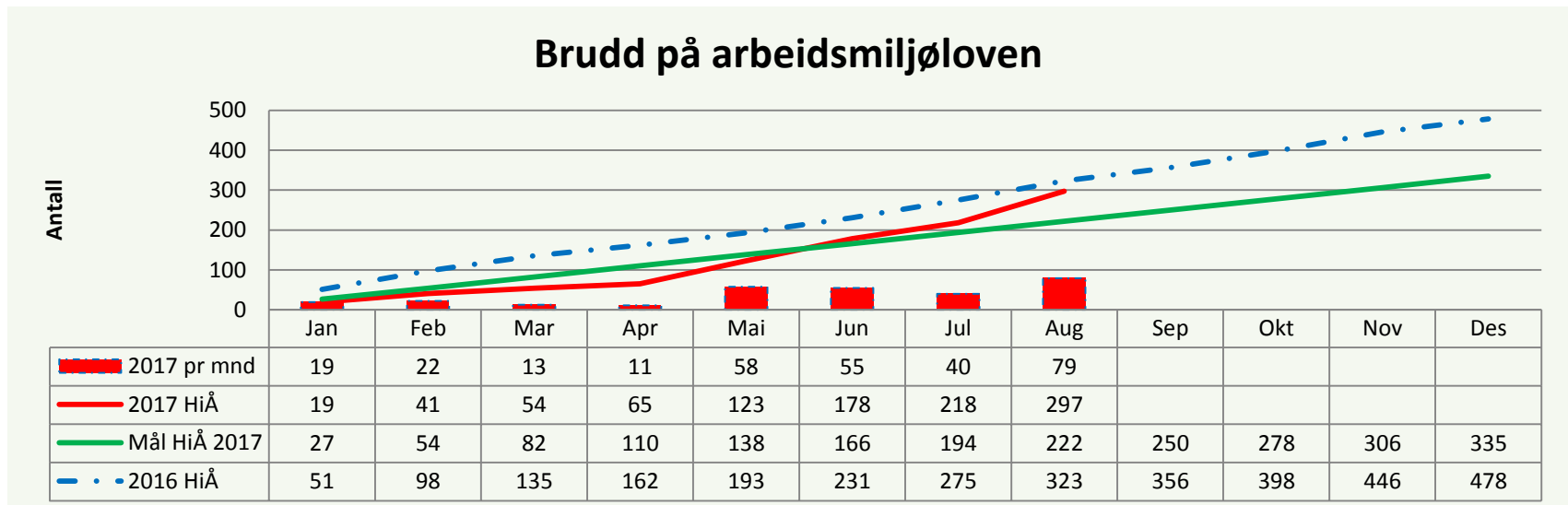
Status brudd på Arbeidsmiljøloven

Sunnaas sykehus HF har fortløpende fokus på AML-brudd og tar ut månedlige rapporter på antall brudd. Det er fortsatt antall søndager på rad og brudd på ukefritimer som utgjør brottdelen av bruddene.

Antall AML brudd økte i mai og juni grunnet økt bruk av overtid som forklares med høyt sykefravær kombinert med tungt belegg, men det gikk noe ned igjen i juli. I August er det igjen en øking, og dette er i hovedsak brudd på aml timer pr uke, pr. 4 uker og pr år og skyldes blant annet at noen ansatte har nådd årsgrensen for overtidstimer. Det vurderes om det kan inngås avtaler om unntak på individnivå.

Følgende tiltak vil fortsette i 2017 ved Sunnaas sykehus HF:

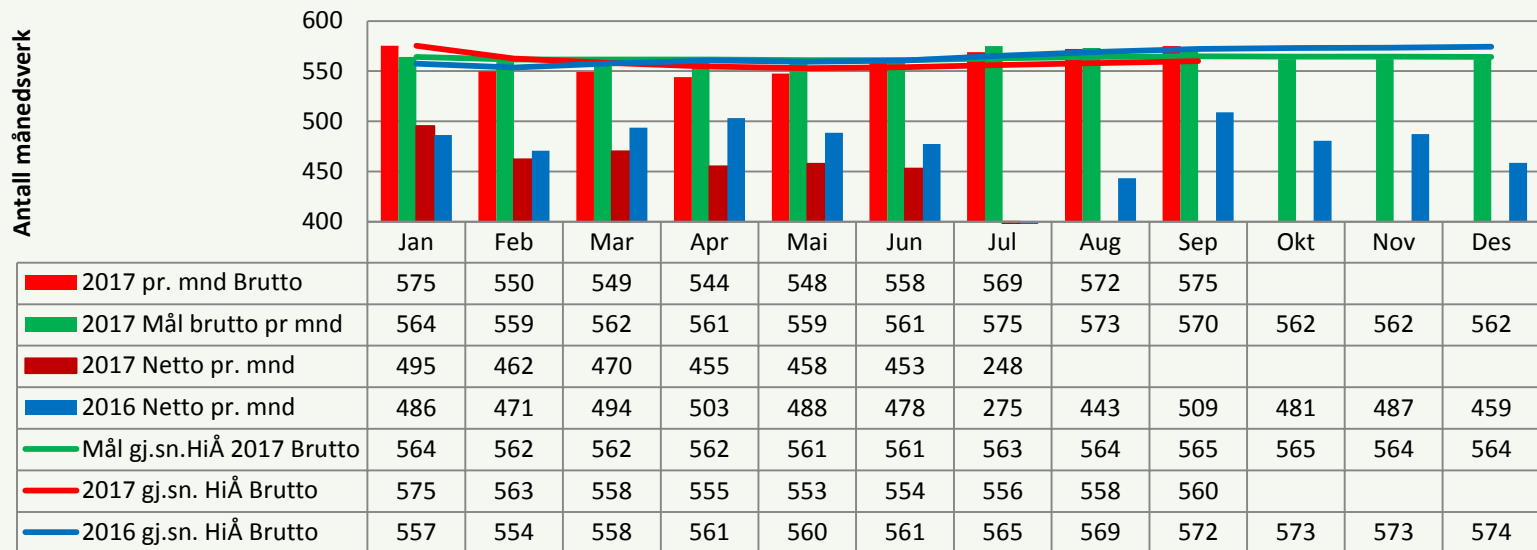
- AML rapporteres i ledelsens gjennomgang og inngår i månedlige rapporter ved Sunnaas sykehus HF.
- AML-rapporten gjennomgås i månedlige bemanningsmøter med alle kliniske enheter og HR – rådgivere.
- Egen turnusgruppe er opprettet som jobber blant annet med målet om at alle arbeidsplaner skal stemme med bemanningsplaner.
- Ingen brudd i arbeidsplaner pr. dags dato.
- Planlagte brudd fra daglig drift mer enn en uke frem i tid skal elimineres.



Definisjon av indikatoren

I brudd AML inngår antall søndager på rad, brudd på ukefri, brudd på antall timer overtid pr uke, brudd på antall timer overtid pr 4 uker og brudd på planlagte timer i arbeidsplan.

Månedsværk



Brutto månedsværk var høyt ved inngangen av året og det ble iverksatt tiltak for å redusere bruken av variabel lønn. Effekten av dette kom i februar og har holdt seg stabil. Reduksjonen i månedsværk er i hovedsak variabel lønn mens faste månedsværk holder seg stabilt.

Antall månedsværk er høyere i sommermånedene pga. ferievikarer. Dette er budsjettert.

Tiltak for å nå budsjettert bruk av månedsværk 2017

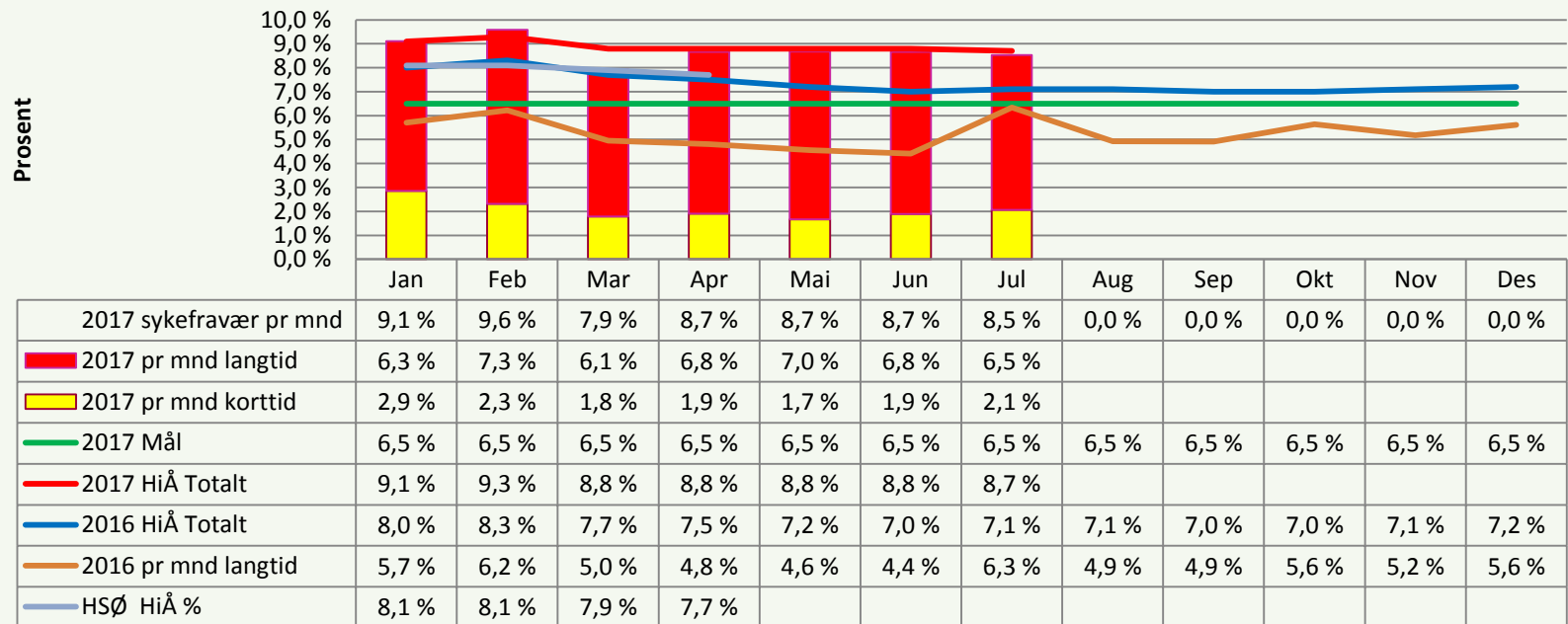
- Det er opprettet et ansettelsesutvalg som skal godkjenne alle stillinger før rekrutteringsprosess kan iverksettes
- Økt kontroll på all bruk av variabel lønn og overtid.
- Det leies som hovedregel ikke inn dagvakter på hverdager
- Følge tiltaksplan for reduksjon av sykefravær (se tiltaksplan LGG)
- Redusere antall ikke finansierte månedsværk benyttet til forskning
- Hver enkelt enhet utarbeider egne tiltaksplaner for reduksjon av månedsværk 2017

Definisjon av indikatoren

Brutto månedsværk: All arbeidstid som er utbetalt omgjort til månedsværk. Alle som har mottatt lønn ligger inne i dette tallet.

Netto månedsværk: Arbeidstid omgjort til månedsværk på ansatte som er på jobb. Minus alt fravær.

Sykefravær



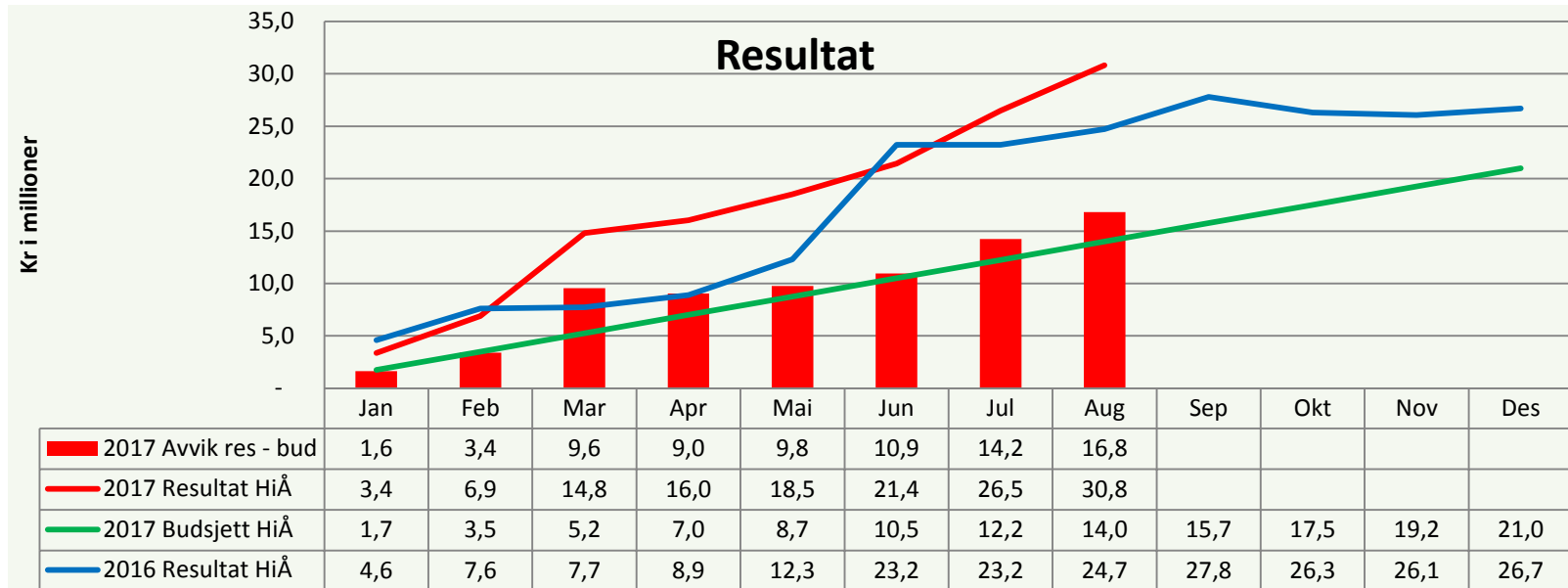
Sykefraværet har vært høyt fra 2016 og gjennom hele første halvår i 2017.

I juli var sykefraværet 8,5 % og hittil i år 8,7 %. Det er en liten nedgang i langtidssykefraværet fra mai.

Sykefraværet overvåkes nøye og tiltak for å redusere sykefraværet er satt i gang. BHT, tillitsvalgte og verneombud er involvert. Tiltakene viser foreløpig ingen betydelig nedgang i sykefraværet, men en ser en svak nedgang spesielt i klinikken. Sykefraværet kartlegges og analyseres på avdelingsnivå og i fag- og aldersgrupper.

Definisjon av indikatoren

Fravær som meldes inn tilbake i tid vil påvirke tallene som er rapportert tidligere. Det vil si at bildet viser siste oppdaterte tall. Sykefraværsprosent: sykefraværingsdagsverk delt på mulige dagsverk netto. Korttidssykefraværet viser fravær på mellom 0- 16 dager. Langtidssykefraværet viser over 16 dager.



Foretaket har et resultat 30,8 mill. mot et budsjett på 14 mill. noe som gir et positivt avvik på 16,8 millioner. Estimat for 2017 er 25 millioner som er 4 millioner over budsjettet.

Økt estimat forklares i:

- o Lønnsoppgjør hensynstatt overheng 1,0 millioner
- o Tilbakebetalt strøm og vann fra tidligere år 1,3 millioner
- o Pensjonskostnad redusert 0,5 millioner
- o Avskrivninger og finans 1,2 millioner

Til sammen endret estimat 4,0 millioner

Avviksårsak	I tusen kr
Underforbruk lønn	4 500
Pasientinntekter	4 772
Andre driftskostnader	308
Drift bygg	145
Annen inntekt	241
Renhold	-1 505
Fra drift	8 461
Oppløste reserver	5 333
Strøm og vann fra tidligere år	1 254
Finans og avskrivninger	1 136
Feilperiodisering helligdagstillegg	621
Annet	8 344
Avvik	16 805

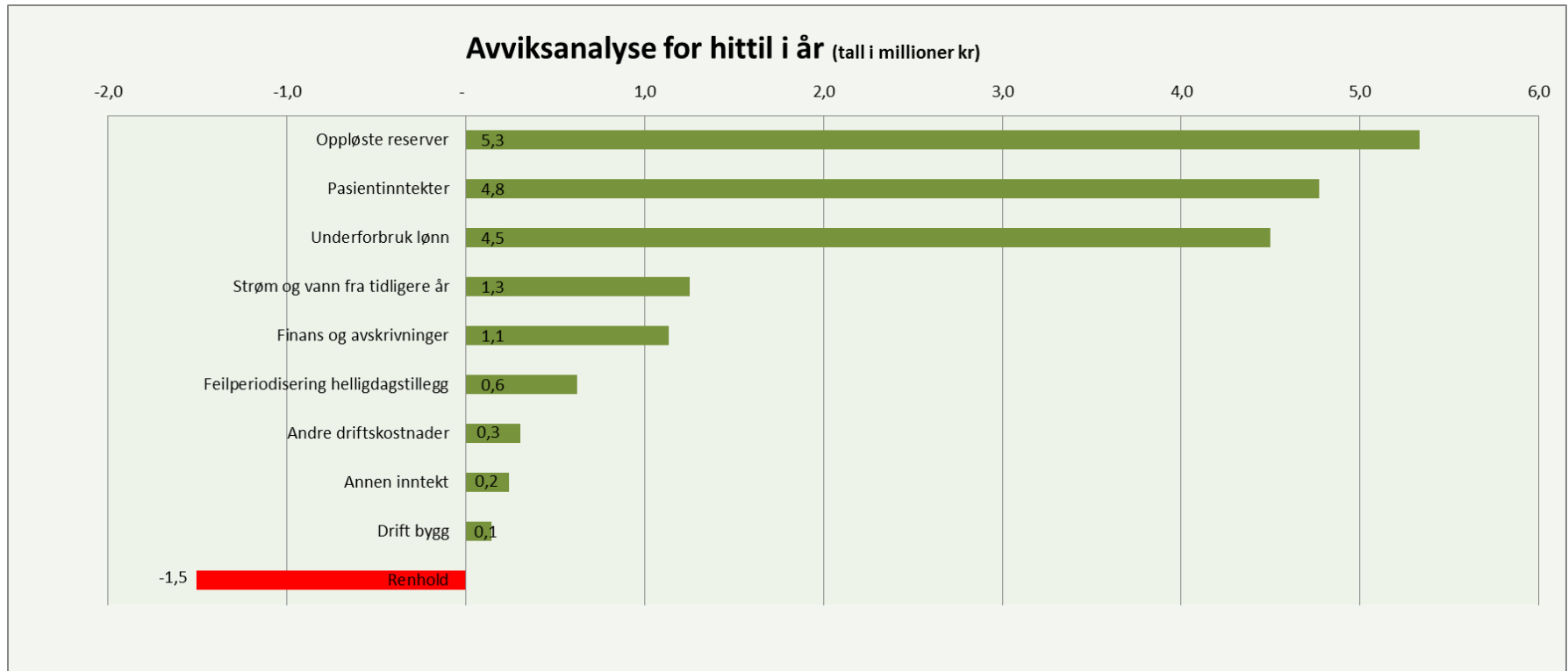
Tabellen viser at ca. halvparten av det positive resultatet forklares ved forhold som ikke kommer fra drift. Foretaket har vært «heldige/flinke» og har ikke hatt uforutsette hendelser som har medført bruk av avsatte reserver. I budsjettprosessen 2017 var det mange oppgaver og prosjekter som ble nedprioritert for å klare plan om kostnadsreduksjon på 15 millioner. Foretaket vil i siste halvår benytte reserver til tiltak som ikke får kostnader senere år:

- Etterslep vedlikehold deriblant bytte av en del vinduer
- Energibesparende tiltak
- Diverse utsatt prosjekter (fra budsjettinnspill og ønsker fra bruk av reserver i 2016 mm)
- behandlingsutstyr som er blitt nedprioritert i tidligere prosesser

Fra drift ser vi at underforbruk lønn står for en stor del av avviket. Foretaket budsjetterte med en reduksjon av lønn. Vi er imidlertid usikre på periodiseringen. Klinikken klarte å ta ned ca. 20 måneders variabel lønn alt fra januar. Det var ikke budsjettert. Imidlertid har vi, i siste kvartal de siste årene, hatt et overforbruk og foretaket tror at det positive avvik på lønn vil reduseres siste 5 måneder. Pasientinntektene er godt over budsjett. DRG er 80 over budsjett, og det er en større andel gjester. Estimert er justert.

Foretaket oppdaget i juni at varekostnader var feil. Trolig er det noe feil med hvordan varer registrert inn og ut av ERP-systemet konteres i regnskapet. Pr. 12. september er ikke denne feilen ferdig analysert og rettet. Foretaket har derfor valgt å avsette kostnad, på utvalgte konti lik budsjett. Dette er også lik forbruk tidligere år. Renhold har et overforbruk. Årsaken er stramt budsjett og flere utskrivninger som krever en høyere renholdsfrekvens.

Avviksanalyse for hittil i år (tall i milliner kroner)



Tiltak for å nå årsbudsjett på 21 millioner

Kostnadsreduksjon:

- 1 million Ikke lønn til phd. når avtalt tid / finansiering utgått
- 2,5 millioner Var lønn målt mot 2016
- 0,6 millioner Redusert kost til vann, energi, avfall og renhold målt mot 2016
- 0,3 millioner Redusert møte og reisekostnad mot 2016

Inntektsøkning:

- 2,2 millioner Øke andel kompleks rehabilitering målt mot 2016
- 0,9 millioner Optimalisere rehabiliteringsprogram for å møte etterspørselen etter rehabilitering

Tiltaksplan

Tiltak status pr august	Red. kostnad /økt innt.	Resultat måles på:	Hittil i år 2017	Status	Prognose						
Ikke lønn til phd når avtalt tid / finansiering utgått	1 million	På individnivå der ansatte har gått utover tid og finansiering	Tre av tre avtaler er avsluttet	Sterk oppnåelse	Sterk oppnåelse						
Variabel lønn klinikk (Måler totalt lønnsforbruk klinikk)	2,5 million	På gitte konti vs. budsjett for klinikk eksklusiv Rati, eksternt fin prosjekter, utleie og 5600 kurs. Feil periodisering helligdagstillegg er korrigert	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultat</th> <th>Budsjett</th> <th>Avvik B-R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>175 376</td> <td>180 673</td> <td>5 297</td> </tr> </tbody> </table>	Resultat	Budsjett	Avvik B-R	175 376	180 673	5 297	Sterk oppnåelse	Sterk oppnåelse
Resultat	Budsjett	Avvik B-R									
175 376	180 673	5 297									
Redusert kost til vann, energi, avfall og renhold	0,6 millioner	Resultat på gitte konti vs. budsjett eksklusiv Rati, TRS,RKR og 220000. Korrigert for tilbakebetelt vann 2016.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultat</th> <th>Budsjett</th> <th>Avvik B-R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>10 047</td> <td>8 673</td> <td>-1 375</td> </tr> </tbody> </table>	Resultat	Budsjett	Avvik B-R	10 047	8 673	-1 375	Middels oppnåelse	Middels oppnåelse
Resultat	Budsjett	Avvik B-R									
10 047	8 673	-1 375									
Redusert møte og reisekostnad	0,3 + 0,65 millioner	Resultat på gitte konti vs. budsjett eksklusiv Rati, TRS,RKR og 220000.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultat</th> <th>Budsjett</th> <th>Avvik B-R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2 559</td> <td>2 151</td> <td>-425</td> </tr> </tbody> </table>	Resultat	Budsjett	Avvik B-R	2 559	2 151	-425	Middels oppnåelse	Middels oppnåelse
Resultat	Budsjett	Avvik B-R									
2 559	2 151	-425									
Øke andel kompleks rehabilitering	2,2 millioner	Måler andel opphold med kompleks rehabilitering	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultat</th> <th>Budsjett</th> <th>Avvik</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>85 %</td> <td>90 %</td> <td>-5 %</td> </tr> </tbody> </table>	Resultat	Budsjett	Avvik	85 %	90 %	-5 %	Middels oppnåelse	Sterk oppnåelse
Resultat	Budsjett	Avvik									
85 %	90 %	-5 %									
Optimalisere rehabiliteringsprogram for å møte etterspørselen etter rehabilitering	0,9 millioner	Ikke målt									

August 2017	Faktisk	Budsjett	Avvik F og B	Avvik % F og B	Budsjett	Estimat	Avvik E og B	Avvik % E og B
OR1010 (Basisramme)	248 679	249 548	- 868	-0,3 %	377 264	375 904	- 1 360	-0,4 %
OR1015 (Kvalitetsbasert finansiering)	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
OR1020 (ISF - refusjon dag - og døgnbehandling)	72 559	74 055	- 1 495	-2,0 %	119 059	116 921	- 2 138	-1,8 %
OR1030 (ISF - refusjon somatisk poliklinisk aktivitet)	2 140	2 033	107	5,2 %	3 249	3 249	0	0,0 %
OR1031 (ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB)	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
OR1036 (ISF - refusjon fritt behandlingsvalg)	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
OR1042 (ISF refusjon pasientadministrerte leger)	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
OR1045 (Utskrivningsklare pasienter)	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
OR1050 (Gjestepasienter)	15 756	10 169	5 587	54,9 %	16 348	19 769	3 421	20,9 %
OR1060 (Salg av konserninterne helsetjenester)	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
OR1070 (Polikliniske inntekter)	18	23	- 5	-21,8 %	35	35	0	0,0 %
OR1090 (Øremerket tilskudd "Raskere tilbake")	7 275	8 915	- 1 640	-18,4 %	13 968	13 968	0	0,0 %
OR1100 (Andre øremerkede tilskudd)	20 442	21 887	- 1 445	-6,6 %	34 408	34 408	0	0,0 %
OR1110 (Andre driftsinntekter)	10 817	7 476	3 341	44,7 %	11 676	14 676	3 000	25,7 %
OR1119 (Sum driftsinntekter)	377 687	374 106	3 580	0,0 %	576 006	578 930	2 924	0,0 %
OR1120 (Kjøp av offentlige helsetjenester)	534	324	210	64,9 %	493	893	400	81,0 %
464 (Kjøp av helsetjenester i ordningen Fritt Be)	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
OR1130 (Kjøp av private helsetjenester)	0	428	- 428	-100,0 %	652	452	- 200	-30,7 %
OR1140 (Varekostnader knyttet til aktiviteten i fo)	16 211	15 782	429	2,7 %	24 057	23 857	- 200	-0,8 %
OR1150 (Innleid arbeidskraft)	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
OR1160 (Kjøp av konserninterne helsetjenester)	734	951	- 218	-22,9 %	1 446	1 446	0	0,0 %
OR1170 (Lønn til fast ansatte)	193 257	197 912	- 4 655	-2,4 %	304 664	303 664	- 1 000	-0,3 %
OR1180 (Overtid og ekstrahjelp)	16 151	14 425	1 726	12,0 %	21 728	22 728	1 000	4,6 %
OR1190 (Pensjon inkl arbeidsgiveravgift)	42 471	43 412	- 941	-2,2 %	67 995	66 152	- 1 843	-2,7 %
OR1200 (Off. tilskudd og refusjoner vedr arbeids)	- 16 791	- 11 981	- 4 810	-40,1 %	- 18 752	- 21 752	- 3 000	-16,0 %
OR1210 (Annen lønn)	32 181	34 060	- 1 879	-5,5 %	53 540	53 540	0	0,0 %
OR1220 (Avskrivninger)	14 099	14 823	- 724	-4,9 %	22 300	21 400	- 900	-4,0 %
OR1230 (Nedskrivninger)	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
OR1240 (Andre driftskostnader)	48 363	49 886	- 1 523	-3,1 %	76 823	81 992	5 169	6,7 %
OR1249 (Sum driftskostnader)	347 210	360 022	- 12 812	0,0 %	554 947	554 372	- 575	0,0 %
OR1299 (Driftsresultat)	30 477	14 084	16 392	100,0 %	21 059	24 558	3 499	0,0 %
OR1310 (Finansinntekter)	1 480	1 361	119	8,7 %	2 111	2 311	200	9,5 %
OR1320 (Finanskostnader)	1 152	1 446	- 294	-20,3 %	2 169	1 869	- 300	-13,8 %
OR1329 (Finansresultat)	328	- 84	413	500,0 %	- 59	442	501	900,0 %
OR1499 ((Års)resultat)	30 805	14 000	16 805	100,0 %	21 000	25 000	4 000	0,0 %

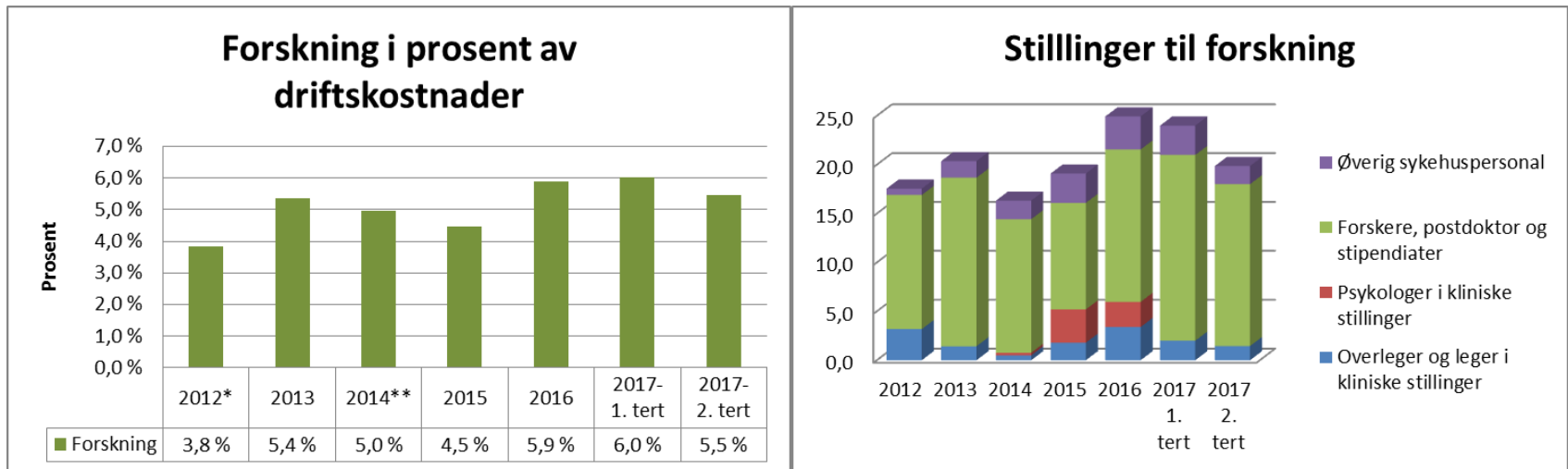
Balanse

Investeringer

Balanserapport	Pr 31.8.17	% av	Innrapportering av investeringer pr august 2017	Faktisk	Budsjett	Avvik Fak. og Bud.	Årsbudsjett
Tall i tusen kr	Faktisk	Tot.kap		Hittil	Hittil	Denne periode	2017
Sum immatrielle eiendeler	91	0 %	I1000 (Totale investeringer)	2 398	12 919	-10 521	19 000
Tomter, bygninger og annen fast eier	382 177		I1100 (Bygg og anlegg)	1 287	10 419	-9 132	15 000
Medisinskteknisk utstyr, Inventar, tra	27 574		I1110 (Bygg og anlegg)	0	10 419	-10 419	15 000
Anlegg under utførelse	2 553		I1120 (Tomt, bolig, kunst)	0	0	0	0
Sum varige driftsmidler	412 304	58 %	I1130 (AUU-Bygg)	1 287	0	1 287	0
Andre finansielle anleggsmidler	17 867		I1140 (Aktivering av AUU-Bygg: Fortegn	0	0	0	0
Pensjonsmidler	109 897		I1200 (IKT)	595	500	95	1 000
Sum finansielle anleggsmidler	127 764	18 %	I1210 (IKT & EDB)	595	500	95	1 000
Varer	489		I1220 (Immatrielle eiendeler)	0	0	0	0
Fordringer	13 862		I1230 (AUU-IKT)	0	0	0	0
Bankinnskudd, kontanter o.l.	158 992		I1240 (Aktivering av AUU-IKT: Fortegn (0	0	0	0
Sum omløpsmidler	173 343	24 %	I1300 (MTU)	106	500	-394	1 000
SUM EIENDELER	713 503	100 %	I1310 (Medisinsk teknisk utstyr)	106	500	-394	1 000
			I1330 (AUU-MTU)	0	0	0	0
Sum Egenkapital	401 333	56 %	I1340 (Aktivering av AUU-MTU: Fortegn	0	0	0	0
Sum avsetninger for forpliktelser	24 016	3 %	I1400 (Andre)	410	1 500	-1 090	2 000
Sum annen langsiktig gjeld	180 530	25 %	I1410 (Andre)	410	1 500	-1 090	2 000
Sum kortsiktig gjeld	107 624	15 %	I1430 (AUU-Andre)	0	0	0	0
SUM EGENKAPITAL OG GJELD	713 503	100 %	I1440 (Aktivering av AUU-Andre: Fortegn	0	0	0	0

Foretakets likviditetsutvikling er bedre enn budsjett. Årsaken er gode driftsresultater og forsinkelser i investeringer. Foretaket har investert 10,5 millioner mindre enn budsjettet. Pågående prosjekter er forsinket, i tillegg har det vært en periode med bestillingsstopp når det gjelder MTU, inventar og annet. Sykdom har forsinket investeringene. I august var det høy aktivitet med oppussing og vedlikehold av klinikkarealer (lille basseng, fysioterapisalen, ergoterapisalen m.m.) Fra september 2017 planlegges oppstart av resterende planlagte investeringsprosjekter. Foretaket har nedjustert helårsestimatene for investeringer med 3 mill.

Rapportert forskning



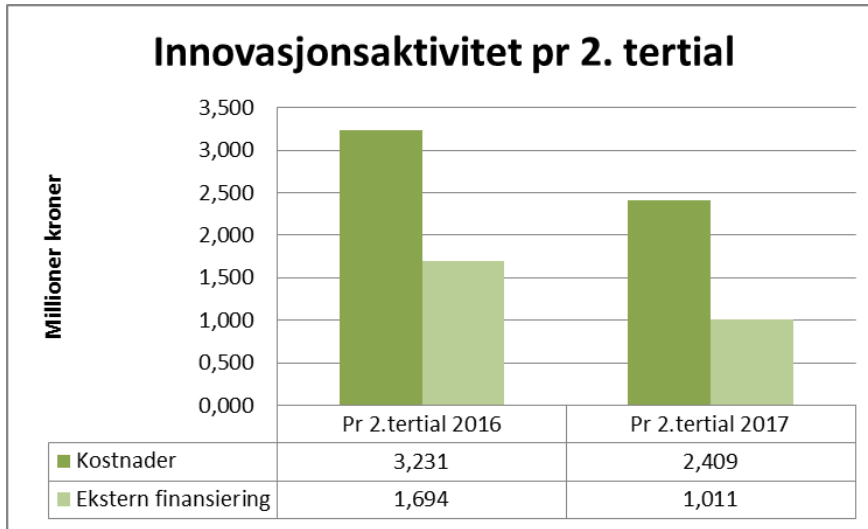
2017 1. og 2. tertial rapporteres forskere og psykologer i samme gruppe.

Den ambisiøse forskningsstrategien som ble vedtatt av Sunnaas sykehus HF styret i 2003 har gitt positive resultater. Sunnaas sykehus HF har bygget opp et av de største forskningsmiljøene innenfor rehabiliteringsforskning i Norden. Rehabiliteringsfeltet er fortsatt et forskningssvakt fagområde og det vil derfor kreve målbevisst satsing i mange år fremover for å utvikle fagområdet til et tilfredsstillende nivå.

En kritisk suksessfaktor er at det etablerte forskningsmiljøet med et betydelig antall ansatte med phd og universitetstilknytning får større grad av forutsigbarhet mht. fremtidig finansiering.

Forskningen ved Sunnaas sykehus HF har, til tross for noe nedgang siste tertial, vært på et stabilt høyt nivå og foretaket fortsetter strategien om å være en fremtredende aktør internasjonalt for rehabiliteringsforskning. Sunnaas sykehus HF er imidlertid bekymret for utviklingen både relatert til rehabiliteringsfeltet generelt og til Sunnaas spesielt. Foretaket jobber med en tiltaksplan for økt andel av ekstern finansiering av FoU og for å styrke kunnskap og forståelse blant prioriterte interessenter og beslutningstakere om rehabiliteringsforskningens nytte og relevans.

Innovasjon



- Kostnadene inkluderer alle kostnader på Innovasjonsenheten og består av lønn til innovasjonsmedarbeidere og innkjøp av varer og tjenester i innovasjonsøyemed.
- Ekstern finansiering er bokførte inntekter av tilskudd til innovasjonsarbeid fra eksterne kilder.
- Det vil fremover bli utviklet 1-2 nye parametere for innovasjon
- Forholdet mellom FOU, utvikling og innovasjon skal utredes nærmere

Status august 2017

Søknader

- 14 søknader sendt hittil, inkl innovasjonspartnerskap i samarbeid med C3
- 6 innvilget (HSØ 3/NFR 1/ Sunnaas stiftelsen 1)

Innovasjonsprosjekter

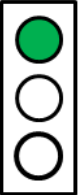
- 26 pågående
- Desingslab våren 2017 med C3
- Godt tilfang nye ideer (idebanken)
- Deltar i Hackaton i regi av NHT september 2017
- Innovasjonsrådgiver ansatt 30% i byggetrinn 3
- 3 produkter i lisensieringsprosess i samarbeid med Inven2
- Studenter fra AHO og IFI

Sentrale føringer i 2017


- Avdeling for innovasjon og ehelse etablert (11 årsverk), innovasjonssjef sitter i foretaksledelsen
- Formell testbed åpnes 1.1.2018
- Robotlab etableres 1.1.2018
- Induct implementeres høsten 2017
- Deltar i gruppen for Nasjonale innovasjonsindikatorer



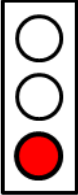
- **Bilde 5: Hovedmål**
SunHF gjør det bedre enn gjennomsnitt for foretaksgruppen på alle hovedmålene.
- **Bilde 6: Ventetider**
Ventetider HiÅ er 49,8 dager. Gj.snitt. foretaksgruppen er 53,7. SunHF på 2.plass i foretaksgruppen, kun slått av SIHF.
- **Bilde 12: Fristbrudd**
Andel fristbrudd hittil i 2017 er 0,1, SunHF best i foretaksgruppen. Gj.snitt HSØ er 1,3.
- **Bilde 31: Timeavtale innen ti dager fra mottatt henvisning**
91% pr jun 2017 (93% i jun isolert). Snitt for foretaksgruppen er 79%.
- **Bilde 34: Gjennomsnittlig vurderingstid av henvisning**
4,7 døgn HiÅ. Foretaksgruppens snitt er 5,0.
- **Bilde 36: Andel henvisning vurdert innen 10 vrk.dg.**
Andel henvendelser vurdert under 10 vrk.dg er 95%, gjennomsnitt for foretaksgruppen er 94%.
- **Bilde 58: Antall polikliniske konsultasjoner**
2223 konsultasjoner HiÅ, 17,9% over budsjett, snitt foretaksgruppen er 0,4%. SunHF best i foretaksgruppen
- **Bilde 68: Bemanning**
Gj.snitt. månedsverk HiÅ er 556. Dette er 7 mindre enn budsjett, et avvik på -1,2%. Gj.snitt for foretaksgruppen er 0,8%
- **Bilde 75: DRG-produktivit**
HiÅ er 0,89 DRG/brutto månedsverk, budsjett er 0,88.
- **Bilde 77: Resultat**
26,5 mill pr mai, hvilket innebærer positivt avvik mot budsjett på 14,2 mill.



- **Bilde 52: DRG poeng hiå (kun «sørge for»)**
3057 DRG HiÅ, 4,3% lavere enn budsjett. Større negativt avvik enn gj.snitt foretaksgruppen (-1,2%). Totalt inkl. gjester har foretaket et negativt avvik på 2 DRG (3388 mot budsjett på 3390).
- **Bilde 15: Antall og andel passert planlagt tid**
568 (14,5%) passert planlagt tid ved SUNHF, høyest andel i foretaksgruppen. Ny indikator, noe usikkerhet knyttet til tallene. Følges opp.



- **Bilde 37: Antall åpne dokumenter over 14 dager gamle**
516 pr juli (mål er 200 stk), ligger over gjennomsnitt for foretaksgruppen.
- **Bilde 73: Sykefravær**
8,8% pr juni 2017, høyest av alle i foretaksgruppen. Gj.snitt for foretaksgruppen er 7,4%. Det er høyt fokus på dette i foretaket og det jobbes kontinuerlig og systematisk med dette.



På konsernnivå:

- **Bilde 77: Resultat**
Totalt resultat justert for endrede pensjonskostnader for foretaksgruppen pr. juli er 239,7 mill, hvilket medfører et budsjettavvik på -101 mill. Dette skyldes negative budsjettavvik ved OUS, AHUS og VVHF. SØHF og SP har svært høye negative resultater (-167,4 mill og -185 mill), men har lagt forutsetning om dette i budsjettet sitt. HSØ RHF har et positivt budsjettavvik på 106 mill.
- **Bilde 81, 82: Likviditet og investeringer**
UB (utgående balanse) likviditet for foretaksgruppen er på ca 3 000 mill, ca. 100 mill underbudsjett (reell likviditetsreserve er på 5 754 mill). Investeringer HiÅ er 631 mill lavere enn budsjettet.