

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 4/2018
Dato møte:	25. april 2018
Møtetid:	Klokken 10.00 – ca 14.00
Møtested:	Radiumhospitalet, Forskningsbygget, seminarrom 1 og 2.

---

26/2018	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
27/2018	Orientering:	Rapportering per mars 2018
28/2018	Beslutning:	Utviklingsplan 2035 for Oslo universitetssykehus
29/2018	Beslutning:	Økonomisk langtidsplan 2019-2022
30/2018	Beslutning:	Valg av styreleder i Kreftregisteret
31/2018	Orientering:	Rapport om helse, miljø og sikkerhet 2017
32/2018	Orientering:	Plan for styret
33/2018	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer
34/2018	Beslutning:	Godkjenning av protokoll fra styremøtet 25. april 2018

Gunnar Bovim  
sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2018  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg: Sakliste  
Protokoll fra møte 22. mars 2018

---

**SAK 26/2018 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE**

### **Forslag til vedtak:**

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 18. april 2018

Gunnar Bovim  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Protokoll

---

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	22. mars 2018
Dato møte:	22. mars 2018 kl 10.00 – 1305 på Radiumhospitalet i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

Tilstede: Gunnar Bovim, Anne Carine Tanum (ikke tilstede under sakene 19, 20, 23, 24 og 25/2018), Marianne Andreassen, Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Berit Kjøll (ikke tilstede under sakene 19, 20, 23, 24 og 25/2018), Aasmund Magnus Bredeli (ikke tilstede under sakene 20, 23, 24 og 25/2018), Svein Stølen

Forfall: Ingen

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

Tilstede ellers: publikum

### **Sak 15/2018 Godkjenning av innkalling og sakliste**

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

### **Sak 16/2018 Årsoppgjør 2017**

Vedtak:

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

## **Sak 17/2018 Rapport per februar 2018**

Vedtak:

1. Styret tar rapporteringen per februar til orientering.
2. Styret er bekymret for driftsresultatet så langt i 2018 og ber administrerende direktør forsterke oppfølgingen av klinikkens tiltaksgjennomføring, herunder planlagt aktivitetsvekst og kontroll med lønnskostnader. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret i neste møte med konkrete tiltak for å få kontroll på lønsmassen og bringe driften i balanse. Tiltakene skal risikovurderes med hensyn til kvaliteten i pasientbehandlingen og ansattes arbeidsmiljø.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr og bygg for 120 millioner kroner av investeringsrammen for 2019.

## **Sak 18/2018 Oppdrag og bestilling 2018**

Vedtak:

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

## **Sak 19/2018 Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38)**

Vedtak:

Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan til orientering.

## **Sak 20/2018 Utviklingsplan 2035 for Oslo universitetssykehus**

Vedtak:

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

## **Sak 21/2018 Husleie i Lovisenberggata 6**

Vedtak:

1. Styret slutter seg til at Oslo universitetssykehus inngår vedlagte leieavtale for lokaler i Lovisenberggata 6 fra 1. juni 2018 til 31. januar 2025, og ber administrerende direktør om å fremme saken til Helse Sør-Øst RHF.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å inngå leieavtalen for lokaler i Lovisenberggata 6, forutsatt godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.

## Sak 22/2018 Internrevisjonsplan 2018-2019

Vedtak:

Styret tar plan for internrevisjoner 2018-2019 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

## Sak 23/2018 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## Sak 24/2018 Administrerende direktørs orienteringer

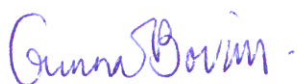
Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## Sak 25/2018 Godkjenning av protokoll styremøte 22. mars 2018

Vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 22. mars 2018.



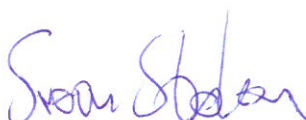
Gunnar Bovim  
styreleder

Anne Carine Tanum  
nestleder

Berit Kjøll



Marianne Andreassen



Svein Stølen

Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen



Else Lise Skjæret-Larsen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2018

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans  
Fungerende direktør for fag, pasientsikkerhet og samhandling

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg - månedsrapport mars 2018  
2. Klinikkvis oversikt over nye tiltak mv

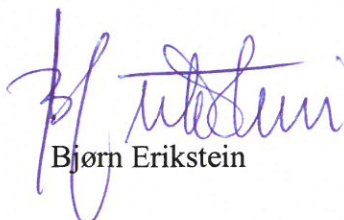
---

### SAK 27/2018 RAPPORT PER MARS 2018

#### Forslag til vedtak:

*Styret tar rapporteringen per mars til orientering.*

Oslo den 18. april 2018



Bjørn Erikstein

## 1. Innledning – styringsmål 2018

I oppdragsdokument 2018 fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det at virksomheten i Oslo universitetssykehus HF skal innrettes for å nå følgende overordnede styringsmål:

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

Målene skal nås innenfor vedtatt budsjett. Konkrete styringsmål for 2018 inngår i tabellvedlegget. I rapporteringen redegjøres det for styringsmålene hvor det rapporteres månedlige resultater. Rapporteringen utvides tertialvis og årlig med resultater for øvrige styringsmål.

## 2. Sammendrag

Gjennomgang av status og resultater for hittil i 2018 beskrives under.

- I mars var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 57 dager. Dette er uendret fra samme periode i 2017. For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av mars 52 dager. Dette er en økning på 1 dag fra samme periode i 2017.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av mars var 103. Dette er 48 høyere enn rapportert på samme tidspunkt i 2017.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av mars var 25, mot 58 ved utgangen av samme periode i 2017.
- Ved utgangen av mars var det 14 827 pasienter i et forløp i Oslo universitetssykehus HF hvor planlagt tid for neste kontakt eller behandling var passert. Dette utgjør en andel på 6,1 prosent.
- Andel kreftpasienter som er inkludert i pakkeforløp var 64 prosent i perioden januar – mars 2018 og andelen pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid var 60 prosent. Måltallene er 70 pst.
- Registrert aktivitet innenfor somatikken er til og med mars 2018 3,2 prosent (2 011 ISF-poeng) lavere enn budsjettet.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i 2018 som budsjettet for antall døgnopphold. Antall polikliniske konsultasjoner er noe lavere enn budsjettet.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er døgnvirksomheten betydelig høyere enn budsjettet mens den polikliniske aktiviteten er en del lavere.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er hittil i 2018 lavere enn budsjettet mens døgnvirksomheten er om lag som budsjettet.
- Rapportert økonomisk resultat etter mars 2018 viser et underskudd 17 millioner kroner (korrigert for forventet rammereduksjon som følge av reduserte pensjonskostnader), mot et budsjettet overskudd på 43 millioner kroner. Dette gir et negativt budsjettavvik på 61 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk for perioden januar til april 2018 er 18 945. Dette er en økning på 269 fra samme periode i 2017. Økningen månedsverk gjelder i hovedsak ordinær drift.

- Sykefraværet hittil i 2018 (til og med februar) var 8,5 prosent, en økning på 0,5 prosentpoeng fra samme periode i 2017. Det er korttidsfraværet som har økt mens langtidsfraværet er i denne perioden uendret. Dette tyder på at økningen er et uttrykk for sesongbasert fravær.

### 3. Administrerende direktørs vurderinger

De første månedene i 2018 har helseforetaket jevnt over gode resultater innenfor ventelisteområdet. Resultatene innenfor pakkeforløp er imidlertid lavere enn de nasjonale målene, men bedre i februar og mars enn i januar. Dette gjelder både for andel nye kreftpasienter inkludert i pakkeforløp og andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstider. Det arbeides for å bedre måloppnåelsen og for å redusere variasjonen mellom forløpene.

Aktiviteten innenfor somatikken er fortsatt lavere enn budsjettet, og først og fremst som følge av dette er den økonomiske utviklingen hittil i 2018 svært bekymringsfull. Etter tre måneders drift i 2018 har foretaket rapportert et negativt avvik i forhold til budsjett på 61 millioner kroner. På årsbasis viser klinikkenes prognoser at det negative aktivitetssavviket (i prosent) vil reduseres, men at aktiviteten på årsbasis forventes å bli noe lavere enn forutsatt i budsjettet. Administrerende direktør har sammen med klinikklederne tett oppfølging av aktivitet hver uke, herunder utnyttelse av kapasitet (poliklinikk, sengeposter og operasjonsstuer). Innenfor operasjonsområdet viser tall for siste uker en positiv utvikling.

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har døgnvirksomheten hittil i år vært om lag som budsjettet eller høyere. Den polikliniske aktiviteten er imidlertid fortsatt lavere enn budsjettet. Det negative avviket for antall polikliniske konsultasjoner er størst innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og skyldes redusert behandlerkapasitet som følge av vakante stillinger. Det har over lengre tid vært arbeidet med tiltak blant annet for å bedre rekrutteringen. Problemstillingen tas også opp regionalt.

Ved behandling av sak 17/2018 i møte 22. mars var styrets vedtak blant annet:

*Styret er bekymret for driftsresultatet så langt i 2018 og ber administrerende direktør forsterke oppfølgingen av klinikkenes tiltaksgjennomføring, herunder planlagt aktivitetsvekst og kontroll med lønnskostnader. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret i neste møte med konkrete tiltak for å få kontroll på lønsmassen og bringe driften i balanse. Tiltakene skal risikovurderes med hensyn på kvaliteten i pasientbehandlingen og ansattes arbeidsmiljø.*

På bakgrunn av styrets vedtak er alle klinikkene som etter mars har levert en negativ resultatprognose for 2018 bedt om å levere nye tiltak for å redusere de negative avvikene. I klinikkvise oppfølgingsmøter fredag 13. april har klinikkene redegjort for nye tiltak som kan gjennomføres for å sikre en aktivitet som budsjettet samtidig som kostnader, og da særlig lønnskostnader, reduseres.

Klinikkene er videre bedt om å informere tillitsvalgte og vernetjeneste i egen klinikken snarest mulig om arbeidet med de nye tiltakene. På grunn av kort tid fra



bestilling til frist for leveranse er klinikkene også bedt om å vurdere behovet for drøfting av tiltakene.

I vedlegg 2 fremkommer en klinikkvis oversikt over nye tiltak for å sikre aktivitet, redusere årsverk eller lønnskostnader, andre tiltak samt informasjon om hva klinikken har gjort for å sikre god involvering i denne prosessen.

Klinikkens leveranser av oppdaterte prognoser for økonomisk resultat etter mars viser at det fortsatt er en betydelig risiko knyttet til foretakets økonomiske resultat for 2018. Planlagt overføring av midler fra Inven2 vil imidlertid gi en positiv engangseffekt i resultatregnskapet for 2018 som muliggjør et resultat som budsjettert selv med betydelig underskudd i mange av klinikkene. Det vurderes å være en god margin likviditetsmessig for 2018 slik at investeringsbudsjettet kan gjennomføres som planlagt selv om driftsresultatet kan bli svakere enn budsjettert.

#### **4. Tilgjengelige helsetjenester**

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

##### **4.1. Status ventetider**

I oppdragsdokumentet for 2018 har Helse Sør-Øst RHF stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid innenfor somatikken skal være under 57 dager. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det satt som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager.

I mars var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 57 dager. Dette er på samme nivå som i for samme periode i 2017. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i mars 43 dager. Hittil i år er ventetid til avvikling 59 dager for sykehuset som helhet og 46 dager innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av mars 52 dager. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid for ventende 41 dager. Samlet er dette en reduksjon på 1 dag fra samme tidspunkt i 2017.

##### **4.2. Passert tentativ tid**

I Oppdrag og bestilling 2018 er målet fra HSØ: *En større andel av pasientavtalene skal overholdes sammenlignet med 2017 (passert planlagt tid). Innen 2021 skal minst 95 prosent av avtalene overholdes.* Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller en tentativ uke/måned. Tidspunkt settes ut fra en medisinsk vurdering.

Det er stor variasjon i utfordringsbildet mellom de ulike fagområdene. Årsakene er sammensatt av mangelfull registreringspraksis for neste oppmøtetid i DIPS, mangelfull ventelistedata, for kort planleggingshorisont for poliklinikk og

innleggelser, utsettelse og re-planlegging, kapasitetsutfordringer internt og mellom fagområder i regionen. Utfordringene knyttet til antall er størst innen fagområdene nevrologi, øye og revmatologi. Ved utgangen av mars var det 14 827 kontakter med passert planlagt tid i Oslo universitetssykehus HF. Dette utgjør en andel på 6,1 prosent.

#### 4.3. Status fristbrudd

Per utgangen av mars var det 103 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2017 er dette en økning på 48 fristbrudd. Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i stor grad at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, forsinkelser i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre helseforetak, manglende registrering eller feil registrering av utsattkode eller av ventetid slutt, og forsinkelse i utredning kvittering av prøvesvar fra ALERIS til seksjon for Bryst og endokrinkirurgi. I Avdeling for urologi har det vært manglende kapasitet pga defekt utstyr. Forebygging av fristbrudd pågår kontinuerlig og i de tilfeller hvor pasientene må vente utover frist, kontaktes pasienten for samtykke til forlenget ventetid. Dette blir i de fleste tilfeller journalført. For pasienter med truende fristbrudd ble det i mars ikke meldt noen pasienter til HELFO.

#### 4.4. Pakkeforløp for kreftpasienter

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

Data i tabellen under er for pakkeforløp startet i Oslo universitetssykehus HF (OUS). OUS har i tillegg pasienter i pakkeforløp startet ved annet helseforetak. Måloppnåelse for pasienter i pakkeforløp startet ved annet helseforetak inngår i resultatene for det helseforetak der pakkeforløpet starter, selv om deler av forløpet foregår ved OUS.

Indikator		Antall nye pasienter i forløp		Andel nye pasienter i forløp	
		Mars	Hittil i år	Mars	Hittil i år
OA1	Nye kreftpasienter registrert i pakkeforløp	407	1 256	65 %	64 %
Indikator	Innfrielse av forløpstid	Antall forløp		Andel innen normert tid	
		Mars	Hittil i år	Mars	Hittil i år
OF4K	Kirurgisk behandling	131	448	73 %	67 %
OF4M	Medikamentell behandling	50	176	60 %	61 %
OF4S	Stålebehandling	26	105	31 %	35 %
OF4O	Overvåkning uten behandling	16	54	31 %	43 %
<b>Andel totalt</b>		<b>223</b>	<b>783</b>	<b>62 %</b>	<b>60 %</b>

For andel pakkeforløp gjennomført innen normert forløpstid er det variasjoner mellom månedene hittil i år. Det er særlig januar som skiller seg ut i negativ retning og som er knyttet opp til lavere behandlingsskapasitet gjennom jul og nyttår. For februar og mars er samlet andel gjennomført innenfor normert tid betydelig bedre, og for kirurgisk behandling er målsetningen om at andelen innenfor normert tid skal være over 70 prosent innfridd for mars. Det er til dels store forskjeller i innfrielse av

forløpstid mellom de ulike pakkeforløpene, og det arbeides for å bedre forløpstiden særlig for de pakkeforløpene som har lavest andel gjennomført innenfor standard forløpstid. Dette gjelder spesielt forløpene innen gynekologisk kreft, prostatakreft og brystkreft og forløp der stråleterapi er en hovedmodalitet (eksempel øre-nese-hals). Av de tre fasene pakkeforløpene deles inn i, er andelen i første fase, fra mottatt henvisning til start utredning, særlig lav og bidrar til at samlet forløpstid trekkes ned.

De framlagte tallene for forløpstider innbefatter tall på pakkeforløpsspasienter som starter sitt pakkeforløp i Oslo universitetssykehus HF (OUS). En betydelig del av pakkeforløpsspasientene i OUS er imidlertid regionale pasienter som starter forløpet ved et annet foretak. Samlet tid for disse godskrives i NPR statistikken henvisende sykehus. I interne styringsdata (LIS OUS) vises imidlertid løpende statistikk for samtlige pakkeforløpsspasienter i OUS. I de tre første månedene i år er det der registrert 2 074 nye pakkeforløp mens det antallet som er ført på OUS i NPR er litt mer enn halvparten (1 256 – se tabellen over). For flere forløp viser det seg at andel pasienter innen normert tid er høyere dersom en tar regionale pasienter i OUS med i regnestykket. Spesielt gjelder dette regionale pasienter med strålebehandling eller medikamentell behandling som første behandling. I mars var det 68 % og 65 % av OUS totale pasienter som startet behandling i pakkeforløp i henholdsvis medikamentell behandling og strålebehandling mens for pakkeforløpsspasienter som startet i OUS (NPR tall – i tabell over) var 60 prosent og 31 prosent.

Den kirurgiske kapasiteten utenom ferie/høytider synes tilfredsstillende. Men det er videre identifisert forløp hvor kirurgisk kapasiteten var for lav sommeren 2017 og for fire forløp skal kapasiteten økes for sommeren 2018. Dette gjelder brystkreft, prostatakreft, livmorkreft og eggstokkreft.

Sykehuset gjennom Driftsstyret for kreft har ambisjon om å utvikle standardiserte pasientforløp for alle kreftforløp. Arbeidet er startet opp og første forløp som ble beskrevet var livmorhalskreft. Der er forløpstidene vesentlig bedre i 2017 enn i 2016. Driftsstyret har besluttet implementering av standardiserte pasientforløp for alle forløp gjennom 2018 og 2019. Blant annet utarbeides det nå standardiserte forløp for de andre gynekreftforløpene og prostataforløpet og ambisjonen er at det skal medføre bedring i forløpstider også for disse.

Arbeidsutvalget for Driftsstyret har videre startet gjennomføring av regelmessige oppfølging av de ulike pakkeforløpene (ved forløpsleder). Tiltak omfatter gjennomgang av flaskehalsen når det gjelder operasjonskapasitet spesielt knyttet til ferieavvikling, organisering og prioritering av henvisninger, sikring av god kvalitet på henvisninger innføring av regionale MDT-møter (møter i tverrfaglige team). I tilknytning til drøfting av samarbeidet om regionale MDT-møter, er det også tatt opp forbedringspunkter på andre områder i samhandlingen om pasientforløp mellom regionsykehus og andre helseforetak i Helse Sør-Øst, slik som standardiserte henvisningsmaler. Dette følges opp i nytt regionalt samarbeidsmøte i april. Tiltakene involverer mange aktører i sykehuset og må til dels differensieres i forhold til de enkelte forløpene. Det vil kunne ta noe tid før vi får resultater av dette arbeidet. Driftsstyret for kreftområdet vil på møter i mai sette særlig fokus på å forstå bedre hva som ligger bak forløpstidstallene og styrke oppfølging av tiltak som kan gi effekt der tallene er særlig utilfredsstillende.

## 5. Pasientbehandling

Ved sammenligning av aktivitet i 2018 med fjoråret er det viktig å være oppmerksom på at påsken i 2017 var i april, mens den i 2018 i hovedsak var i mars. Enkelte steder i tekst og tabeller er derfor sammenligningen med fjoråret tatt bort i forhold til det som har vært presentert tidligere.

### 5.1. Aktivitet somatikk

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

For perioden januar til og med mars 2018 er det rapportert 60 651 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF, mens det er budsjettet med 62 662. Dette gir et negativt avvik på om lag 2 000 ISF-poeng. Aktivitetsavviket er noe mindre i mars enn for januar og februar. Det er flere årsaker til det akkumulerte aktivitetsavviket, blant annet endringer i ISF-regelverket som ikke var forutsatt i budsjettet, forsinket effekt av tiltak, kapasitetsproblemer som følge av mangelfull tilgang på operasjonssykepleiere, noe feilperiodisering av budsjettet, endret pasientsammensetning (særlig innenfor nyfødt-intensiv) og redusert pasienttilgang på enkelte områder.

Klinikkene med størst negativt aktivitetsavvik etter mars er Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi, Barne- og ungdomsklinikken og Nevroklinikken. Innenfor Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (-480 DRG-poeng/-9,1 prosent) er det størst avvik innenfor Plastikkirurgisk avdeling og ØNH-avdelingen. Avviket skyldes en kombinasjon av forsinkelser i tiltaksgjennomføring, feilperiodisering i budsjettet og dårligere stueutnyttelse enn lagt til grunn i budsjettet. Innenfor Barne- og ungdomsklinikken (-272 DRG-poeng/-6,7 prosent) er hele det negative avvik innenfor Nyfødtintensiv og Barneintensiv. Det har gjennom noen år vært en endring innenfor pasientsammensetningen til Nyfødtintensiv. Dette gir seg utslag i mer komplekse og ressurskrevende pasienter som også har lengre liggetid. Andelen pasienter innenfor kategori intensiv, samt antall respiratordøgn øker sammenlignet med 2016. Denne økningen fortsetter kraftig inn i 2018. Det har vært en marginal nedgang i antall pasienter i 2017 og hittil i 2018 og disse tilhører hovedsakelig en enklere pasientgruppe. Avviket innenfor Nevroklinikken (-337 DRG-poeng/-4,9 prosent) kommer i hovedsak som følge av færre operasjoner innenfor Nevrokirurgi enn planlagt så langt i år.

Tabellen under gir en beskrivelse av klinikkenes forventede aktivitet på årsbasis.

DRG- poeng somatiske klinikker					
Klinikk	Årsbud	Avvik per mars	Avvik prognose	Prognose avvik i %	Kommentar til prognoseavvik (hovedårsak til forventet avvik)
MED	27 882	-116	-243	-0,9 %	Reduksjon i antall tracheostomier.
HHA	19 416	-480	-765	-3,9 %	Forsinkelser tiltak, mangel på operasjonssykepleiere, pasientsammensetning, kapasitetsutnyttelse mv
NVR	26 432	-337	-450	-1,7 %	Lav operasjonsaktivitet innen nevrokirurgi i starten av året pga kapasitetsproblemer. Klarer ikke å opprettholde samlet aktivitetsnivå innen Nevrokirurgi fra 2017.
OPK	22 342	125	207	0,9 %	Generelt god aktivitet, noe naturlig variasjon i aktiviteten. Det forventes ikke samme nivå for ø-hjelp resten av året.
BAR	15 744	-272	-834	-5,3 %	Avviket gjelder nyfødt intensiv hvor det er en stor økning i antall ressurskrevende pasienter som ikke gjenspeiles i DRG-poengene.
KVI	20 595	-130	-115	-0,6 %	Noe lavere aktivitet på flere områder.
KIT	38 500	-336	-200	-0,5 %	Lav kirurgisk aktivitet tidlig på året.
KRE	31 504	-313	-233	-0,7 %	Normale variasjoner i pasienttilstrømming.
HLK	33 529	-86	-	0,0 %	Reduksjon i antall hjertetransplantasjoner kompenseres med økning i annen aktivitet.
AKU	610	8	-	0,0 %	
KLM	187	8	-	0,0 %	
SPO mv	5 315	-82	-709	-13,3 %	Større negativ effekt av omlegging av DRG-systemet enn budsjettet, men flere poeng for H-resepter.
SUM	242 056	-2 011	-3 342	-1,4 %	

Alle klinikkene har vurdert egen pasienttilgang, og i all hovedsak melder alle tilbake at det ikke er mangel på pasienter. Kreftklinikken vurdering er at veksten som har vært de siste årene, har flatet ut. Dette er midlertid i stor grad hensyntatt i budsjettet, slik at avviket som forventes for 2018 vurderes å skyldes normale variasjoner. Innenfor Kvinneklinikken er også budsjettet for 2018 i stor grad justert for kjent reduksjon i antall fødsler.

Erfaringsmessig er det større variasjoner fra år til år i antall pasienter innenfor enkelte områder. Dette gjelder blant annet pasienter som tracheostomeres (DRG 483), antall organtransplantasjoner og intensivbehandling innenfor nyfødt-området. I tabellen under gis en beskrivelse av status innenfor disse områdene hittil i år:

Område:	Kort status:
DRG 483 Trachostomi	Tracheostomi er pustehjelp ved at respirator kobles til en kanyle som går gjennom et hull på halsen og fører luften inn i luftrøret. DRG 483 har en vekt i 2018 på 25,6 poeng. Hittil i år det en reduksjon i antall opphold i denne DRG'en på 11. Dette tilsvarer 284 DRG-poeng. På årsbasis antas denne endringen å jevnes ut.
Organtransplantasjoner	Transplanterte pasienter varierer fra år til år. Aktivitetsrapporteringen skjer når pasienten skrives ut, og ikke når selve transplantasjonen foregår. Hittil i 2018 er det en reduksjon i antall transplantasjoner fra 2017. Det er størst reduksjon i antall hjertetransplantasjoner. Faktiske transplantasjoner avhenger av tilgang på donorer. Det er transplantert 101 organer til 91 pasienter ved utgangen av mars 2018. I 2017 til samme tid var tallene 121 organer transplantert til 106 pasienter.
Nyfødt-intensiv (NIN)	NIN har i dag færre pasienter enn i 2016, men pasientene

	ligger betydelig lengre. For eksempel premature 1000-1499 gram, har vi hatt 11 av hittil i år, med 588 liggedager, mot 16 og 493 liggedager i 2016. Antall intensiv og respiratordøgn på NIN øker sterkt, mens samlet DRG refusjon faller. Dette gjenspeiler økt kompleksitet i pasientene og dreining mot «terminbarn intensiv», og DRG-systemet tar i dag kun hensyn til fødselsvekt. Dette vurderes å være en permanent endring som vil gi et negativt DRG-avvik i 2018.
--	---

Det arbeides nå med å sikre god kvalitet i registrert aktivitet for 1. tertial og fullstendige inntekter for utført aktivitet. Her ses det spesielt på omfang av nye særkoder for 3 grupper øyeblikkelig-hjelp pasienter hvor det var regelverksendringer fra 1.1.2018. Foreløpig vurdering er at de nye særkodene kun kan brukes i et mindre volum ved Oslo universitetssykehus HF enn estimert fra Helsedirektoratet. Særkodene er for å stimulere til å snu flere pasienter i akuttmottaket, noe Oslo universitetssykehus HF har jobbet med lenge, og allerede har tatt ut det største potensialet.

#### Slagbehandling:

Høsten 2017 ble det nedsatt en arbeidsgruppe som beskrev organisering av slagbehandlingen i Oslo universitetssykehus HF. Rapporten «når hvert minutt teller» ble lagt frem i januar 2018. Det er arbeidet videre med en handlingsplan for implementering av tiltak. Det var bred enighet i arbeidsgruppen om at kompetanse og ansvarslinjer bør organiseres på en mer helhetlig måte enn i dag. Dette vil med all sannsynlighet forenkle forløpene og gi pasientene et bedre og sikrere tilbud og kunne bidra til styrket faglig utvikling og bedre læringsarenaer. Administrerende direktør nedsetter nå en arbeidsgruppe som skal utrede et beslutningsgrunnlag for gjennomføring av et «en dør inn» konsept. Det skal utarbeides et budsjettforslag for satsningen, oversikt over pasientstrømmer mv. Det forutsettes økonomiske bidrag fra andre sykehus i Oslo (Lovisenberg og Diakonhjemmet) og eventuelt et rammebidrag fra Helse Sør-Øst RHF. I den grad det er mulig skal også trombektomi på Ullevål tas med i vurderingene.

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

Innenfor voksenpsykiatrien antall utskrivninger hittil i år tilnærmet lik budsjett mens det er 3,2 prosent (571) flere liggedøgn enn budsjettet. Dette er en reduksjon på 1,8 prosent (340) fra samme periode i 2017. Enkelte enheter i klinikken har krevende pasienter med behov for langvarig skjermingsopplegg og høy pleiekategorisering.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år 2,1 prosent (507) lavere enn budsjett. Det er også færre antall polikliniske konsultasjoner i år sammenlignet med tilsvarende periode i fjor, en reduksjon på totalt 7,5 prosent (1 903). Dette skyldes sykefravær, ferie avvikling, overlegepermisjoner/spesialistpermisjoner og mer klinisk personell på kurs.

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

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 42,8 prosent (18) flere pasienter. Antall liggedøgn hittil i år 39,6 prosent (832) høyere enn budsjett og økt med 49,6 prosent fra sammenlignet med tilsvarende periode i 2017. Det er Front

Ungdom hjemmesykehus (etablert fra 1. september) som generer denne store økningen. Det er stor etterspørsel for denne type aktivitet.

Antall polikliniske konsultasjoner er hittil i år 11 prosent (1 379) lavere enn plantall. Det er en reduksjon 16,9 prosent (2 262) fra 2017 til 2018. I hovedsak skyldes det flere vakante stillinger pga sykdom og noe turnover som resulterer til lavere behandlerkapasitet enn det som er forutsatt i budsjett.

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

Det er hittil i år skrevet ut 0,8 prosent (5) færre pasienter og det er 4,3 prosent (260) flere liggedøgn enn plantall. Antall liggedøgn er økt med 6 prosent (356) fra tilsvarende periode i fjor. Dette skyldes godt oppmøte og få avbrudd i behandlingen. For å utnytte kapasiteten har enkelte enheter fremskyndet nye innleggelser der det har blitt fremskyndet utskrivelser.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 3,6 prosent (224) lavere enn budsjettet. Dette skyldes noe høyere sykefravær i januar og februar, samt flere klinisk personell på kurs. Dette er en reduksjon på 6 prosent (385) sammenlignet med tilsvarende periode i fjor.

## **6. Økonomi**

### **6.1. Budsjettet overskudd i 2018**

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

### **6.2. Pensjonskostnad i 2018**

For 2018 har Oslo universitetssykehus HF budsjettert med en pensjonskostnad på 2 132 millioner kroner. Oppdaterte NRS-beregninger fra januar 2018 viste imidlertid at pensjonskostnadene ved Oslo universitetssykehus HF blir redusert med om lag 141 millioner kroner i forhold til det som var lagt til grunn i budsjettet, til totalt 1 991 millioner kroner. I revidert nasjonalbudsjett som legges frem i mai 2018, forventes det at basisrammen blir redusert tilsvarende reduksjonen i pensjonskostnad slik at endringen ikke forventes å påvirke foretakets økonomiske handlingsrom i 2018.

### **6.3. Rapportert resultat**

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter mars 2018 et regnskapsmessig overskudd på 13,8 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 43,8 millioner kroner. Dette gir isolert sett et negativt avvik i forhold til budsjett på 30 millioner kroner. Nye pensjonskostnadsberegninger for 2018, jfr beskrivelse ovenfor, viser en reduksjon på 141 millioner kroner sammenlignet med budsjett, hvorav 30,8 millioner kroner inngår i resultatet per mars. Helse Sør-Øst RHF har bedt foretakene bokføre de nye pensjonskostnadene, men samtidig korrigere resultatet for effekten av redusert pensjonskostnad som forventes å føre til tilsvarende rammereduksjon i Revidert nasjonalbudsjett for å få fram det reelle budsjettavviket. Når denne forventede rammereduksjonen hensynstas øker det negative avviket til minus 61 millioner kroner etter mars.

I etterkant av at resultatet for februar var rapportert ble det identifisert at det manglet aktivitetsbaserte inntekter (ISF- og gjestepasientinntekter) for om lag 14 millioner kroner. Justert for denne feilen i regnskapet ville rapportert negativt avvik etter februar vært tilsvarende lavere, dvs – 52 millioner kroner. Når det nå rapporteres et akkumulert negativt avvik etter mars på 61 millioner kroner, er det mest riktig å sammenligne dette med det justerte avviket rapportert etter februar på 52 millioner kroner. Når dette gjøres, og det hensyntas reduserte pensjonskostnader som omtalt ovenfor, gir det et negativt resultatavvik isolert for februar på nærmere 9 millioner kroner (og ikke et positivt avvik på 5 millioner kroner som fremkommer av selve resultatrapporten). Dette er et avvik som er betydelig mindre negativt enn avviket for de to første månedene av året.

Den somatiske aktiviteten er fortsatt lavere enn budsjettet, og dette er hovedårsaken til det negative budsjettavviket både for perioden og hittil i år.

Det er innført nytt finansieringssystem innenfor laboratorieområdet. Det er lagt til grunn at inntektsreduksjon innenfor Avdeling for medisinsk genetikk blir kompensert med inntil 200 millioner kroner med bakgrunn i tilbakemelding fra Helse Sør-Øst RHF datert 6. mars. For øvrige laboratiefag forventes inntektsendringene å være nøytrale. Foretakets laboratorieinntekter er i hovedsak innenfor Klinikk for laboratoriemedisin, men også i andre klinikker (Kreftklinikken, Barne- og ungdomsklinikken, Kvinneklinikken og Nevroklinikken). Endringene i laboratorieinntekter må derfor ses på tvers av klinikkene. Det er behov for ytterligere dialog med Helse Sør-Øst RHF for å sikre at inntektsendringen blir riktig kompensert, samt avklare hvordan dette mer detaljert skal rapporteres opp mot utførte analyser i 2018. Det er også usikkerhet knyttet til nytt finansieringssystem innenfor laboratorieområdet, ved at Helsedirektoratet har varslet at takstene kan bli endret i løpet av året.

De fleste klinikkene har høyere kostnader enn budsjettet, til tross for lav aktivitet. Dette knyttes i stor grad til at klinikkene har flere årsverk, og dermed noe høyere lønnskostnader enn budsjettet.

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



Tall i MNOK	Budsjett 2018	Avvik per mars		Kommentarer til avvik justert for avvik innenfor øremerkede prosjekter.
		Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	11 889	0	-	-
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447	-77	-78	Avvik skyldes lavere aktivitet enn budsjettert innenfor somatikken, inkludert lavere gjestepasientinntekter og økt negativ effekt av ISF-regelverket for 2018.
Andre inntekter	2 715	20	11	
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>23 051</b>	<b>-57</b>	<b>-66</b>	
Lønn -og innleiekostnader	15 829	25	17	Når positivt avvik for pensjon holdes utenom er det et negativt avvik for øvrige lønns- og innleiekostnader på 14 mnok.
Kjøp av helsejenester	492	4	-14	Noe høyere kostnader til kjøp av helsejenester enn budsjettert.
Varekostnader mv	2 623	27	27	Noe lavere varekostnader enn budsjettert, i stor grad som følge av lavere aktivitet.
Andre driftskostnader	3 966	-25	11	Noe lavere avskrivninger/nedskrivninger. Mindrekostnader innenfor IKT og stab mv.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>22 909</b>	<b>31</b>	<b>40</b>	
Driftsresultat	142	-26	-26	
Netto finans	33	-4	-4	Avviket gjelder i hovedsak datterselskapene.
<b>Resultat OUS</b>	<b>175</b>	<b>-30</b>	<b>-30</b>	
Endrede pensjonskostnader		31	31	Basisrammen forventes redusert tilsvarende.
<b>Resultat justert for endret pensj.kostnad</b>	<b>175</b>	<b>-61</b>	<b>-61</b>	

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

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

Klinikkene leverer hver måned oppdaterte prognosevurderinger for økonomisk resultat, aktivitet og årsverk. I tillegg vurderes foretakets fellesposter, IKT og øvrig stabsområde slik at man får en samlet vurdering av foretakets økonomiske resultatrisiko. Klinikkene leverer også hver måned rapportering på gjennomføring av vedtatte tiltak. I tabellvedlegget vises gjennomføringsgrad og prognose for kostnadsreduserende og inntektsøkende tiltak. Tiltak for å øke den ordinære aktiviteten (DRG-poeng) inngår ikke i denne oversikten.

##### Gjennomføringsgrad tidligere besluttede tiltak:

Per mars har klinikkene planlagt kostnadsreduserende og inntektsøkende tiltak (unntatt DRG) med en effekt i 2018 på om lag 300 millioner. Inkludert effekt av aktivitetsøkende tiltak innenfor somatikken er det planlagt resultatforbedrende tiltak for om lag 350 millioner kroner. For perioden januar – mars er det rapportert en effekt av gjennomførte tiltak på 56 millioner kroner. Ut fra planlagt gjennomføring av tiltakene tilsvarer dette en gjennomføringsgrad på 74 prosent. På årsbasis forventes en gjennomføringsgrad på 85 prosent.

##### Nye tiltak:

Klinikkvis oversikt over nye tiltak følger som eget vedlegg.

Klinikkene har noen andre tiltaksområder som er under planlegging og hvor det kan forventes effekt i 2019. Dette gjelder mer strukturelle tiltak som blant annet krever endringer i arealbruk. Disse vil bli fulgt opp som en del av arbeidet med budsjett 2019.

##### Vurdering av gjennomføringsrisiko for budsjett 2018:

Klinikkenes prognoser for økonomisk resultat inkluderer effekt av aktivitetsavvik og årsverk. Basert på rapportert resultat etter mars viser klinikkens vurderinger samlet

sett en risiko for et betydelig negativt resultatavvik i klinikkene samlet. Klinikkenes prognosevurderinger er hensyntatt effekt av tiltak planlagt i budsjettet og tidligere i 2018 samt effekt av nye tiltak som er konkretisert i etterkant av rapporteringen for mars. Det er imidlertid stor usikkerhet knyttet til endelig effekt av nytt laboratoriefinansieringssystem, og det er på dette tidspunkt ikke mulig å sikre at slike klinikkvise resultatprognoser blir avstemt i forhold til rammebetingelsene (som heller ikke er endelig avklart). Også andre budsjettposter er gjennomgått på nytt. Innenfor IKT-området regnes det med noe høyere positivt resultat enn tidligere. Videre forventes Fellesposter mv å gi et betydelig positivt resultat.

Det pågår et arbeid med å etablere ny løsning for økonomioppfølging av oppdragsforskning / kliniske studier (inntekter og kostnader) som nå håndteres via Inven2. Det må gjøres endringer i ordningen, og ny løsning er under utvikling med sikte på implementering i 2. halvår 2018. Endringen forventes å gi en positiv resultateffekt av engangskarakter i foretakets årsregnskap for 2018. Den positive effekten vil imidlertid ha tilhørende fremtidige interne forpliktelser. Styret vil få mer informasjon når planleggingen av ny ordning er kommet lengre.

Samlet vurdering på dette tidspunkt tilsier at det fortsatt er en betydelig resultatrisiko knyttet til foretakets økonomiske resultat for 2018. Men inkluderes den positive resultateffekten ved planlagt overføring av midler fra Inven2 vil det økonomiske resultatet likevel kunne bli i nærheten av budsjettkravet.

Det vurderes å være en god margin likviditetsmessig, slik at investeringsbudsjettet kan gjennomføres som planlagt.

Det er en rekke usikkerhetsforhold knyttet til vurdering av det økonomiske resultatet for 2018. Viktigst er sykehuset evne til å gjennomføre planlagt aktivitet og å holde bemanning og lønnskostnader under kontroll. Videre er det stor usikkerhet knyttet til faktisk effekt av endrede laboratorietakster og lønnsoppgjør 2018.

### **6.5. Interne produktivetsanalyser per 3. tertial 2017 (hele 2017)**

Oslo universitetssykehus HF utarbeider tertialvise produktivetsanalyser. Analysene lages på klinikk- og avdelingsnivå. Produktiviteten beregnes som et forholdstall mellom aktivitet, målt i form av DRG-poeng, og kostnader målt ved totale driftsutgifter korrigert for anslått lønns- og prisstigning og andre endringer for å sikre sammenlignbarhet. Det understrekes at det er usikkerhet om hvorvidt den benyttede pris- og lønnsveksten i beregningene gjenspeiler den faktiske lønns- og prisveksten. Som prisvekst er det benyttet forutsatt prisvekst fra statsbudsjettet (2 prosent), mens det for lønnsvekst (3 prosent) er benyttet interne beregninger som er ment å ta hensyn til virkningstidspunkt for de ulike oppgjørene. Som følge av merverdiavgiftsreformen fra 1.1.2017 er tallgrunnlaget for 2016 fratrukket beregnet merverdiavgift da det ikke foreligger et regnskap for 2016 eksklusive merverdiavgift. Det gjøres oppmerksom på at dette gjør resultatene noe mer usikre enn tidligere år.

Det utarbeides også parameter for såkalt teknisk effektivitet, det vil si forholdstall mellom aktivitet og årsverk. Produktivetsanalysene er primært uformet for de somatiske klinikkene, men det gjøres også vurderinger for de klinikkene som ikke har registrert DRG-aktivitet.

Tall for 2017 viser at produktiviteten for somatikken samlet (aktivitet ifht kostnad) var om lag på samme nivå som i 2016 (-0,1 prosent). Dette gjenspeiler at aktiviteten (antall DRG- poeng) har økt om lag like mye som kostnadene. Aktiviteten økte med 1,8 prosent, mens kostnadene målt i faste priser er beregnet økt med 1,9 prosent. Tilsvarende analyser er foretatt ved å sammenligne aktivitet i forhold til bemanning, det vil si teknisk effektivitet. For de samme klinikker var aktivitetsøkningen langt større enn bemanningsøkningen (0,2 prosent) hvilket ga en bedring i teknisk effektivitet på 1,6 prosent. Det er flere forhold som gjør at disse beregningene viser forskjellige resultater. Tidligere har disse beregningene vist relativt lik utvikling, mens det i år er større forskjeller. Dette skyldes blant annet økte kostnader medikamenter, varekostnader og implantater mv. På sykehusnivå var det en økning i kostnader til innleie av helsepersonell (20,4 millioner kroner (10 prosent)) fra 2016 til 2017. Disse tallene inngår i de samlede kostnadstallene, men ikke i årsverkstallene.

Det er store variasjoner mellom klinikkene. Tabellen nedenfor viser status for de enkelte klinikkene med tilhørende kommentarer:

Klinikk	Endret PROD (aktivitet vs kostnad)	Endret TEKNISK PROD (aktivitet vs bemanning)	Kommentar
MED	-4,4 %	-2,5 %	Negativ produktivitet utvikling skyldes en nedgang i aktivitet hovedsakelig døgn aktivitet, hvorav 300 DRG skyldes trachestomi. Brutto årsverk er økt med 7 (som brukes i måling av produktivitet) mens netto årsverk er redusert med 2. Dette svekker produktivitet utviklingen.
HHA	2,6 %	4,1 %	Positiv produktivitet skyldes i stor grad økning i cochleaoppgraderinger. Reduksjon i innlagte netthinne-pasienter og antall trachestomipoeng trekker den andre veien. Reell teknisk produktivitet vekst er om lag lik 0.
NVR	0,2 %	0,6 %	NVR har i 2017 en aktivitetsøkning på 2,5 %. Men utgiftene økte med 2,3 %. Det gir en produktivitetsforbedring på 0,2%. Implantat og instrumentkostnader innen Nevrokirurgi står for den største økningen med 12 MNOK. Økningen har sammenheng med at klinikken har prioritert å operere flere pasienter innen Parkinson og epilepsi for å få ned ventelister. Disse operasjoner er svært vareintensive. Klinikken har også en økning i sykefravær på 1 % -poeng. Det har gitt en økning i lønnskostnader. Økning i årsverk er mindre enn aktivitetsøkning og det gir en positiv arbeidsproduktivitet på 0,6%.
OPK	-1,2 %	3,2 %	OPK har hatt en stor aktivitetsvekst i overgangen fra 2016 til 2017, stort antall pas. på ortopedisk skadelegevakt, samt samlingen av proteseaktivitet ved ORU. Ledighold av for eksempel operasjonssykepleiere har blitt erstattet av ekstern innleie. Vekst i antall liggedøgn sengepostene økt innleie og overtid. Klinikken har etablert en ryggvakt 02.2017.
BAR	-2,8 %	1,5 %	BAR har hatt en økning i aktivitet innenfor behandling av barn over nyfødtperioden (bl.a flere benmargstransplantasjoner og ervervede hjerneskader). Bemanningen er tilnærmet uendret fra 2016. Dette gir en positiv endring i teknisk produktivitet på 1,5 %. På kostnadsiden har det vært en betydelig kostnadsøkning (spesielt innleie fra vikarbyrå og medikamenter (Spinraza), slik at produktiviteten er redusert med -2,8 % som følge av at kostnadsøkningen er høyere enn drg-økningen.

KVI	-2,4 %	-2,5 %	Kvinneklubben har redusert produktivitet i 2017 ift 2016, - 2,4%. Endret teknisk produktivitet er -2,5%. Dette skyldes i hovedsak en reduksjon i antall fødsler og lavere DRG-indeks per fødsel. GYN har økt aktiviteten. Netto reduksjon i klinikkens DRG-aktivitet er -2,5%. Antall brutto årsverk mellom 2016 og 2017 er uendret. Kostnadsnivået er redusert 0,1%.
KIT	2,1 %	4,0 %	KIT hadde i 2017 en økning i kostnader med 0,5 %. Aktivitetsveksten, målt i DRG, økte med 2,6% i samme periode. Dette gir en bedret produktivitet på 2,1 %. Sett i forhold til bemanningsutviklingen har klinikken en produktivetsforbedring på 4 % ettersom bemanningen, målt i brutto månedsverk, ble redusert med 1,4% i 2017.
KRE	0,1 %	1,6 %	KRE hadde i 2017 en økning i kostnader med 1,2 %. Aktivitetsveksten, målt i DRG, var imidlertid kun på 1 % og samlet produktivitet viser dermed en bedring på 0,2 %. Sett i forhold til bemanningsutviklingen har klinikken en produktivetsforbedring på 1,4 % ettersom bemanningen, målt i brutto månedsverk, ble redusert med 0,4 % i 2017. Årsaken til forskjellen mellom samlet produktivitet og produktivitet i forhold til årsverk er utviklingen i varekostnader gjennom 2017 (stor økning i medikamentkostnader).
HKL	3,5 %	2,9 %	HKL har en positiv produktivitet; kostnader versus bemanning er på + 3,5% og kostnader versus DRG poeng er på +2,9%. Kardiologisk avdeling øker med TAVI og ablasjonsaktivitet som følge av bedret kapasitetsutnyttelse av senger på TKA2. Det er 10 flere hjerteTX sammenlignet med per desember 2016. Thoraxkirurgisk avdeling, (TKA) har bedret sin logistikk på operasjonssiden, og dette gir mer effektiv drift og færre strykninger. Lungeavdelingen har stor økning på DRG knyttet til LungeTX. Korrigering for tracheostomier gir store positive utslag på DRG ved Lungeavdelingen.

### 6.6. Investeringer og finansiering av investeringer

I styremøtet 15. desember 2017 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2018 på 1 221 millioner kroner, jamfør styresak 73/2017. I styresak 8/2018 ble det orientert om at det var planlagt gjennomføring av investeringer i 2018 på 1 435 millioner kroner når en inkluderte overhøyet fra 2017 (investeringer vedtatt i tidligere budsjetter, men som først kommer til gjennomføring i 2018).

I tabellvedlegget vises planlagt gjennomføring for 2018 samt prognose for 2018. Ved utgangen av mars var regnskapsførte investeringer 192 millioner kroner. Dette er 157 millioner kroner lavere enn planlagt, hvorav anskaffelser av medisinskteknisk utstyr utgjorde 103 millioner kroner og investeringer i bygg 54 millioner kroner. Årsaken til at gjennomførte anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr er lavere enn planlagt skyldes en noe optimistisk fremdriftsplan tidlig i året. Prosessen for å komme i gang med prosjekter innenfor tilsynsavvik og oppgraderinger er tidkrevende, og dette er hovedårsaken til det lave pådraget på bygg. Årsestimatet for investeringer er redusert med 217 millioner kroner. Herav gjelder om lag 180 millioner kroner lukking av tilsynsavvik og oppgraderinger, som finansieres med 70 pst. lån fra Helse Sør-Øst RHF.

### 6.7. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2018 ble lagt frem for styret i sak 8/2018. Budsjettet innebar et økt trekk på bevilget driftskreditt med 113 millioner kroner gjennom året. Ved utgangen av mars var benyttet driftskreditt 90 millioner kroner høyere enn budsjettet. Dette forklares i hovedsak med svakere driftsresultat enn budsjettet, at finansiering av investeringer for lukking av tilsynsavvik og oppgraderinger ikke er innbetalt og lavere investeringspådrag.

Årsestimatet for likviditetsbeholdningen er endret, og det forventes nå et redusert trekk på bevilget driftskreditt med om lag 420 millioner kroner. Hovedårsaken er redusert estimat for pensjonspremie til Statens pensjonskasse. Nye tall fra Statens pensjonskasse viser en større overdekning enn det som ble forutsatt i budsjettinnspillet fra dem. I tillegg er estimert reguleringspremie redusert. Lavere investeringspådrag bidrar også til bedring i likviditeten.

## **7. Bemanning og sykefravær**

### **7.1. Bemanningsutvikling**

Gjennomsnittlig brutto månedsverk per april 2018 er 18 945, og har økt med 269 brutto månedsverk, tilsvarende 1,4 prosent, sammenlignet med tilsvarende periode i 2017. Internt finansierte månedsverk er per april 17 455, 0,9 prosent høyere enn budsjettet, og viser en økning på 283 (1,6 prosent) sammenlignet med 2017. Økningen på 273 brutto månedsverk fordeles på en økning i internt finansierte månedsverk på 289 og en nedgang på 14 eksternt finansierte månedsverk.

Utviklingen i månedsverk fra mars til april viser en nedgang på 97 månedsverk. Det er internt finansierte månedsverk som går ned mens eksterne månedsverk er uendret. Alle klinikker viser nedgang eller stagnasjon i utviklingen med unntak Klinikk for psykisk helse og avhengighet og Kreftklinikken som øker med åtte månedsverk hver. Bemanningstallene per april 2017 vil bli gått nærmere gjennom med klinikkene de nærmeste dagene.

### **7.2. Sykefravær**

Sykefraværet i februar måned 8,8 prosent og gjennomsnittlig sykefravær etter årets to første måneder er 8,5 prosent. Korttidsfraværet er per februar 3,5 prosent, mens langtidsfraværet er 5 prosent. Korttidsfraværet som særlig er et uttrykk for sesongbasert sykefravær har økt noe i vintermånedene og tallene er fortsatt høye i februar med tanke på utviklingen de senere måneder, men fortsatt vurderes sykefraværet til å være innenfor naturlig sesongvariasjon.

# Styresak 27/2018 Tabellvedlegg – måned rapport mars 2018

Oslo universitetssykehus HF  
OUS HF

Rapporteringsperiode: Mars 2018  
(bemanning for april)

# Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

## 1. Innhold i tabellvedlegg

### 2. Pasientbehandling

2.1 Aktivitet

2.2 Ventelisteutvikling

2.3 Fristbrudd

### 3. Økonomi og finans

3.1 Økonomisk resultat OUS

3.2 Økonomisk resultat klinikker

3.3 Investeringer og likviditet

## 4 Bemanning

4.1 Bemanningsutvikling – graf OUS

4.2 Bemanningsindikatorer, internt finansierte

4.3 Utvikling sykefravær

4.4 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

## Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

## Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

# 1. Styringsmål 2018 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

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

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Mål 2018:
  1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Prioritere DPS og psykisk helsevern for barn og unge.
  2. Færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017.
  3. Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.
  4. Færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Redusere avvisningsrate ved distriktpsikiatriske sentre innen psykisk helsevern.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

- Mål 2018:
  1. Redusere andel pasientskader med 25% innen utgangen av 2018 (GTT-undersøkelsene).
  2. Andel sykehusinfeksjoner skal være lavere enn 3%.
  3. 30% reduksjon i forbruk av bredspektrert antibiotika i sykehusene i 2020 sammenlignet med 2012.
  4. Minst 20% av pasientene med akutt hjerteinfarkt får intravenøs trombolysebehandling.
  5. Minst 50% av pasientene med hjerteinfarkt som får trombolysebehandling, får den innen 40 minutter etter innleggelse.
  6. Ingen korridorpasienter.
  7. Minst 30% av dialysepasientene får hjemmedialyse.
  8. Flere kliniske behandlingsstudier enn i 2017.
- Styrke arbeidet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere.
- Arbeide med IKT- standardisering, informasjonsdeling og mobile løsninger som understøtter gode og trygge pasientforløp. Etablere en standardisert og sikker IKT-infrastruktur som understøtter videre digitalisering.

Følges opp gjennom månedlig, tertialvis og årlig rapportering



## 2.1 Aktivitet somatikk (ISF-poeng)

Periode: MARS 2018	Periodens tall		HITTIL I ÅR		Sammenligning 2017	
	Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
<b>Klinikk</b>						
Medisinsk klinikk	64	2,8 %	-116	-1,6 %	-228	-3,2 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-136	-7,8 %	-480	-9,1 %	-395	-7,6 %
Nevroklinikken	-14	-0,6 %	-337	-4,9 %	-298	-4,3 %
Ortopedisk klinikk	30	1,5 %	125	2,1 %	-61	-1,1 %
Barne- og ungdomsklinikken	-83	-6,2 %	-272	-6,7 %	-181	-4,6 %
Kvinneklinikken	-59	-3,4 %	-130	-2,5 %	3	0,1 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	31	1,0 %	-336	-3,4 %	-307	-3,1 %
Kreftklinikken	-98	-3,7 %	-313	-3,9 %	-341	-4,3 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-36	-1,4 %	-86	-1,0 %	-521	-5,8 %
Akuttklinikken	-67	-46,2 %	-135	-29,7 %	-150	-32,0 %
Laboratoriemedisin	4	30,8 %	8	17,8 %	5	10,4 %
<b>SUM TOTALT</b>	<b>-448</b>	<b>-2,2 %</b>	<b>-2 011</b>	<b>-3,2 %</b>	<b>-2 541</b>	<b>-4,2 %</b>

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert i rapportert resultat.
- Ved sammenligning med 2017 er 2017-data fremstilt med vektor og logikk for 2018. Sammenligningen omfatter aktivitet utført ved Oslo universitetssykehus HF.

## 2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: MARS 2018	Denne periode				Hittil i år				2018 mot 2017			
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Avvik	%	Hittil i år	Budsjett	Avvik	%	HiÅ 2018	HiÅ 2017	Endring	%
<b>Psykisk helsevern - voksen</b>												
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	220	198	22	11,2 %	570	569	1	0,1 %	570	518	52	10,0 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	6 368	6 115	253	4,1 %	18 319	17 748	571	3,2 %	18 319	18 659	-340	-1,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner	7 282	7 391	-109	-1,5 %	23 555	24 062	-507	-2,1 %	23 555	25 458	-1 903	-7,5 %
<b>Psykisk helsevern - barn og unge</b>												
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	17	15	2	16,7 %	61	43	18	42,8 %	61	49	12	24,5 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	1 006	706	300	42,5 %	2 932	2 100	832	39,6 %	2 932	1 960	972	49,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	328	337	-9	-2,6 %	921	935	-14	-1,5 %	921	890	31	3,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	3 610	3 857	-247	-6,4 %	11 113	12 492	-1 379	-11,0 %	11 113	13 375	-2 262	-16,9 %
<b>TSB</b>												
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	189	199	-10	-5,0 %	574	579	-5	-0,8 %	574	560	14	2,5 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	2 096	2 070	26	1,2 %	6 323	6 063	260	4,3 %	6 323	5 967	356	6,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	1 940	1 857	83	4,5 %	5 989	6 213	-224	-3,6 %	5 989	6 374	-385	-6,0 %

# 2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

## Vektede aktivitetstall

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

	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2017	Mnd 2018	HiÅ 2017	HiÅ 2018	%-vis endring 2017-2018 Mnd	%-vis endring 2017-2018 HiÅ
Modalitet		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	7 405	6 631	21 672	20 537	-10,5 %	-5,2 %
CT	9,9	60 370	55 410	174 329	173 349	-8,2 %	-0,6 %
MG	18,3	9 827	5 984	27 395	23 717	-39,1 %	-13,4 %
MR	17,1	60 192	47 983	166 195	148 804	-20,3 %	-10,5 %
NM	12,3	7 515	6 125	21 906	20 406	-18,5 %	-6,9 %
PET	37,1	18 439	10 499	50 642	41 292	-43,1 %	-18,5 %
RG	1	15 527	13 988	44 511	43 900	-9,9 %	-1,4 %
UL	1,9	6 743	5 653	18 630	17 414	-16,2 %	-6,5 %
MG - screen	18,3	42 529	34 880	118 950	115 802	-18,0 %	-2,6 %
TS	1	2 953	2 574	8 028	7 947	-12,8 %	-1,0 %
<b>Totalt</b>		<b>231 500</b>	<b>189 727</b>	<b>652 257</b>	<b>613 168</b>	<b>-18,0 %</b>	<b>-6,0 %</b>

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

## 2.1 Aktivitet avdeling PO/Intensiv

Aktivitet	Mar 2018	Akkumulert aktivitet Mar 2018	Mar 2017	Akkumulert aktivitet Mar 2017	Akkumulert endring 2017-2018	Endring 2017-2018 i %
Antall intensivpasienter	263	815	262	789	26	3,3 %
Antall intensivdøgn	1 315	3 638	1 262	3 541	97	2,7 %
<b>Antall respiratordøgn:</b>						
Barneintensiv, RH	87	257	85	259	-2	-0,8 %
Generell Intensiv UL	138	414	226	525	-111	-21,1 %
Generell int 1, RH	196	530	183	550	-20	-3,6 %
Generell int 2, RH	125	323	82	283	40	14,1 %
Nevrointensiv, Ullevål	138	275	128	296	-21	-7,1 %
PO, Aker	1	2	-	2	0	
PO, Radium	1	6	2	27	-21	-77,8 %
PO, RH	3	3	1	1	2	
PO, Ullevål	4	18	26	37	-19	-51,4 %
<b>SUM Antall respiratordøgn</b>	<b>693</b>	<b>1 828</b>	<b>733</b>	<b>1 980</b>	<b>-152</b>	<b>-7,7 %</b>

Oversikten omfatter aktivitet ved Akuttklinikken PO/intensivenheter.

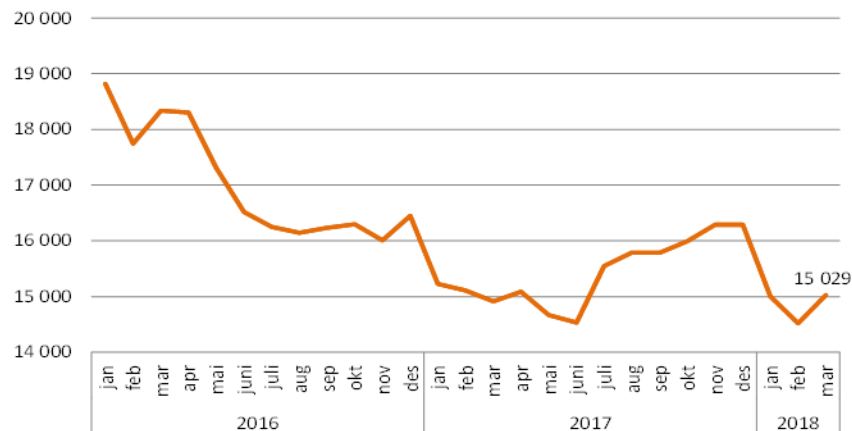
## 2.1 Aktivitet avdeling PO/Intensiv

Aktivitet	Mar 2018	Akkumulert aktivitet Mar 2018	Mar 2017	Akkumulert aktivitet Mar 2017	Akkumulert endring 2017-2018	Endring 2017-2018 i %
<b>Antall PO-pasienter</b>						
Barneintensiv, RH	50	127	51	127	0	0,0%
Generell Intensiv UL	27	68	18	57	11	19,3%
Generell int 1, RH	31	82	18	57	25	43,9%
Generell int 2, RH	26	98	20	61	37	60,7%
Nevrointensiv, Ullevål	7	46	4	27	19	70,4%
PO, Aker	443	1 417	565	1 546	-129	-8,3%
PO, Radium	253	783	303	823	-40	-4,9%
PO, RH	821	2 735	1 116	3 064	-329	-10,7%
PO, Ullevål	380	1 187	452	1 277	-90	-7,0%
<b>Sum antall PO-pasienter</b>	<b>2 038</b>	<b>6 543</b>	<b>2 547</b>	<b>7 039</b>	<b>-496</b>	<b>-7,0%</b>
<b>Liggedøgn PO-pasienter</b>						
Barneintensiv, RH	11	32	10	30	2	6,7%
Generell Intensiv UL	10	27	9	26	1	3,8%
Generell int 1, RH	6	24	5	16	8	50,0%
Generell int 2, RH	4	23	8	20	3	15,0%
Nevrointensiv, Ullevål	3	23	1	13	10	76,9%
PO, Aker	75	240	105	301	-61	-20,3%
PO, Radium	52	171	70	175	-4	-2,3%
PO, RH	89	300	131	359	-59	-16,4%
PO, Ullevål	110	336	125	357	-21	-5,9%
<b>Sum antall liggedøgn PO-pasienter</b>	<b>360</b>	<b>1 176</b>	<b>464</b>	<b>1 297</b>	<b>-121</b>	<b>-9,3%</b>

Oversikten omfatter aktivitet i Akuttklinikken.

## 2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

Antall ventende

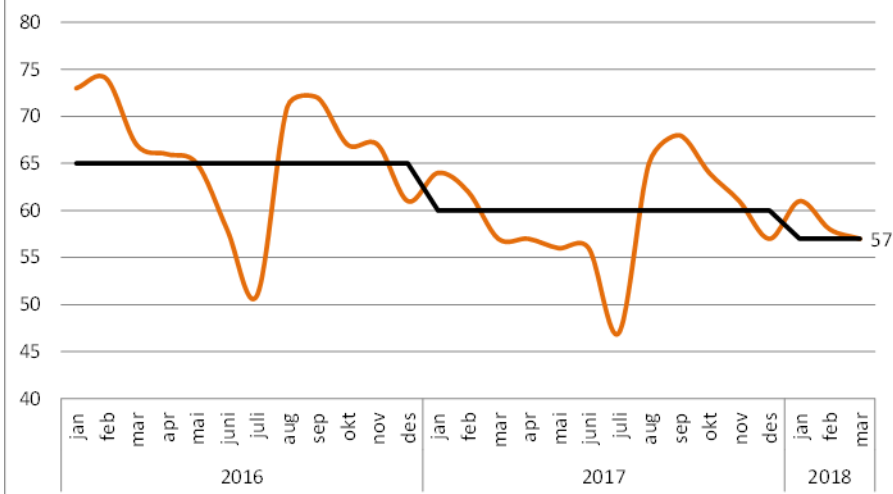


Antall ventende	2016	2017			2018			Utvikling	
	des	jan	feb	mar	des	jan	feb		mar
PHA	679	623	640	601	636	563	578	646	
MED	2 126	2 166	2 160	2 187	2 439	2 133	2 038	2 113	
HHA	2 361	2 262	2 171	2 108	2 613	2 417	2 273	2 242	
NVR	1 897	1 679	1 707	1 750	1 967	1 632	1 502	1 622	
OPK	1 817	1 592	1 613	1 435	1 539	1 432	1 449	1 535	
BAR	807	786	699	665	866	760	766	832	
KVI	1 126	992	925	972	696	747	735	817	
KIT	3 389	3 184	3 249	3 249	3 605	3 468	3 392	3 389	
KRE	286	306	322	401	350	328	325	340	
HLK	1 214	937	889	727	737	715	693	729	
AKU	106	106	100	126	182	176	178	159	
KLM	641	596	634	692	658	632	593	605	
<b>Sum klinikker</b>	<b>16 449</b>	<b>15 229</b>	<b>15 109</b>	<b>14 913</b>	<b>16 288</b>	<b>15 003</b>	<b>14 522</b>	<b>15 029</b>	
Diff vs. 2017									116
Diff %									1 %

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

## 2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling

Gj.sn. ventetider til avvikling

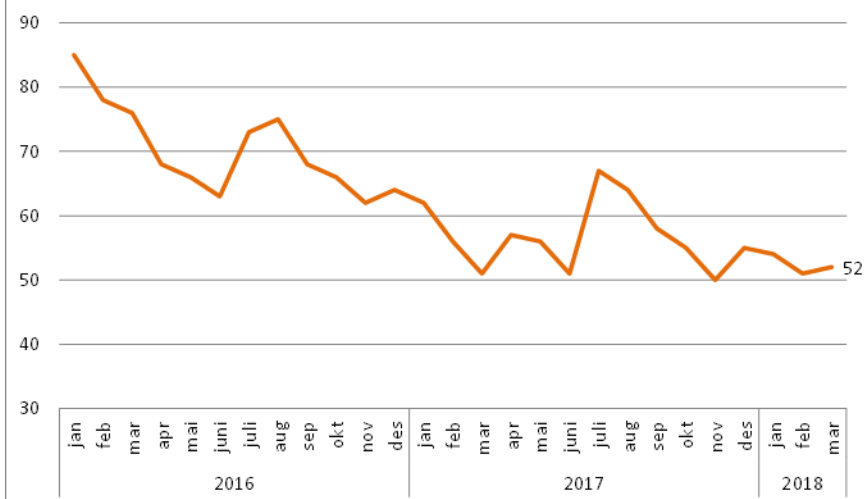


Gj.sn. v.tid til avvikling	2016	2017				2018			Utvikling
	des	jan	feb	mar	des	jan	feb	mar	
PHA	39	49	53	45	42	49	43	43	
MED	58	55	56	55	56	74	62	57	
HHA	59	62	56	52	64	66	64	65	
NVR	63	66	57	55	57	58	59	54	
OPK	121	93	107	76	80	70	83	72	
BAR	59	65	62	62	60	71	64	57	
KVI	59	64	59	55	41	46	38	35	
KIT	61	66	66	63	67	64	67	69	
KRE	22	24	34	28	27	28	27	28	
HLK	72	115	106	93	66	65	58	59	
AKU	53	70	57	52	77	73	73	101	
KLM	33	34	34	32	32	39	37	34	
OUS	61	64	62	57	57	61	58	57	
Diff vs. 2017								0	
Diff %								0 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

## 2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende

Gj.sn. ventetider ventende



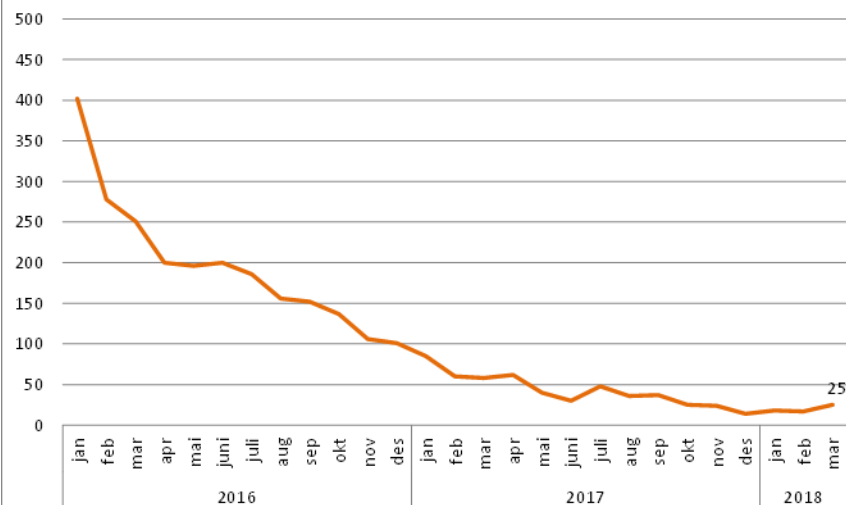
Gj.sn. v.tid ventende	2016	2017			2018			Utvikling	
	des	jan	feb	mar	des	jan	feb		mar
PHA	38	36	34	33	35	39	31	41	
MED	57	54	51	47	56	52	49	51	
HHA	70	65	62	58	63	60	58	56	
NVR	51	48	43	41	46	45	42	41	
OPK	101	99	82	79	65	67	61	58	
BAR	57	62	51	49	59	59	53	56	
KVI	53	47	46	43	40	32	32	34	
KIT	60	61	57	53	60	62	61	65	
KRE	31	43	70	43	30	23	23	35	
HLK	100	90	79	57	52	49	48	51	
AKU	48	41	38	34	57	60	63	68	
KLM	38	34	33	37	41	36	34	36	
OUS	64	62	56	51	55	54	51	52	
Diff vs. 2017								1	
Diff %								2 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.



## 2.2 Langtidsventende ( $\geq 12$ mnd)

Ventende  $\geq 12$  mndr.



Antall ventet $\geq 1$ år	2016	2017					2018			Utvikling
	des	jan	feb	mar	des	jan	feb	mar		
PHA	2	1	-	-	-	2	1	3		
MED	4	1	-	1	1	-	-	-		
HHA	6	8	11	11	3	4	5	3		
NVR	7	3	1	5	2	3	3	-		
OPK	57	47	23	20	1	1	-	-		
BAR	1	2	-	-	1	1	-	-		
KVI	4	3	6	3	-	2	-	1		
KIT	14	12	10	7	4	4	7	13		
KRE	1	5	7	5	1	-	1	3		
HLK	3	2	2	3	-	1	-	2		
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-		
KLM	2	1	-	3	1	-	-	-		
<b>Sum</b>	<b>101</b>	<b>85</b>	<b>60</b>	<b>58</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>25</b>		
<b>Diff vs. 2017</b>									-33	
<b>Diff %</b>									-57 %	

## 2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2016									Utvikling
	2016	2017				2018				
	Antall	Antall				Antall				
	des	jan	feb	mar	des	jan	feb	mar	mar	
PHA	-	3	1	2	2	1	1	1	0,4%	
MED	3	18	3	1	1	1	1	2	0,2%	
HHA	5	6	3	6	2	4	4	7	0,7%	
NVR	1	11	6	5	6	7	1	4	0,6%	
OPK	21	16	1	5	1	2	1	3	0,6%	
BAR	-	6	4	8	5	25	18	10	3,6%	
KVI	7	6	4	3	7	4	3	-	0%	
KIT	13	20	14	18	17	35	29	26	2,4%	
KRE	9	10	6	12	3	6	4	5	1,5%	
HLK	2	1	1	4	5	4	4	6	2,2%	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	1	2,3%	
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0%	
Sum	61	97	43	64	49	89	66	65	1,1%	
Endr fra 2017									1	
Endr i %									2 %	

Fristbrudd ventende	2016									Utvikling
	2016	2017				2018				
	Antall	Antall				Antall				
	des	jan	feb	mar	des	jan	feb	mar	mar	
PHA	8	6	3	1	-	-	1	7	0,2	
MED	10	4	2	5	1	-	5	5	0,2	
HHA	4	5	1	1	3	2	2	11	0,1	
NVR	8	8	3	1	4	4	4	5	0,3	
OPK	12	7	3	3	3	4	-	4	-	
BAR	2	1	4	6	31	26	15	13	2,0	
KVI	1	2	-	-	-	-	-	-	-	
KIT	33	14	16	23	37	13	26	43	0,8	
KRE	7	10	11	9	12	-	3	10	0,9	
HLK	4	3	-	5	4	4	2	5	0,3	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
KLM	-	-	1	1	-	-	1	-	0,2	
Sum	89	60	44	55	95	53	59	103	0,7%	
Endr fra 2017									48	
Endr i %									87 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

# 3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2018	Mars				Hittil i 2018			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 889 309	1 044 142	1 044 142	0	0,0 %	3 050 385	3 050 385	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447 259	714 799	714 508	291	0,0 %	2 101 075	2 177 992	-76 917	-3,5 %
Andre inntekter	2 714 720	276 755	233 610	43 145	18,5 %	714 231	694 445	19 787	2,8 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>23 051 288</b>	<b>2 035 696</b>	<b>1 992 261</b>	<b>43 435</b>	<b>2,2 %</b>	<b>5 865 691</b>	<b>5 922 822</b>	<b>-57 130</b>	<b>-1,0 %</b>
Lønn -og innleiekostnader	15 828 574	1 374 599	1 387 938	13 339	1,0 %	4 073 270	4 098 366	25 097	0,6 %
Kjøp av helsejenester	492 303	44 990	40 773	-4 217	-10,3 %	119 141	122 665	3 524	2,9 %
Varekostnader mv	2 622 546	214 848	218 540	3 693	1,7 %	639 095	666 223	27 128	4,1 %
Andre driftskostnader	3 965 783	370 791	333 042	-37 748	-11,3 %	1 024 463	999 797	-24 666	-2,5 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>22 909 206</b>	<b>2 005 228</b>	<b>1 980 294</b>	<b>-24 935</b>	<b>-1,3 %</b>	<b>5 855 968</b>	<b>5 887 051</b>	<b>31 083</b>	<b>0,5 %</b>
Driftsresultat	142 082	30 467	11 967	18 500	0,9 %	9 723	35 771	-26 048	-0,4 %
Netto finans	32 918	-228	2 617	-2 845	-108,7 %	4 100	7 979	-3 879	-48,6 %
<b>Resultat OUS</b>	<b>175 000</b>	<b>30 240</b>	<b>14 584</b>	<b>15 656</b>	<b>0,8 %</b>	<b>13 823</b>	<b>43 750</b>	<b>-29 927</b>	<b>-0,5 %</b>
Endrede pensjonskostnader	0	10 394	0	10 394		30 873	0	30 873	
<b>Resultat justert for endret pensj.kost</b>	<b>175 000</b>	<b>19 846</b>	<b>14 584</b>	<b>5 262</b>	<b>0,3 %</b>	<b>-17 050</b>	<b>43 750</b>	<b>-60 800</b>	<b>-1,0 %</b>

# 3.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	3 029 501	3 029 501	0	Inntektsføres som budsjett.
Kvalitetsbasert finansiering	20 884	20 884	0	Inntektsføres som budsjett.
ISF egne pasienter	964 275	1 026 513	-62 238	De totale ISF-inntektene er om lag 52 mnok lavere enn budsjett. I dette ligger et positivt avvik på 16 mnok relatert til refusjon for pasientadministrerte legemidler (hovedsakelig knyttet til de nye legemidlene som ble overført i 2017 og 2018). Avviket kan i stor grad relateres til somatisk dag- og døgnbehandling. Dette har sammenheng med lavere aktivitet enn forutsatt i flere klinikker. I avviket inngår også negativt avvik knyttet til negativ gruppereffekt ut over budsjettet med om lag 9 mnok.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	219 366	223 912	-4 546	
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0		
ISF-refusjon pasientadm biologiske legemidl	17 234	17 683	-450	
ISF-refusjon pasientadm kreftlegemidler	34 026	18 401	15 625	
Utskrivningsklare pasienter	2 700	842	1 858	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt.
Gjestepasienter	181 734	172 047	9 687	Det er et positivt avvik på 1,3 mnok relatert til PHA og TSB. Det øvrige avviket kan i sin helhet relateres til somatikken og merinntekter som gjelder både dag- og døgnaktivitet.
Salg av konserninterne helsetjenester	508 561	548 858	-40 297	Salg av helsetjenester til andre i egen region er om lag 40 mnok lavere enn budsjettet. Avviket gjelder i sin helhet dag-, døgn- og poliklinisk aktivitet innen somatikken (hvorav deler av dette også kan relateres til gruppereffekt ut over budsjettet). PHA har et positivt avvik på om lag 1 mnok og kurdøgn et positivt avvik på om lag 2,5 mnok.
Polikliniske inntekter	173 180	169 812	3 368	Det positive avviket på om lag 3 mnok gjelder radiologiområdet.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	0	0	0	
Andre øremerkede tilskudd	390 610	394 829	-4 219	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	323 621	299 540	24 082	Mindre avvik i flere av klinikkene.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>5 865 691</b>	<b>5 922 822</b>	<b>-57 130</b>	
Kjøp av off helsetjenester	16 045	10 931	-5 114	Avviket kan i sin helhet relateres til tilskudd gitt fra nasjonalt kompetansesenter til andre foretak. Avviket har motpost på inntektssiden under andre øremerkede tilskudd.
Kjøp av private helsetjenester	82 301	92 949	10 648	Avviket kommer som følge av lavere kostnader til kjøp av behandling i utlandet.
Varekostnader	639 095	666 220	27 125	Avviket kan ses i sammenheng med lavere aktivitet enn budsjettet.
Innleid arbeidskraft	51 091	39 502	-11 589	Innleiekostnadene er om lag 12 mnok høyere enn budsjettet og om lag 2% høyere enn på samme tid i fjor.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	20 795	18 788	-2 007	Avviket kan i all hovedsak relateres til lavere kostnader knyttet til poliklinikk PHA og TSB.
Lønn til fast ansatte	2 888 436	2 906 665	18 229	De samlede lønnskostnadene er om lag 27 mnok lavere enn budsjettet. I resultatet inngår rundt 31 mnok i lavere
Overtid og ekstrahjelp	330 943	302 260	-28 682	pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet. Avviket eksl. pensjonseffekt er således negativt med om lag 4 mnok. I avviket
Pensjon	491 789	522 663	30 873	inngår et positivt avvik på om lag 8 mnok relatert til aktivitet med øremerket finansiering. Avvik relatert til drift er således
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-198 216	-182 774	15 442	negativt på om lag 12 mnok. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet, men må ses i sammenheng med høyere kostnader til
Annen lønn	509 227	510 050	823	overtid og ekstrahjelp.
Avskrivninger	226 647	224 133	-2 515	Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Nedskrivninger	0	4 819	4 819	Det er ikke bokført kostnader til nedskrivning.
Andre driftskostnader	797 815	770 845	-26 970	Det negative avviket skyldes blant annet høyere energikostnader enn budsjettet (om lag 10 mnok), samt kostnader tilhørende øremerkede milder som salderes under inntektene. Noe lavere IKT-kostnader bidrar til å redusere det negative avviket.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>5 855 968</b>	<b>5 887 051</b>	<b>31 083</b>	
Finansinntekter	14 716	19 986	5 270	Negativ netto finans kommer i all hovedsak som følge av negativt bidrag fra datterselskapene.
Finanskostnader	10 616	12 007	1 391	
<b>Netto finans</b>	<b>4 100</b>	<b>7 979</b>	<b>3 879</b>	
<b>TOTALT</b>	<b>13 823</b>	<b>43 750</b>	<b>-29 927</b>	
Avvik justert for endrede pensjonskost			<b>-60 800</b>	



## 3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Mars 2018 tall i hele 1000 kr	Mars				Hittil i år			
Økonomisk resultat	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-4 500	0	-4 500	-2,3 %	-5 920	0	-5 920	-1,1 %
Medisinsk klinikk	1 936	0	1 936	1,6 %	-4 947	0	-4 947	-1,4 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-6 820	0	-6 820	-9,2 %	-20 029	0	-20 029	-9,1 %
Nevroklubben	-3 112	0	-3 112	-3,5 %	-13 670	0	-13 670	-5,1 %
Ortopedisk klinikk	-1 819	0	-1 819	-3,0 %	-4 937	0	-4 937	-2,7 %
Barne- og ungdomsklubben	-976	0	-976	-0,9 %	-4 268	0	-4 268	-1,4 %
Kvinneklubben	-1 954	0	-1 954	-3,2 %	-6 347	0	-6 347	-3,6 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-459	0	-459	-0,4 %	-16 231	0	-16 231	-5,3 %
Kreftklubben	9 665	0	9 665	5,6 %	-176	0	-176	0,0 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-4 938	0	-4 938	-4,7 %	-7 504	0	-7 504	-2,4 %
Akuttklubben	-1 948	0	-1 948	-1,1 %	-4 470	0	-4 470	-0,9 %
Prehospital klinikk	-500	0	-500	-0,6 %	-2 343	0	-2 343	-1,0 %
Klinikk for laboratoriemedisin	-345	0	-345	-0,2 %	-4 483	0	-4 483	-0,8 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	705	0	705	0,9 %	210	0	210	0,1 %
Oslo sykehusservice	94	0	94	0,0 %	-3 685	0	-3 685	-0,6 %
Direktørens stab	8 084	0	8 084	6,2 %	14 648	0	14 648	3,7 %
Fellesposter	37 431	11 737	25 694	46,8 %	93 972	35 257	58 715	34,0 %
Konsern	-302	2 847	-3 149		4 004	8 493	-4 489	
Sum OUS	30 240	14 584	15 656	0,8 %	13 823	43 750	-29 927	-0,5 %
Sum OUS justert for endret pensj.kostnad	19 846	14 584	5 262	0,3 %	-17 050	43 750	-60 800	-1,0 %

# 3.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-6	Klinikken har noe høyere kostnader enn budsjettert. Merforbruk innenfor lønnsområdet utgjør om lag 9 mnok.
Medisinsk klinikk	-5	Klinikken har lavere aktivitet enn budsjettert. Dette gir en svikt i inntektene med en resultateffekt på -2,3 mnok . Lønnsområdet alene har et avvik på -4,5 mnok. Totalt har utgiftsiden et avvik på -2,6 mnok. Samlet gir dette et resultat på -5 mnok.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-20	Lav aktivitet, med lave ISF-inntekter, er hovedårsaken til klinikkens negative resultatavvik. Dette utgjør om lag 15 mnok. Klinikken har også høyere kostnader til lønn- og Innleie enn budsjettert. Dette utgjør i overkant av 4 mnok.
Nevroklinikken	-14	Klinikken har lavere aktivitet / DRG- inntekter (-10,4 mnok). Lav aktivitet skyldes i hovedsak nedgang i antall operasjoner grunnet kapasitetsproblemer. Kurdøgn og poliklinisk aktivitet er positiv. Lavere varekostnader og variabel lønn henger sammen med aktivitetsnivået.
Ortopedisk klinikk	-5	Klinikken har en aktivitet som planlagt, men særlig høyere innleiekostnader enn budsjettert gir et resultatavvik på -5 mnok.
Barne- og ungdomsklinikken	-4	Klinikken er i balanse lønsmessig, men har store utgifter til innleie på nyfødtintensiv. En OUS arbeidsgruppe har levert rapport om bemanning og kompetanse på nyfødtintensiv og det jobbes for å omgjøre det høye innleienivået til egne faste ansatte. Mangel på kompetanse i sykepleiergruppen bidrar også til innleie.
Kvinneklinikken	-6	Klinikkens merforbruk kan i stor grad relateres til inntektssiden (både ISF og laboratorieinntekter: -4,1 mnok). På utgiftssiden har klinikken et merforbruk på -2,2 mnok.
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-16	Klinikken ligger -10 mnok etter budsjett på inntektssiden bla som følge av færre operasjoner de 8 første ukene av året enn planlagt. På utgiftssiden er det hovedsakelig høyere lønnskostnader inkl innleie som bidrar til resultatavviket.
Kreftklinikken	0	Aktiviteten hittil i år for DRG- inntekt er -9,4 mnok. Omlegging av lab- takster gir så langt et positivt avvik. Varekostnadene følger aktiviteten og er lavere enn budsjett. Lønnskostnadene er gir negativt avvik slik at samlet er avviket i driftsutgifter omlag -2 mnok.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-8	Klinikken har noe lavere aktivitet enn budsjettert. Varekostnadene er høyere enn budsjettert (-4 mnok). Dette skyldes i hovedsak høye kostnader til implantater.
Akuttklinikken	-4	Aktiviteten er litt lavere enn plan. Hovedforklaringen for resultatet er et merforbruk (-4,5 mnok) på innleie fra vikarbyrå og lønn.
Prehospital klinikk	-2	Det har vært høy aktivitet på ambulansområdet med en aktivitetsvekst tilsvarende 3 døgnbiler mer enn samme periode i 2017 (en økning på 8,7 % i antall oppdrag). Klinikken har høy bruk av variabel lønn og høye bilkostnader knyttet til økt aktivitet.
Klinikk for laboratoriemedisin	-4	Det er fortsatt noe usikkerhet knyttet til laboratorieinntekter etter innføring av nytt laboratoriefinansieringssystem. Driftsutgiftene har et avvik på -5,7 mnok fordelt på -4 mnok i varekostnad og -0,5 mnok i lønnsutgifter.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	0	Klinikken har litt lavere aktivitet med tilhørende inntektsreduksjon (særlig på PET) med tilhørende lavere varekostnad.
Oslo sykehusservice	-4	Driftsinntektene er 9,7 mnok høyere enn budsjett og høyere driftsutgifter (-12 mnok). Det er særlig energikostnadene som er høyere enn budsjettert (-9,3 mnok).
Stab	15	Direktørens stab har et positivt avvik på 15 mnok. IKT står for 9,7 mnok og øvrig stab for 4,9 mnok.
Fellesposter / konsern mv	54	Det positive avviket for fellesposter gjelder i hovedsak budsjettert reserve og midler som skal fordeles til klinikkene. Økt negativ effekt av endelig ISF-regelverk for 2018 gir et negativt inntektsavvik. Det er noe reduserte tapsavsetninger knyttet til blant annet sykehotell.
Samlet avvik	-30	
Avvik justert for endrede pensjonskostnader	-61	

## 3.2 Gjennomføring av tiltak

KLINIKK (tall i 1000 kr)	Budsjett tiltak per mars	Effekt tiltak per mars	Gjennomførings- % tiltak pr mars	Årsbudsjett tiltak	Årsprognose tiltak	Gjennomførings- % tiltak årsprognose
PHA	11 664	4 454	<b>38 %</b>	46 656	35 840	<b>77 %</b>
MED	3 804	2 505	<b>66 %</b>	16 716	12 677	<b>76 %</b>
HHA	3 063	1 600	<b>52 %</b>	19 750	10 650	<b>54 %</b>
NVR	2 084	1 815	<b>87 %</b>	10 500	8 465	<b>81 %</b>
OPK	724	716	<b>99 %</b>	6 203	6 203	<b>100 %</b>
BAR	4 848	3 895	<b>80 %</b>	23 530	19 730	<b>84 %</b>
KVI	1 121	1 121	<b>100 %</b>	2 200	2 200	<b>100 %</b>
KIT	2 880	726	<b>25 %</b>	12 130	6 983	<b>58 %</b>
KRE	4 157	4 703	<b>113 %</b>	16 857	16 659	<b>99 %</b>
HLK	3 085	2 292	<b>74 %</b>	12 315	10 961	<b>89 %</b>
AKU	5 488	2 170	<b>40 %</b>	23 444	16 670	<b>71 %</b>
PRE	1 363	524	<b>38 %</b>	7 750	7 750	<b>100 %</b>
KLM	9 324	7 795	<b>84 %</b>	40 295	39 073	<b>97 %</b>
KRN	8 982	8 657	<b>96 %</b>	11 929	10 627	<b>89 %</b>
OSS	13 135	13 135	<b>100 %</b>	52 539	52 539	<b>100 %</b>
<b>SUM</b>	<b>75 722</b>	<b>56 106</b>	<b>74 %</b>	<b>302 814</b>	<b>257 027</b>	<b>85 %</b>

## 3.3 Investeringer

Investeringer		Planlagt gjennomføring i 2018 <sup>1)</sup>	Planlagt gjennomføring hiå.	Bokførte investeringer hiå.	Avvik hiå.	Prognose gjennomføring 2018	Endring i ft. planlagt gjennomføring 2018
(Beløp i millioner kroner)							
Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)	MTU	493	192	88	-103	498	5
	Bygg	759	152	97	-54	537	-222
	Annet	58	6	7	1	58	0
	<i>Investeringer som regnskapsføres</i>	<i>1 310</i>	<i>349</i>	<i>192</i>	<i>-157</i>	<i>1 092</i>	<i>-217</i>
	Egenkapital pensjon	55	0	0	0	55	0
	IKT <sup>2)</sup>	71	18	5	-13	71	0
	<b>SUM</b>	<b>1 435</b>	<b>367</b>	<b>197</b>	<b>-170</b>	<b>1 218</b>	<b>-217</b>
Finansiering	Ordinær likviditet	268	140	70	-70	268	0
	Driftsresultat	421	16	9	-7	314	-106
	Fordring på HSØ RHF	7	0	0	0	7	0
	Lån	317	76	65	-11	216	-101
	Øremerkede tilskudd	15	1	1	0	11	-4
	Finansiell leie	371	134	52	-82	365	-6
	Annen finansiering	36	0	0	0	36	0
<b>SUM</b>	<b>1 435</b>	<b>367</b>	<b>197</b>	<b>-170</b>	<b>1 218</b>	<b>-217</b>	

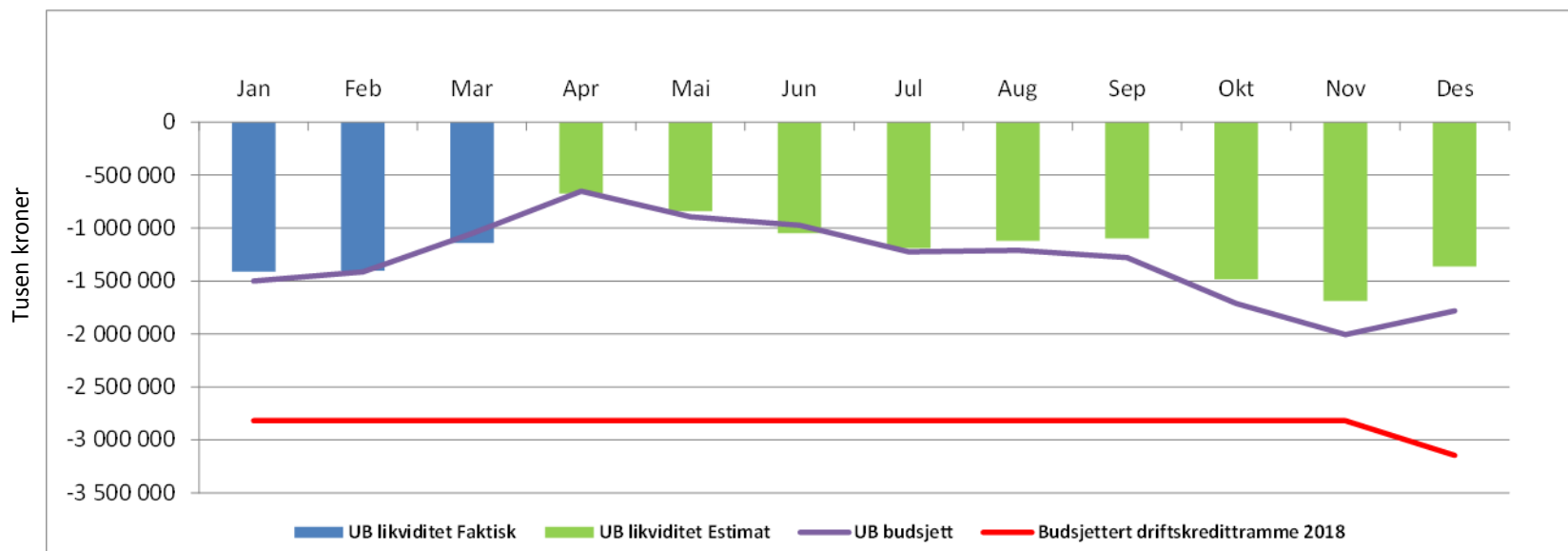
1) I styremøtet 15. desember 2017 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2018 på 1 221 millioner kroner, jamfør styresak 73/2017. I styresak 8/2018 ble styret informert om hva som planlegges gjennomført i 2018. Forskutterte investeringer på 57 millioner kroner kan ikke benyttes på nytt og reduserer planlagt gjennomføring i 2018. Ubenyttet finansieringsramme i 2017 var 504 millioner kroner og dette planlegges gjennomført i 2018. Av investeringsrammen for 2018 forventes 232 millioner kroner å bli gjennomført etter årets slutt. Dette innebærer at det i 2018 anslås å bli gjennomført investeringer for 1 435 millioner kroner.

2) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.



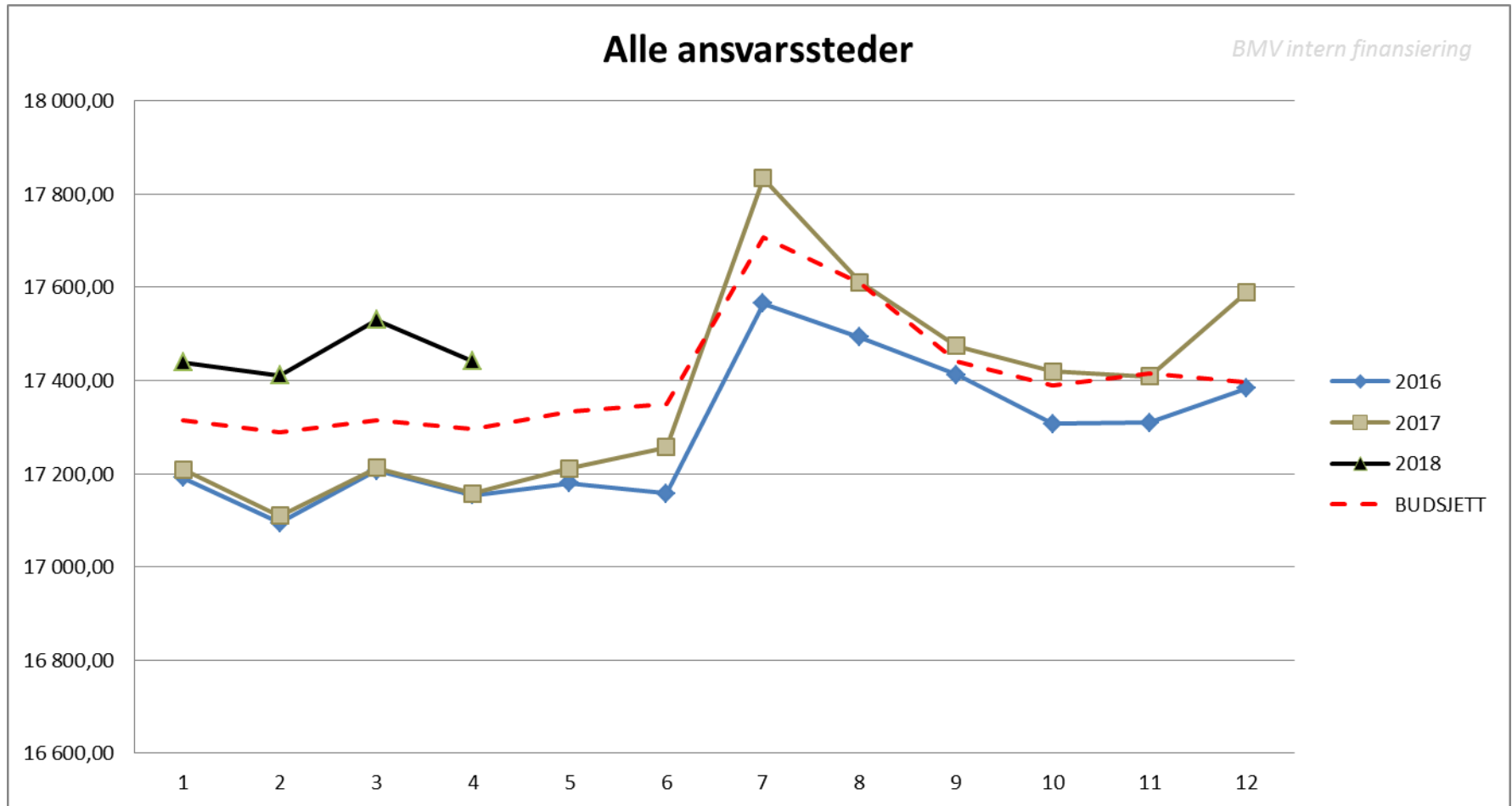
## 3.3 Likviditet

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



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

# 4.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



## 4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	APRIL 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr APRIL	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ APRIL 2018 mot APRIL 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
<b>Brutto månedsværk, herav:</b>	<b>18 920</b>	<b>18 835</b>	<b>85</b>	<b>18 945</b>	<b>18 846</b>	<b>99</b>	<b>0,5 %</b>	<b>257</b>	<b>1,4 %</b>	<b>269</b>	<b>1,4 %</b>
- internt finansierte	17 441	17 295	146	17 455	17 303	152	0,9 %	283	1,6 %	283	1,6 %
- eksternt finansierte	1 479	1 539	-60	1 489	1 543	-54	-3,5 %	-26	-1,7 %	-14	-0,9 %
- månedslønnede	17 709	17 754	-45	17 692	17 746	-54	-0,3 %	202	1,2 %	229	1,3 %
- variabelønnede	1 210	1 080	130	1 253	1 100	153	13,9 %	55	4,8 %	40	3,3 %
- fast ansatte	14 659			14 670				330	2,3 %	361	2,5 %
- midlertidig ansatte	4 259			4 272				-72	-1,7 %	-93	-2,1 %

Fra ProClarity. De grå feltene representerer ulike måter å bryte ned det overordnede tallet for brutto månedsværk.

## 4.2 Detalj internt finansierte

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	APRIL 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr APRIL	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ APRIL 2018 mot APRIL 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Psykisk helse og rus	2 268	2 298	-30	2 249	2 295	-46	-2,0 %	78	3,6 %	65	3,0 %
Somatiske kliniske klinikker	8 408	8 221	188	8 399	8 220	180	2,2 %	151	1,8 %	129	1,6 %
Medisinske støttefunksjoner	4 701	4 703	-2	4 724	4 706	18	0,4 %	62	1,3 %	101	2,2 %
Stab og OSS	2 063	2 073	-10	2 082	2 082	0	0,0 %	-8	-0,4 %	-12	-0,6 %
<b>OUS</b>	<b>17 440</b>	<b>17 295</b>	<b>146</b>	<b>17 455</b>	<b>17 303</b>	<b>152</b>	<b>0</b>	<b>283</b>	<b>0</b>	<b>283</b>	<b>0</b>

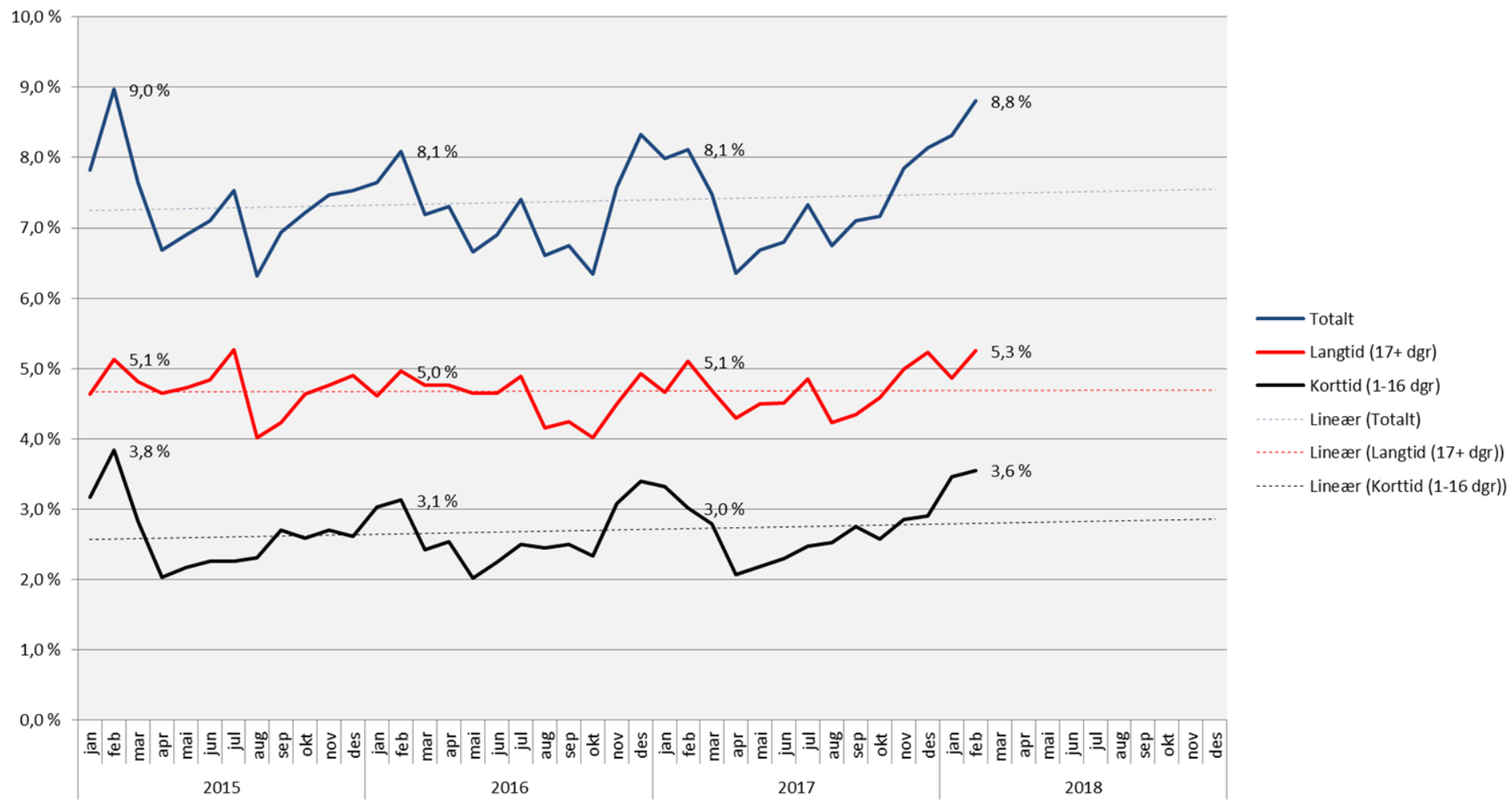
INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	APRIL 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr APRIL	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ APRIL 2018 mot APRIL 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
AKU	1 795	1 797	-3	1 802	1 799	3	0,2 %	8	0,4 %	29	1,6 %
PRE	781	784	-3	797	784	13	1,7 %	18	2,4 %	28	3,7 %
PHA	2 268	2 298	-30	2 249	2 295	-46	-2,0 %	78	3,6 %	65	3,0 %
MED	1 286	1 257	29	1 286	1 261	25	2,0 %	10	0,8 %	10	0,8 %
HLK	858	846	12	860	842	17	2,1 %	16	1,9 %	25	3,1 %
KIT	996	971	25	1 006	972	34	3,5 %	21	2,2 %	18	1,9 %
KLM	1 334	1 337	-3	1 338	1 339	-1	-0,1 %	9	0,7 %	20	1,5 %
KRE	1 359	1 347	11	1 351	1 345	7	0,5 %	26	2,0 %	24	1,8 %
KRN	791	784	7	786	783	3	0,3 %	27	3,5 %	23	3,1 %
KVI	655	648	7	661	649	12	1,8 %	-5	-0,7 %	2	0,3 %
NVR	912	856	56	915	855	59	6,9 %	29	3,3 %	31	3,5 %
OPK	611	597	14	610	599	11	1,9 %	6	0,9 %	5	0,8 %
HHA	772	759	14	768	756	12	1,5 %	29	3,9 %	20	2,7 %
BAR	960	940	20	943	940	3	0,3 %	18	2,0 %	-7	-0,7 %
OSS	1 865	1 856	9	1 881	1 865	16	0,9 %	-0	0,0 %	-9	-0,5 %
DST	198	217	-19	201	217	-16	-7,2 %	-8	-3,9 %	-4	-1,7 %
<b>OUS</b>	<b>17 441</b>	<b>17 295</b>	<b>146</b>	<b>17 455</b>	<b>17 303</b>	<b>152</b>	<b>0,9 %</b>	<b>283</b>	<b>1,6 %</b>	<b>283</b>	<b>1,6 %</b>

## 4.2 Månedssverk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarssteder												
Brutto månedssverk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2017	Hittil 2018	2018 mot 2017				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel			
	MAR 2017	APR 2018	Pr. APR 2017	Pr. APR 2018	Δ APR 2018 mot APR 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2017	Andel 2018	Relativ endring	
(1) Administrasjon/Ledelse	2 892	2 896	2 847	2 885	33	1,1 %	38	1,3 %	16,6 %	16,5 %	-0,3 %	
(2) Pasientrettede stillinger	1 502	1 494	1 434	1 487	69	4,9 %	53	3,7 %	8,4 %	8,5 %	2,0 %	
(3) Leger	2 530	2 526	2 453	2 523	50	2,0 %	69	2,8 %	14,3 %	14,5 %	1,2 %	
(3a) Overleger	1 569	1 568	1 517	1 562	40	2,6 %	45	3,0 %	8,8 %	8,9 %	1,3 %	
(3b) LIS-leger	913	912	889	910	12	1,3 %	22	2,4 %	5,2 %	5,2 %	0,8 %	
(3c) Turnusleger	-	-	-	-	-	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	
(4) Psykologer	301	306	284	299	23	8,0 %	15	5,3 %	1,7 %	1,7 %	3,6 %	
(5) Sykepleier	5 971	5 937	5 871	5 943	84	1,4 %	72	1,2 %	34,2 %	34,0 %	-0,4 %	
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	508	498	513	503	-11	-2,2 %	-10	-1,9 %	3,0 %	2,9 %	-3,5 %	
(7) Diagnostisk personell	1 475	1 470	1 447	1 474	19	1,3 %	27	1,9 %	8,4 %	8,4 %	0,2 %	
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	0	1,8 %	0	5,3 %	0,0 %	0,0 %	3,6 %	
(9) Drifts/teknisk personell	1 422	1 407	1 451	1 419	-21	-1,5 %	-33	-2,3 %	8,5 %	8,1 %	-3,8 %	
(10) Ambulansepersonell	558	540	526	555	21	4,1 %	29	5,6 %	3,1 %	3,2 %	3,9 %	
(11) Forskning	368	365	343	366	17	4,9 %	23	6,7 %	2,0 %	2,1 %	4,9 %	
(99) Ukjente	-	0	1	0	-1	-63,1 %	-1	-93,1 %	0,0 %	0,0 %	-93,2 %	
<b>Alle stillingsgrupper</b>	<b>17 530</b>	<b>17 441</b>	<b>17 172</b>	<b>17 455</b>	<b>283</b>	<b>1,6 %</b>	<b>283</b>	<b>1,6 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0,0 %</b>	

# 4.3 Sykefravær OUS

## Utvikling sykefraværsprosent 2015-2018



## 4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per februar 2018							
Denne periode	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,6	2,0	3,6	1,7	3,7	5,4	9,0
PRE	1,3	1,8	3,1	1,9	3,1	5,1	8,1
PHA	1,7	1,9	3,6	1,7	3,8	5,4	9,0
MED	1,7	2,0	3,7	1,6	3,3	4,9	8,6
HLK	1,5	1,5	3,0	2,0	3,3	5,3	8,4
KIT	1,8	1,4	3,2	1,3	3,8	5,1	8,3
KLM	1,9	1,6	3,6	2,0	3,4	5,4	9,0
KRE	1,5	2,0	3,5	1,2	3,2	4,4	7,8
KRN	2,7	1,9	4,6	1,7	3,2	4,8	9,4
KVI	1,2	1,9	3,1	1,9	4,1	6,0	9,1
NVR	1,6	1,7	3,3	1,4	3,5	5,0	8,3
OPK	1,4	1,8	3,1	0,9	2,6	3,5	6,7
HHA	1,9	2,2	4,1	1,8	3,4	5,2	9,3
BAR	1,4	1,9	3,3	1,9	3,6	5,5	8,7
OSS	1,6	2,6	4,2	2,0	4,6	6,6	10,8
DST	0,3	0,7	1,0	1,8	2,3	4,2	5,1
<b>OUS</b>	<b>1,6</b>	<b>1,9</b>	<b>3,6</b>	<b>1,7</b>	<b>3,6</b>	<b>5,3</b>	<b>8,8</b>

## 4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per februar 2018							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,7	2,0	3,7	1,6	3,6	5,2	8,9
PRE	1,4	1,7	3,2	1,8	3,1	4,9	8,0
PHA	1,7	1,8	3,6	1,6	3,8	5,4	9,0
MED	1,7	1,8	3,5	1,5	3,2	4,7	8,2
HLK	1,5	1,5	3,0	1,6	3,2	4,8	7,8
KIT	1,7	1,4	3,1	1,4	3,9	5,3	8,4
KLM	2,0	1,8	3,7	1,7	3,3	4,9	8,6
KRE	1,5	1,7	3,2	1,2	3,1	4,2	7,5
KRN	2,4	2,0	4,4	1,5	2,9	4,5	8,9
KVI	1,4	1,7	3,1	1,8	4,1	5,9	9,0
NVR	1,6	1,6	3,2	1,4	3,6	5,0	8,2
OPK	1,5	1,3	2,7	0,8	2,7	3,5	6,3
HHA	1,9	2,0	3,9	1,8	3,2	5,1	9,0
BAR	1,6	1,8	3,3	1,6	3,4	5,0	8,3
OSS	1,7	2,5	4,2	1,7	4,7	6,3	10,5
DST	0,5	0,8	1,4	1,3	2,2	3,6	4,9
OUS	1,7	1,8	3,5	1,5	3,5	5,0	8,5



# Definisjoner årsverksindikatorer

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

# Klinikkvis oversikt over nye tiltak

Vedlegg 2 til styresak 27/2018

## Klinikk psykisk helse og avhengighet

### 1. Aktivitet (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak.)

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
* Bedre gjennomføring av poliklinikkenes drift, basert på OUS delprosjekt i "Forbedring av drift i OUS".	20.09.2018	Red. avvisning%
* Gjennomføre endring i organisasjonsstruktur ved BUPA Gjennomgang av nåværende organisasjonsstruktur for mer optimal drift. Endret ressursallokering for også å øke poliklinisk aktivitet	01.10.2018	Økte kons.
* Fullstendig registrering av all poliklinisk aktivitet på døgnavdelingene.	15.05.2018	Økte kons.
* Dialog med HSØ om BUP Front Teamenes aktivitets registrering	01.08.2018	Riktig reg.
Summen av tiltak vil sette klinikken i stand til å overholde Oppdragsdokumentets aktivitetskrav.		

### 2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
* Gjennomgang av bemanning i sengeposter med utgangspunkt i rapport fra regionale kostnadssammenligning med fokus på grunnbemanning og redusert bruk av variabel lønn.	25.08.2018	
* Gjennomføre endring i organisasjonsstruktur ved BUPA fra sengepost til poliklinikk.	01.10.2018	
* Gjennomføre endring i organisasjonsstruktur ved FOU .	01.06.2018	
* Gjennomføre pilot «leger i GAT» i samarbeid med GAT forvaltning	01.08.2018	
Summen av effekt: Tiltakene vil sette klinikken bedre istand til å redusere variabel lønn og variable årsverk.		

### 3. Andre nye tiltak med effekt i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
---------------------------	-----------	-------------

### 4. Drøfting / involvering

#### Kort beskrivelse av involvering

Tiltak ved BUP - opprettet arbeidsgrupper med tillitsvalgte og vernetjenesten

Møte med klinikk tillitsvalgte og vernetjenesten om nye tiltak 20.04.18

Pågående prosesser med FOU og Akuttpsykiatrisk avdeling VOP for endring av stillingsstruktur og grunnbemanning

## Medisinsk klinikk

### 1. Aktivitet (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak.)

#### Tiltak (kort beskrivelse)

Tidspunkt

Effekt 2018

Ingen tiltak på aktivitet. Etter tre måneder ligger Medisinsk klinikk på plantall på aktivitet eksklusiv tracheostomi. I prognose er det lagt inn en risiko for å ikke ha tracheostomi på høyde med plantall.

### 2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018

#### Tiltak (kort beskrivelse)

Tidspunkt

Effekt 2018

#### Flexibel bemanningsstyring (1 mill. helårseffekt)

Parallelt med nyopprettede fokusgrupper som ledes av klinikkleder for sengepost (som i seg selv har hatt en marginal positiv effekt på lønnskostnader) ser vi på en videre dynamisk omdisponering av ressurser innenfor klinikkens handlingsrom. Kan ytterligere redusere variabel lønn. Dette er ikke knyttet til enkeltsengeposter men ses på tvers.

mai.18

0,7 mnok

#### Effekter av Indremedisinsk sengepost som testarena (1 mill. helårseffekt)

Høyst usikker effekt siden det nettopp er en testarena. Vi jobber med prosjekt for å etablere en testarena på sengepost for å se på alternative måter å jobbe på. Innebærer å se hvordan vi kan jobbe annerledes innenfor de ressursene vi har. Eks. en annen oppgavedeling mellom faggrupper (f. eks. øke andel hjelpepleiere for å redusere andel ufaglært) og former for trainee ordninger.

mai.18

0,7 mnok

### 3. Andre nye tiltak med effekt i 2018

#### Tiltak (kort beskrivelse)

Tidspunkt

Effekt 2018

### 4. Drøfting / innvolving

#### Kort beskrivelse av innvolving

Tiltakene vil bli drøftet i Medisinsk klinikk 26 april 2018.

## Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi - HHA

### 1. Aktivitet (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak.)

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
1. Sikre iverksetting av allerede budsjetterte tiltak (pol PLA, ØNH Aker, AMD/Øye)	april - sept	Ligger i budsjett
2. Sikre bedre utnyttelse operasjonsressurser. Redusere stryk, bedre planlegging/klargjøring av pasientene - effekt avhengig av gjennomføring	april - sept	2-5 mnok
3. Flytte pasienter fra dagkir til poliklinikk. Fylle dagkirurgen med tyngre pasienter	april	0,5 mnok
4. Vurdere langdag, når man har flere operasjonssykepleiere på plass	sept	1 mnok

### 2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
1. kortere overlappsperiode ved nyansettelser	april	0,3 mnok
2. Holde tilbake ansettelse ved permisjon/sykefravær der mulig	april	0,5 - 1 mnok

### 3. Andre nye tiltak med effekt i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018

### 4. Drøfting / involvering

#### Kort beskrivelse av involvering

Tas på avdelingsledermøte og TV møte

## Nevroklubben

### 1. Aktivitet (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak.)

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
1. Setter opp 2 pasienter med NPH (normaltrykshydrocephalus) på fredager	mai	Aktivitetsbalanse fra mai -des.
2. Setter opp elektive pasienter opp på ø-hjelpsstue (begge steder). Det vil føre til at antall operasjoner øker med 2 -3 pasienter pr. uke.	mai	Aktivitetsbalanse fra mai -des.
3. Prepoliklinikk i full drift fra uke 14. Sammedagskirurgi vil frigjøre preoperative liggedøgn og redusere strykninger	april	Aktivitetsbalanse fra mai -des.
Klinikken ligger etter aktivitetsmål. Nye tiltak vi bidra til at klinikken når aktivitetsmål som er satt for perioden mai-desember. Men klinikken klarer ikke å ta igjen avviket fra første fire måneder.		

### 2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
1. Omstilling 2018. Klinikken er ferdig med første av tre uker med kartlegging av pasientflyt for å frigjøre senger. Dette arbeidet ferdigstilles i uke 17. Funn i karlegging vil definere den videre prosess ift reduksjon i antall senger og nye pasientforløp (dreining mot dag og poliklinikk).	Høsten	Avhenger av funn i karlegging
2. Vurdere midlertid stopp i ansettelser	Høsten	0,7 mnok

### 3. Andre nye tiltak med effekt i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
1. Viderefakturering av nevrologiske tjenester til Diakonhjem og Lovisenberg	april	2 mnok
2. Vurdere midlertidig stopp i anskaffelse av små utstyr, kurs og reiser. Forutsetter felles vedtak. 20% reduksjon fra 2017 nivå på høsten gir 0,8 MNOK i besparelse.	Høsten	0,8 mnok

### 4. Drøfting / involvering

#### Kort beskrivelse av involvering

Klinikken orienterer tillitsvalgte og vernetjenesten forløpende.	April	
Klinikkens største tiltak(omstilling 2018) har vært et gjennomgående tema i dialogmøtene hele året. Videre prosess blir drøftet når kartlegg og analysefasen er over.	Mai	

## Ortopedisk klinikk

### 1. Aktivitet (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak.)

#### Tiltak (kort beskrivelse)

Tidspunkt

Effekt 2018

Klinikken har en prognose på 200 DRG poeng over budsjett, pt ikke mangel på pasienter. Klinikken har allerede flere tiltak for å nå aktivitetsmålet 2018 men ikke alle har en klar økonomisk effekt. Mye av det arbeidet bærer også preg av kontinuerlig oppfølging.

### 2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018

#### Tiltak (kort beskrivelse)

Tidspunkt

Effekt 2018

1. Gjennomgå bemanningsplanleggingen på operasjon på US, Anette Wisløff

mar.18

0,3 mnok

2. Omgjøre variabel lønn på sengepost 1,2,3 US

aug.18

0,25 mnok

### 3. Andre nye tiltak med effekt i 2018

#### Tiltak (kort beskrivelse)

Tidspunkt

Effekt 2018

3. Overta ansvaret for driften av ortopedisk poliklinikk som del av kirurgisk dagavdeling på RH.

ikke avklart

ikke avklart

4. Klinikken hadde tenkt å avvikle pasienthotellet på US, 77% av innleggelsene er preoperative, og 64% av innleggelsene er fra Oslo pasienter. Det viser seg at andre klinikker har stort behov for hotell. Klinikken jobber for å innlemme bemanningen i helgearbeid på post. Gjøre om hotellet til en 5 døgns post.

Eventuelle tiltak for å øke effekten av allerede vedtatte tiltak tas med her.

### 4. Drøfting / innvolvering

#### Kort beskrivelse av innvolvering

Klinikken har hatt dette kravet til nye tiltak oppe i dialogmøte i klinikken.

## Barne- og ungdomsklinikken

### 1. Aktivitet (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak.)

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
Forventet etterkodning ifbm tertiallukking	januar	140 DRG
Korrekt koding Barneintensiv	januar	120 DRG
Økt aktivitet bronkoskopi	mai	20 DRG
Økt aktivitet Lunge & allergi samt effekt kodenettverk	januar	88 DRG
Korrekt koding barnehabilitering Nordre Aasen		utredes
Rettsmedisinsk fakturering sos.ped / statens barnehus		utredes

### 2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
Følge opp rapport om bemanning og kompetanse på nyfødt intensiv for å vri fra innleie til egne ansatte		Utredes
Styrke samarbeid mellom avdelingene for å allokere ressurser enda bedre og redusere innleie	April	0,5 mnok
Ledigholde ikke-turnus-stillinger	April	0,5 årsverk

### 3. Andre nye tiltak med effekt i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018

### 4. Drøfting / involvering

#### Kort beskrivelse av involvering

Tiltak er orientert med TV og diskutert i klinikkens ledermøte.

Tiltaket vedrørende finansiering av interne utdanningsstillinger er under arbeid.



## Kvinneklinikken

### 1. Aktivitet (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak)

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
Klinikken må først og fremst sikre aktiviteten som allerede ligger til grunn i budsjett. Jan-marsresultater har vært lavere enn budsjett, og har ikke foreslått nye tiltak som øker aktiviteten. Klinikken mener at pasienttilgangen for resten av året er tilfredsstillende ift budsjett. Klinikken jobber for å overføre færrest mulig kvinner til andre HF, samt utnytte operasjonskapasiteten best mulig. Videre har klinikken (GYN) tilbudt å avlaste GKR ved å utføre operasjoner på pasienter med lavrisiko endometriecancer.		

### 2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
Ledighold av sosionomstilling hos GYN	apr-des	0,1 mnok
Ledighold av stillinger og reduksjon av variabel lønn hos FØD	apr-des	1,2 mnok
Ledighold av stillinger hos reproduksjonsmedisinsk avdeling	apr-des	0,25 mnok
Generelt arbeid med å redusere variabel lønn og innleie. Strengere vurdering av aktivitet før det leies inn ved sykdom, - også på kveld, helg og natt og se spesielt på mulighet for reduksjon i bemanningsplan ved lavsesong. Vurdere nye rutiner for godkjenning av innleie og variabel lønn på kveld, natt og helg.	apr-des	0,45 mnok

### 3. Andre nye tiltak med effekt i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018

### 4. Drøfting / involvering

#### Kort beskrivelse av involvering

Saken ble sendt ut til tillitsvalgte samtidig som den ble sendt til lederne. Videre ble saken diskutert i AMU i forrige uke, og vil bli diskutert med tillitsvalgte i møte i morgen.

## **Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon**

### **1. Aktivitet** (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak.)

<b>Tiltak (kort beskrivelse)</b>	<b>Tidspunkt</b>	<b>Effekt 2018</b>
Intern aktivitetsrapport for oppfølging av drift i enhetene	01.04.2018	
Fokus på operasjonsdrift med involvering av ledere	01.04.2018	100 DRG-
Fortsatt fokus på økning levende donor	01.04.2018	poeng
Langtidsplanlegging poliklinikk	01.04.2018	

### **2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018**

<b>Tiltak (kort beskrivelse)</b>	<b>Tidspunkt</b>	<b>Effekt 2018</b>
Reduksjon i innleie er pågående tiltak, trenger grundigere analyse for å se årsak til manglende gjennomføring		Ikke tallfestet
Omgjøring av stilling fra variabel lønn til fast		Ikke tallfestet
Fokusert innsats arbeidsrealtert sykefravær	01.05.2018	-0,5 årsverk

### **3. Andre nye tiltak med effekt i 2018**

<b>Tiltak (kort beskrivelse)</b>	<b>Tidspunkt</b>	<b>Effekt 2018</b>
Ny leverandør perfusjonsvæske ATX	01.06.2018	0,1 mnok

### **4. Drøfting / involvering**

#### **Kort beskrivelse av involvering**

Presentasjon månedsoppfølgingsmøte gjennomgått med TV/VO 13.04.18

Ingen nye tiltak som krever drøfting, men fortsatt tett dialog.

## Kreftklinikken

### 1. Aktivitet (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak.)

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
Kapasitet for kreftkirurgi sommer 2018 (nødv. for å nå prognose)	jun-aug. 18	
Innføring av vaktpostlymfeknuteteknikk ved livmorkreft (reduisert operasjonstid)	mai.18	
Økt poliklinikk for blødere (nasjonal behandlingstjeneste), forusatt areal	aug.18	

### 2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
Redusert kapasitet sengeposter, 4 senger i 2018	sept-okt. 18	4 årsverk
Redusert kapasitet strålebehandling	aug-sept	4 årsverk

### 3. Andre nye tiltak med effekt i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
---------------------------	-----------	-------------

### 4. Drøfting / innvolvering

#### Kort beskrivelse av innvolvering

Bestilling fra styret gjennomgått i informasjons- og dialogmøte med TV og VO	uke 14	
Nye tiltak fra klinikk (plan) gjennomgått i informasjons- og dialogmøte	uke 15	

## Hjerte-lunge og karklinikken ( HLK)

### 1. Aktivitet (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak.)

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
* Øke PCI aktivitet med ytterligere 100 PCI over plantall ved åpning av lettpost	apr.18	120
* Flytte to lungekir pasienter fra RH til US for å frigjøre kapasitet for utrdning til hjertekirurgi på RH.	jun.18	
<b>SUM DRG poeng</b>		<b>120</b>

### 2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
2 spl årsverk TKA knyttet til lungepasienter fra Rikshospitalet til Ullevål.	jun.18	2
0,5 spl årsverk TKA operasjon RH midlertidig ledigholdelse.	jan.18	0,5
1 årsverk ( 0,5 mill) knyttet til innleie fra vikarbyrå; TKA intensiv.	jan.18	1
0,5 årsverk forskning midlertidig ledigholdelse; IKF.	jan.18	0,5
1,7 årsverk reverserte planer om sykepleietilsettinger på KAD.	jan.18	1,7
<b>SUM årsverk</b>		<b>5,7</b>

## Hjerte-lunge og karklinikken ( HLK)

### 3. Andre nye tiltak med effekt i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
*Kardiologisk avdeling reverserer plan om tilsetting av 2 sykepleiere	jun.18	1,3
*Institutt for kirurgisk forskning: Midlertidig ledigholdelse av 0,5 forsker årsverk	jan.18	0,5
*KAR sengepost _ redusere overtid	apr.18	0,2
*Thoraxkirurgisk avdeling: midlertidig ledigholdelse av 0,5 spl. Årsverk	apr.18	0,4
* Lungepasienter (2 per uke) til kirurgi flyttes til Ullevål for å bruke ledig operasjonskapasitet der og samtidig frigjøre kapasitet for utredning for hjertekirurgi ved RH. Tiltaket skal gjøres innenfor samme bemanning på TKA, men vil kunne skape et behov for å omrokking av sykepleieressurser på sengepostene i TKA. Det vil gi en effekt tilsvarende 2 sykepleieårsverkl	jun.18	0,7
* Klinikken har åpnet en «Lettpost» på KAD for å øke PCI og bedre utredningskapasitet for TAVI. Dette er estimert til å gi økning med ca 100 PCI utover plantallet på RH.	apr.18	3,6
* Thoraxkirurgisk avdeling: Redusere med 0,5 mill på innleide vikarer fra vikarbyrå	apr.18	0,5
* Thoraxkirurgisk avdeling: Redusere vakansvakter knyttet til kurs/kongresser og permisjoner.	apr.18	0,5
* Thoraxkirurgisk avdeling: Redusere strykninger: Bedre planlegging av operasjoner.	apr.18	0,5
*Klinikken utsetter tilsetninger som behandles i klinikkens stillingsutvalg med 1 måned	apr.18	
* Klinikken jobber med bemanningsoptimering på alle sengeposter. Første posten som gjennom	apr.18	
<b>SUM mill kr</b>		<b>8,2</b>

### 4. Drøfting / involvering

#### Kort beskrivelse av involvering

Klinikkleder presentert styresaken og kravet om at OUS skal komme opp med nye tiltak samt behov for å redusere brutto årsverk på HLK. Han har deretter hatt møte med den enkelte avdelingsleder og økonomileder for å konkretisere bestillingen pr avdeling.

Tillitsvalgte og verneombud ( TV/VO) samt avdelingsledere ble innkalt til et informasjonsmøte om nye tiltak og driftsendringer den 11. april 2018. Det ble skrevet referat etter møtet.

## Akuttklinikken

### 1. Aktivitet (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak.)

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
---------------------------	-----------	-------------

AKU skal bidra på tvers av klinikker til bedre utnyttelse av operative ressurser		
--	--	--

### 2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
---------------------------	-----------	-------------

PO/INT har høyt merforbruk på innleie fra vikarbyrå bl.a. pga høyt sykefravær og høy aktivitet. Forventer reduksjon i innleie i tråd med redusert sykefravær.	mai-des	
---	---------	--

ANS skal ledigholde kortere permisjoner	mai-des	1 mnok
---	---------	--------

Optimalisere bruken av operasjonssykepleiere på tvers av klinikkene. Gevinster vil kunne være bl.a. bedre ressursallokering (flere operasjoner, reduserte beredskapskostnader) og åpne for oppgavedeling mellom yrkesgrupper (helsefagarbeidere vs operasjonsspl)	mai-des	
---	---------	--

### 3. Andre nye tiltak med effekt i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
---------------------------	-----------	-------------

### 4. Drøfting / innvolvering

#### Kort beskrivelse av innvolvering

Tiltakene var oppe i dialogmøte med tillitsvalgte 12.april 2018		
---	--	--

## Klinikk for laboratoriemedisin (KLM)

### 1. Aktivitet (Klinikker som har en negativ årprognose for aktivitet redegjør for tiltak.)

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
Ikke aktuelt for KLM		

### 2. Nye tiltak for å redusere årsverk i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
IMM: Feil kontering - kostnader flyttes fra drift til eksterne midler	Mai	1,0 mnok
IMM: Gjennomgang bruk av overtid	Juni	0,2 mnok
MIK: Overtallig går over i fast budsjettert stilling til KOP	Mai	0,4 mnok
MIK: Overtallig går over i fast budsjettert stilling til Forskning	Mai	0,4 mnok

### 3. Andre nye tiltak med effekt i 2018

Tiltak (kort beskrivelse)	Tidspunkt	Effekt 2018
FAR: Forbedring av arbeidsprosesser	Kontinuerlig	
IMM: Feil kontering varekost	April	0,3 mnok
IMM: Vurdere flowaktivitet i samarbeid med patologi	I løpet av 2018	0,1 mnok
MIK: Inntektsvekst som følge av aktivitetsvekst	I løpet av 2018	
MIK: Merforbruk varekost forskning vil tas inn	I løpet av 2018	0,3 mnok
FAR: Etablere nye analysetilbud	I løpet av 2018	
FAR: Øke tilfang av eksterne midler	I løpet av 2018	0,2 mnok
AMG: Gjennomgang av leverandøravtaler - forhandling pris	I løpet av 2018	
MBK: Hente analyser som har gått til private aktører, Hormonlab	I løpet av 2018	
ALLE: Riktig rekvirering av analyser (utvidelse av eksisterende tiltak)	I løpet av 2018	1,0 mnok

### 4. Drøfting / involvering

#### Kort beskrivelse av involvering

De nye tiltakene vil bli tatt opp i klinikkens dialogmøte med TV og VO 26.4. Klinikkleder har allerede informert TV og VO om styrevedtaket og prosess i klinikken. Det vurderes til at nye tiltak slik de foreligger p.t. ikke trenger å drøftes, men heller tas i dialogmøter. Enkelte tiltak vil måtte drøftes når prosessen har kommet lengre.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2018

Saksbehandler: Fagdirektør

Vedlegg: 1. Utviklingsplan Oslo universitetssykehus 2035  
2. Utviklingsplan 2035 – i korte trekk

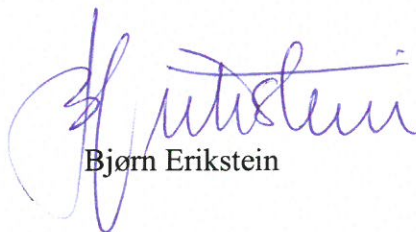
---

### SAK 28/2018 UTVIKLINGSPLAN OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS 2035

#### Forslag til vedtak:

*Styret vedtar Utviklingsplan for Oslo universitetssykehus 2035 og ber om at den sendes oppdragsgiver Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo, den 18. april 2018



Bjørn Erikstein



**Bakgrunn**

Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan ble behandlet i Helse Sør-Øst RHF's foretaksmøte 4. mai 2016. Som ledd i oppfølgingen lager helseforetakene i regionen utviklingsplaner med en tidshorisont fram til 2035 som sammenfattes i en regional utviklingsplan for Helse Sør-Øst. Helseforetakene skal oversende ferdige planer til Helse Sør Øst RHF innen 1. mai 2018. De regionale utviklingsplanene skal sikre det totale helsetilbudet i regionen og oversendes Helse- og omsorgsdepartementet inne utgangen av 2018.

Styret ble i sak 76/2017 og 9/2018 orientert om arbeidet med Utviklingsplan 2035 for Oslo universitetssykehus. I sak 20/2018 ble høringsutkast til plan lagt fram for styret den 22. mars 2018. I denne saken legges Utviklingsplan for Oslo universitetssykehus 2035 fram for vedtak i styret.

**Administrerende direktørs vurdering**

Vedlagte utviklingsplan er utarbeidet i et bredt sammensatt prosjekt hvor 16 arbeidsgrupper har bidratt på ulike områder. Planen er i henhold til prosjektmandatet og den regionale veilederen for utviklingsplanarbeidet og er basert på nasjonale, regionale og lokale føringer og strategier. Planen er slik egent som grunnlag for den regionale utviklingsplanen til Helse Sør-Øst RHF.

Utviklingsplanen peker på utviklingsretning for Oslo universitetssykehus og beskriver hvilke utfordringer foretaket står overfor når framtidens sykehus skal planlegges. Den foreliggende utviklingsplanen er et utgangspunkt for å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr.

Planen beskriver faktorer som vil påvirke spesialisthelsetjenesten i framtiden og gir en inngående beskrivelse av antatt faglig utvikling, teknologisk utvikling og sykdomsutvikling i årene framover.

Utviklingsplanen foreslår tiltak for å imøtekomme utfordringer og for å utvikle morgendagens behandling.

Det har vært betydelig oppmerksomhet knyttet til planen, også eksternt med relevante og konstruktive høringsuttalelser fra samarbeidspartnere og interessenter. Høringsinnspillene er i størst mulig grad hensyntatt i utviklingsplanen.

Utviklingsplanen er et gjennomarbeidet utgangspunkt for kommende plan- og strategiarbeid i helseforetaket både på mellomlang og lang sikt. Den gir innspill til helseforetakets konkretisering av tiltak, evaluering av risiko, mulighetsvurderinger, kapasitetsberegninger og økonomi.

Det foreslås at styret vedtar Utviklingsplanen for Oslo universitetssykehus 2035 og at den sendes til oppdragsgiver Helse Sør-Øst RHF.

**Arbeidet med utviklingsplanen**

Utviklingsplanarbeidet ble organisert som et prosjekt. Arbeidet er gjennomført opp i to faser. Først ble nåsituasjonen beskrevet. Etter sommeren 2017 ble det

etablert til sammen 16 arbeidsgrupper (4 klinikkspesifikke, 6 sykdomsrelaterte og 6 klinikkovergripende arbeidsgrupper) hvor leder for hver arbeidsgruppe inngår i prosjektgruppen. Arbeidsgrupper har i løpet av høsten arbeidet med en beskrivelse av forventet utvikling av sykdom og fag innen de største pasientgrupper. Hovedfokus tiltak som kan føre til god og framtidsrettet pasientbehandling i henhold til helseforetakets strategi «Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling». Tiltak på mellomlang sikt (fram til 2025) og lang sikt (fram til 2035) er rettet inn mot muligheter innen ny teknologi og digitalisering, endret organisering/intern samhandling, samarbeid og oppgavedeling med andre deler av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, samt nye driftsformer. Arbeidsgruppene har levert sine utkast til delrapporter primo desember 2017.

Høringsutkast ble sendt ut på høring 19. februar 2018. Høringsutkastet ble sendt ut til 43 eksterne høringsinstanser kartlagt i den initiale interessentanalysen, 15 klinikker i helseforetaket og foretakstillitsvalgte. I tillegg ble høringsutkastet, høringsbrev og oppsummering lagt ut på ekstern og intern hjemmeside med mulighet for allmenheten til å gi innspill og kommentarer. Høringsfristen ble satt til 8. april 2018.

I løpet av høringsperioden fikk Oslo universitetssykehus tilsendt til sammen 27 høringsuttalelser. Samtlige uttalelser kom fra instanser som fikk tilsendt høringsutkastet. På den interne hjemmesiden kom det inn én kommentar relatert til utviklingsplanen. 12 av de 27 høringsuttalelser kom fra eksterne høringsinstanser og er listet opp nedenfor:

1. Nasjonalforening for folkehelse
2. Lovisenberg Diakonale Sykehus
3. Sykehusapotekene HF
4. OsloMet-storbyuniversitetet
5. Sykehuset i Vestfold HF
6. Vestre Viken HF
7. Oslo kommune
8. Universitetet i Oslo
9. Diakonhjemmet sykehus
10. Akershus universitetssykehus HF
11. Tekna
12. Sunnaas Sykehus HF

Slik det fremkommer av listen ovenfor mottok Oslo universitetssykehus uttalelser fra sju andre helseforetak eller sykehus i Helse Sør-Øst, to utdanningsinstitusjoner, to foreninger og én kommune.

Høringsuttalelser fra egen organisasjon og interne instanser vises nedenfor:

1. Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon
2. Medisinsk klinikk
3. Norsk sykepleieforbund
4. Arbeidsmiljøavdelingen
5. Seksjon for pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester
6. Brukerutvalget

7. Fagspesifikke nettverk for ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer
8. Hjerte, lunge og karklinikken
9. Klinikk for laboratoriemedisin
10. Den norske legeforening
11. Avdeling for samhandling - Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling
12. Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi
13. Nevroklinikken
14. Akutt klinikken
15. Klinikk for psykisk helse og avhengighet

Interne og eksterne høringsuttalelser er oppsummert i et eget dokument og vedlagt utviklingsplanen. Mottatte interne og eksterne innspill er i størst mulig grad innarbeidet i utviklingsplanen.

#### Tilbakemelding og innspill fra Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst er oppdragsgiver for at Oslo universitetssykehus skal utarbeide utviklingsplanen. Helse Sør-Øst har ikke kommet med skriftlig tilbakemelding på planutkastet, men det har vært løpende dialog med oppdragsgiver. I to dialogmøter ble i tillegg gitt tilbakemeldinger på foreliggende planutkastet.

I siste dialogmøte ble det fra oppdragsgiver gitt uttrykk for at det savnes en tydeligere beskrivelse av Oslo universitetssykehus sin rolle som regions- og universitetssykehus, rolle i «Sykehus i nettverk» samt Oslo universitetssykehus sitt bidrag i framtidens oppgavefordeling mellom sykehusene i hovedstadsområdet og i Helse Sør-Øst.

I samme møte takket oppdragsgiver for et omfattende rapportutkast med vektlegging av beskrevet sykdomsutvikling, teknologisk utvikling og utvikling av de ulike medisinske fagområdene.



# Oslo universitetssykehus HF

## *I dag, i morgen og i framtiden*

Utviklingsplan 2035  
April 2018



# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>5</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>6</b>
<b>1 BAKGRUNN, MÅL OG MANDAT</b> .....	<b>8</b>
1.1    Overordnede mål for Oslo universitetssykehus HF .....	8
<b>VISJON</b> .....	<b>8</b>
1.2    Bakgrunn for prosjektet.....	8
1.3    Mål for planarbeidet.....	9
1.3.1  Overordnet mål .....	9
1.3.2  Effekt mål.....	9
1.3.3  Resultatmål.....	9
1.4    Strategiske føringer og mandat.....	9
1.4.1  Strategiske føringer .....	9
1.4.2  Mandat .....	11
1.4.3  Prosjektorganisering.....	11
1.4.4  Fremdriftsplan .....	12
1.4.5  Interessenter, medvirkning og aktiviteter .....	13
<b>2 NÅSITUASJONEN</b> .....	<b>15</b>
2.1    Dagens organisering .....	15
2.2    Aktivitet 2016 .....	15
2.2.1  Somatikk .....	16
2.2.2  Psykisk helsevern .....	19
2.2.3  Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	19
2.2.4  Prehospital virksomhet.....	20
2.3    Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet.....	20
2.4    Pasientsikkerhet, kvalitet og pasient- og pårørendeopplæring .....	21
2.5    Oppgavedeling og samhandling med primærhelsetjenesten/ kommunehelsetjenesten. ....	27
2.6    Organisasjon og ledelse .....	31
2.7    Utdanning, bemanning og kompetanse .....	32
2.7.1  Utdanning .....	32
2.7.2  Bemanning.....	33
2.7.3  Personell- og kompetansebehov .....	34
2.8    Forskning og innovasjon .....	35
2.8.1  Forskning .....	35
2.8.2  Innovasjon og næringsutvikling.....	36
2.9    Økonomi .....	37
2.10   Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) .....	38
2.11   Dagens bygg – tilstand og muligheter .....	39
2.12   Tomt og eiendomsforhold .....	41
2.13   Ytre miljø .....	42
<b>3    UTVIKLINGSTREKK OG FRAMSKRIVING</b> .....	<b>43</b>
3.1    Endringsfaktorene .....	43
3.2    Demografi og sykdomsutvikling .....	43
3.3    Ny brukerrolle.....	44
3.4    Utdanning og kompetanse .....	44
3.5    Sykdomsforekomst .....	45

3.6	IKT og ehelse.....	46
3.7	Medisinskfaglig og teknologisk utvikling.....	46
3.8	Oppgavedeling.....	46
3.9	Ytelse av tjenestene – effektivisering.....	47
3.10	Aktivitetsberegninger.....	47
3.11	Aktivitet somatikk.....	47
3.12	Aktivitet Psykisk helsevern – voksne.....	49
3.13	Aktivitet Psykisk helsevern – barn og unge.....	49
3.14	Aktivitet Tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet (TSB).....	50
<b>4</b>	<b>MÅLBILDE, TILTAK OG ORGANISERING AV PASIENTENS HELSE-TJENESTE.....</b>	<b>51</b>
4.1	Brukerperspektivet – Innspill fra Brukerutvalget og Ungdomsrådet.....	51
4.2	Pasient- og pårørendeopplæring.....	55
4.3	Pasientsikkerhet og kvalitet.....	56
4.4	Overordnede utviklingstrekk, forutsetninger og premisser.....	59
4.4.1	Finansiering.....	59
4.4.2	Bruk av ny teknologi og digitalisering.....	59
4.4.3	Utvikling av kirurgisk behandling i fremtiden.....	65
4.5	Utvikling sammen med Universitetet i Oslo.....	67
4.6	Målbilde, tiltak og organisering for utvalgte områder.....	67
4.7	Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	68
4.7.1	Psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP).....	68
4.7.2	Psykisk helsevern for voksne.....	71
4.7.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).....	73
4.8	Habilitering og rehabilitering.....	75
4.9	Kreftbehandling.....	77
4.10	Nevrofaget.....	83
4.11	Indremedisinske sykdommer.....	87
4.12	Hjertesykdommer.....	90
4.13	Muskel- og skjelettsykdommer.....	94
4.14	Bilediagnostikk og nukleærmedisin.....	98
4.15	Laboratoriemedisin.....	103
4.16	Traumatologi.....	105
4.17	Kvinnesykdommer.....	108
4.18	Barne- og ungdomsmedisin.....	110
4.19	Øyesykdommer.....	113
4.20	ØNH - sykdommer.....	114
4.21	Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi.....	114
4.22	Kjeve- og ansiktskirurgi.....	114
4.23	Urologi.....	114
4.24	Gastroenterologisk kirurgi.....	115
4.25	Barnekirurgi.....	116
4.26	Organtransplantasjon.....	116
4.27	Revmatologi, dermatologi og klinisk immunologi og infeksjonsykdommer.....	118
4.28	Smertemedisin.....	119
4.29	Prehospitaltjenester.....	119
4.30	Antibiotikaresistens.....	121
4.31	Legemiddelhåndtering.....	122
4.32	Simulering.....	124
4.33	Oppgavedeling og samhandling.....	125
4.34	Forskning og innovasjon.....	129
4.34.1	Forskning.....	129

4.34.2	Innovasjon .....	133
4.35	Utdanning og kompetanse .....	135
4.36	Internasjonalt samarbeid .....	137
<b>5</b>	<b>ANALYSE OG VEIVALG .....</b>	<b>139</b>
5.1	Eksterne føringer .....	139
5.2	Alternative veivalg for helseforetaket .....	140
5.3	Valg og beskrivelse av hovedløsning .....	141
5.4	Regionsykehusfunksjoner og nasjonale tjenester .....	142
5.5	Lokalsykehusfunksjoner i Oslo.....	143
5.6	Avtalespesialister .....	144
5.7	Virksomhetsavklaringer .....	145
5.8	Funksjons- og oppgavedeling – Sykehus i nettverk.....	145
5.9	Traumebehandling .....	146
5.10	Utvikling av framtidens behandling – forskning.....	146
5.11	Persontilpasset medisin og bruk av ny teknologi.....	147
5.12	Kompetanse og utdanning .....	148
5.13	Internasjonal rolle .....	148
5.14	Ytre miljø .....	148

## Vedlegg

Oppsummering av høringsuttalelser

## Forord

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

Planen er en strategisk utviklingsplan som viser en retning for hvordan helseforetaket vil utvikle og innrette sin virksomhet, for å sikre et bærekraftig, moderne og kvalitetsbasert behandlingstilbud til befolkningen, og samtidig kunne ivareta og styrke forskning og utdanning.

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

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

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

Sykehus er bare én del av det norske helsevesenet. Sykehus og kommuner er gjensidig avhengig av hverandre. Et godt samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og mellom private og offentlige tjenesteleverandører, er nødvendig for at innbyggerne skal få de helsetjenestene de har behov for, med den kvalitet som forventes.

Oslo universitetssykehus har med denne planen forsøkt å beskrive endringsfaktorer som vil påvirke framtidig sykehusvirksomhet, som befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, medisinskfaglig utvikling, teknologisk utvikling, samt funksjons- og oppgavedeling med andre sykehus og primærhelsetjenesten.

Jeg ser frem til det videre arbeidet med og oppfølging av utviklingsplanen i nær framtid, slik at utviklingsplanen blir et levende og førende dokument som basis for konkrete handlingsplaner for å kunne «*utvikle morgendagens behandling sammen med pasientene*».

Oslo, xx. April 2018

Bjørn Erikstein  
Administrerende direktør



## Sammendrag

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

Oslo universitetssykehus vil i framtiden være lokalsykehus for en større del av befolkningen enn i dag, gjennom de endringsprosesser som vil skje i hovedstadsområdet. Som regionsykehus for Helse Sør-Øst vil OUS ha ansvar for pasienter fra hele helseregionen med behov for spesialiserte tjenester innen diagnostikk og behandling som ikke ivaretas i alle helseforetak. Dette krever tett samhandling med andre sykehus i regionen. Sykehuset vil også i framtiden ha et spesielt ansvar for utvikling av ny behandling og for spredning av kompetanse i regionen. OUS vil fortsatt ha mange nasjonale tjenester, både behandlingstjenester og kompetansetjenester.

Det er gjort framskrivninger av forventet aktivitet som også vil påvirkes av medisinsk faglig og teknologisk utvikling. Digitalisering og ny teknologi gir muligheter for mer behandling og oppfølging i hjemmet og i primærhelsetjenesten. Aktivitetsøkningen i sykehuset forventes å være størst innen dagbehandling og poliklinisk behandling.

Det legges til grunn at mer av spesialisthelsetjenestene kommer til å foregå utenfor sykehus, bl.a. ved mer bruk av hjemmesykehus og ambulante team. Det forventes at digital samhandling mellom pasient og spesialisthelsetjenesten og mellom sykehus og andre samarbeidspartnere vil skape et annet samarbeidsmiljø enn i dag til beste for pasientene og for bedre ressursutnyttelse.

Medisinsk forskning og innovasjon vil bringe fram nye behandlingsmuligheter. OUS er Norges største universitetssykehus og vil gjennom sin rolle i helsetjenesten og medisinsk forskning, regionalt, nasjonalt og internasjonalt, bidra sterkt til denne utviklingen. Samarbeidet med Universitetet i Oslo om utvikling av ny teknologi og ny behandling har hatt og vil i framtiden ha stor betydning.

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

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

Oslo universitetssykehus skal arbeide for å øke pasientenes medvirkning i beslutningsprosesser og styrke deres mestringsevne i ulike faser av sykdommen og behandlingen. Moderne teknologi er et viktig verktøy for å sette pasientene i bedre stand til å ta egne valg, kommunisere med helsetjenesten og foreta enkle målinger som kan forhindre unødvendige oppmøter i sykehus.

Oslo universitetssykehus har med denne planen forsøkt å beskrive endringsfaktorer som vil påvirke framtidig sykehusvirksomhet, som befolkningsutvikling, sykdomsutvikling, medisinskfaglig utvikling, teknologisk utvikling, samt funksjons- og oppgavedeling med andre sykehus og primærhelsetjenesten. Disse faktorer vil danne grunnlag for beregninger av framtidig kapasitets-, kompetanse- og økonomibehov, som basis for økonomisk langtidsplan, framtidige byggeprosjekter og plan for kompetanseutvikling.

Oslo universitetssykehus skal i perioden frem mot 2035 bygge mange nye sykehusbygg på flere lokalisasjoner. Elementene beskrevet i utviklingsplanen vil være viktige premissleverandører i virksomhets- og byggplanleggingen.

# 1 Bakgrunn, mål og mandat

## 1.1 Overordnede mål for Oslo universitetssykehus HF

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

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

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

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

### Visjon

*«Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling»*

## 1.2 Bakgrunn for prosjektet

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

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

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

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

## 1.3 Mål for planarbeidet

### 1.3.1 Overordnet mål

I henhold til mandat og den nasjonale veilederen for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter er et overordnet mål å utarbeide et solid beslutningsgrunnlag i form av en langsiktig utviklingsplan frem mot 2035. Utviklingsplan 2035 skal være fundamentet for virksomhetsutvikling som sikrer at OUS også i fremtiden kan dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester både lokalt, regionalt og nasjonalt. Videre skal planen bidra til en bedre samordning av planverket på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå.

I tillegg har man tilstrebet et planarbeid etter premissene «Åpenhet», «Involvering» og «Forutsigbarhet» med bred involvering og medvirkning fra eksterne og interne interessenter og samarbeidspartnere. Mandatet definerer følgende effekt- og resultatmål:

### 1.3.2 Effektmål

Utviklingsplanen skal sikre at Oslo universitetssykehus også i fremtiden kan tilfredsstillere eiers krav og befolkningens forventninger til sykehustjenester med god kvalitet på en kostnadseffektiv måte.

Utviklingsplanen skal være grunnlag for prioriteringer av virksomhetsmessige og bygningsmessige tiltak som er godt begrunnet, fremtidsrettede og avstemt i forhold til en helhetlig utvikling.

### 1.3.3 Resultatmål

Prosjektet skal levere en sluttrapport som redegjør for:

- Prosjektets rammebetingelser, prosess og metode
- Nåsituasjon for OUS og foretakets plass i helsevesenet, herunder planforutsetninger, tjenestetilbud, aktivitet, infrastruktur og utfordringer
- Drivere og forventede endringer som påvirker behov, og forventninger til spesialisthelsetjenesten og sykehusets muligheter til å imøtekomme disse
- Fremtidig kapasitetsbehov
- Fremtidig pasientforløp og driftsmodeller
- Fremtidig arealbehov
- Muligheter og begrensninger for utvikling av eksisterende eiendommer
- Sammenheng mellom utvikling av virksomhet og bygg
- anbefalte tiltak for utvikling av virksomhet og bygningsmasse i planperioden

## 1.4 Strategiske føringer og mandat

### 1.4.1 Strategiske føringer

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet 16.6.2016 spørsmålet om videre utvikling av Oslo universitetssykehus (sak 053-2016). Styret ga sin tilslutning til et framtidig mål bilde for Oslo universitetssykehus med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.

Dette målbildet, styrevedtak og avklaring av virksomhetsinnholdet fra idéfaserapporten ble lagt til grunn for utviklingsplanarbeid.

I samme styresak ble målet om å unngå dublering av regionsfunksjoner presisert, samt at regionsfunksjoner samles på Gaustad. Dette betinger at man i et framtidig perspektiv flytter behandling av alvorlig skadede pasienter (multitraume) med tilhørende akuttfunksjoner fra Ullevål til

Gaustad. Videre skal tynge kreftkirurgi som krever intensivkapasitet legges til Rikshospitalet og ikke til Radiumhospitalet.

Styret vedtok følgende i sak 053-2016 som gir føringer for dette arbeidet:

- 1. Utvikling og utbygging av Oslo universitetssykehus HF må ha en rekkefølge slik at man prioriterer å flytte ut av de bygg der pasienter og ansatte har dårligst forhold i dag. Framdrift må tilpasses økonomiske handlingsrom, og det må legges vekt på å oppnå positive driftsøkonomiske effekter fra prosjekter som prioriteres for gjennomføring.*
- 2. Samarbeidet med Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus om fordeling av oppgaver og ansvar skal sikre disse sykehusenes langsiktige rolle i ivaretagelse av sørge-for-ansvaret, og løsningen av det framtidige kapasitetsbehovet i Oslo sykehusområde.*
- 3. Som ledd i utviklingen av et samlet regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner, overføres regionfunksjoner inkludert multitraume og nødvendige lokalsykehusfunksjoner innen medisin og kirurgi fra Ullevål til Gaustad som første trinn i utviklingen av Gaustad.*
- 4. Aker sykehus utvikles til et lokalsykehus som ivaretar de utfordringer som er særskilte for en storby, i nært samarbeid med Oslo kommune. Sykehuset skal utvikles trinnvis, tilpasset kapasitetsbehovet i Oslo og Akershus sykehusområder. Lokaler for psykisk helse og avhengighet planlegges i første trinn av utviklingen av lokalsykehuset på Aker.*
- 5. Med utgangspunkt i det gjennomførte idéfasearbeidet, skal første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad avgrenses og dimensjoneres før det kan besluttes oppstart av konseptfaser. Som en del av arbeidet skal det også utarbeides planer som viser hvordan sykehusområdene kan utvikles over tid. Helse Sør-Øst RHF skal lede dette arbeidet og resultatet presenteres for styret sammen med beslutning om oppstart av konseptfaser.*

I idéfase var det lagt til grunn at det etableres lokalsykehusfunksjoner på Gaustad for å sikre nødvendige volumer innen medisin og kirurgi. Tentativt var det estimert 3 bydeler, men innhold, volumer eller konkrete bydeler var på dette tidspunktet ikke nærmere spesifisert.

Videre var det anslått 3 bydeler som basis for lokalsykehuset på Aker.

I styresak 052-2016 om kapasitetsutfordringer Oslo og Akershus sykehusområde ble det vedtatt at de tre bydelene i Groruddalen som i dag sogner til Ahus (Alna, Stovner og Grorud) gradvis skal fases inn i et nytt lokalsykehus på Aker.

Etter drøftinger i Oppfølgingsgruppen, ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus samt Oslo kommune, er det i analysen (aktivitet, kapasitet og areal) lagt til grunn en modell som innebærer at bydelene i Oslo med tilhørende lokalsykehusfunksjoner fordeles mellom Aker, Rikshospitalet (Gaustad), Diakonhjemmet sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus innen somatikk og psykisk helsevern for voksne (VOP). Videre er det forutsatt at bydel Alna fases inn fra Akershus universitetssykehus HF til Aker i etappe 1 av utbyggingen. De andre 2 bydelene (Stovner og Grorud) vil fases inn fra Ahus HF i et senere stadium, og forventes å være overført i løpet av utviklingsplanperioden.

### **Universitetssykehusfunksjoner**

Instruks til styret i Helse Sør-Øst RHF, fastsatt i foretaksmøte 23. mai 2013, regulerer samarbeidet med universiteter og høyskoler. Et overordnet prinsipp er at Helse Sør-Øst skal sørge for at universiteter og høyskoler kan ta del i foretakets planlegging av forskning, innovasjon og utdanning. Universitets- og høyskolesektoren, og i særlig grad Universitetet i Oslo, vil derfor være en sentral premissleverandør i videre utviklingsplaner for Oslo universitetssykehus. Universitetet er representert i styret for Oslo universitetssykehus og deltar løpende i ledermøter og prosjekter der foretakets utvikling diskuteres.

## 1.4.2 Mandat

Sykehuset ledergruppe vedtok mandatet 28.juni 2017 der prosjektets oppgave er beskrevet slik:

1. Gi en kort beskrivelse og vurdering av OUS sin nåværende driftssituasjon, samt redegjøre for drivkrefter (befolknings- og aktivitetsutvikling, medisinske og teknologiske endringer) som påvirker behovet og forventningene til spesialisthelsetjenesten.
2. Med utgangspunkt i pkt. 1, og basert på aktivitetsframskrivning og det planarbeidet som allerede er gjennomført (Idéfasearbeidet), samt Nasjonal helse- og sykehusplan, utrede alternative modeller for hvordan OUS kan følge opp sine utfordringer og utvikle sykehusets virksomhetsmessige og bygningsmessige drift fram mot 2035.
3. Basert på pkt. 1 og 2 å gi tilråding om valg av modell. Tilrådingen skal forankres ved hjelp av evalueringskriteriene.

Krav til prosjektets leveranser er omtalt i kapittel 1.4/5/6 og sluttrapporten skal utarbeides med sikte en bred høringsrunde.

Mandatet angir også noen rammebetingelser for utviklingsplanarbeidet:

«Spesialisthelsetjenesten skal gjennomføre den nasjonale helsepolitikken i tråd med de føringene som gis i Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP), St.meld. 11 (2015-16). Her er også behovet for utviklingsplaner framhevet. Målet med å lage utviklingsplaner er å ramme inn utviklingen av helseforetakets kjernevirksomhet. I et planperspektiv betyr det å definere det virksomhetsmessige grunnlaget for videreutvikling av helseforetaket.

Oslo universitetssykehus skal tilpasse sitt arbeid med utviklingsplan til «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» som er utarbeidet av RHF-ene i samarbeid med Sykehusbygg. Videre legges «Strategier, planer og regionale føringer» for «Utviklingsplaner for helseforetakene» fra Helse Sør-Øst RHF til grunn.

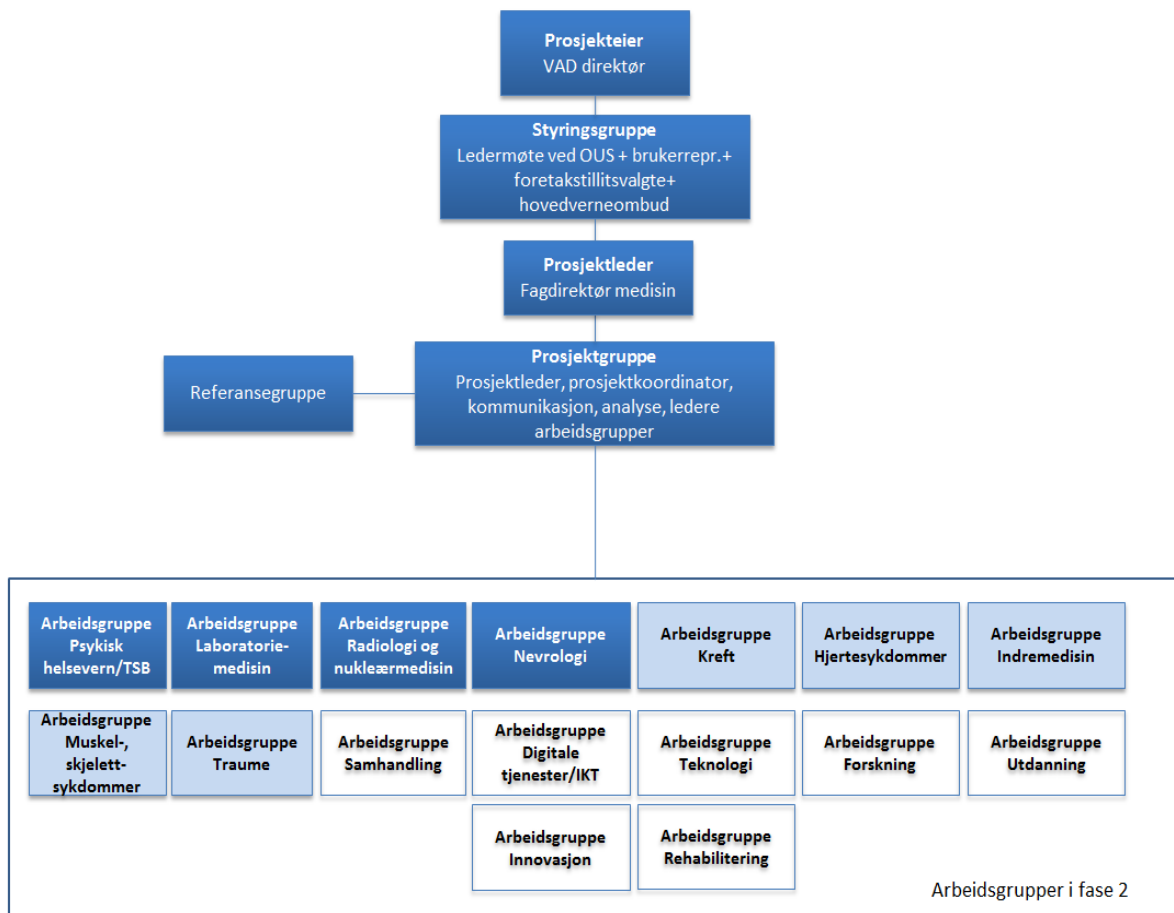
Utviklingsplaner er beskrevet som en del av virksomhetens verktøy for langsiktig, overordnet strategisk planlegging. En utviklingsplan skal beskrive dagens situasjon, virksomhetens profil sammenlignet med andre helseforetak og hvilke strategiske og overordnede føringer som legges til grunn. Deretter skal det beskrives hvilke trender som åpner for endringer før det skal gjøres en framskrivning mot helseforetakets fremtidsbilde. Dette skal være grunnlag for å velge virksomhetsmessig utviklingsretning, og for å prioritere nødvendige tiltak innen viktige områder som organisering og ledelse, samhandling og oppgavedeling, personell og kompetanse, utstyr og teknologi, samt bygg».

## 1.4.3 Prosjektorganisering

Arbeidet med *Utviklingsplan 2035* er organisert som et prosjekt med viseadministrerende direktør som prosjekteier. Sykehusets ledergruppe er etablert som styringsgruppe. Brukerrepresentanter, foretakstillitsvalgte og hovedverneombud inngår også i styringsgruppen.

Det ble etablert en kjernegruppe med representanter fra sentrale stabsavdelinger. I prosjektets ulike faser ble kjernegruppen supplert med representanter fra andre stabsenheter. Ved utarbeidelse av målbylde, organisering og tiltak ble det etablert flere arbeidsgrupper med representanter fra hver klinikk og stabsenheter. Det ble gjennomført en interessentanalyse og eksterne interessenter og samarbeidspartnere fungerer som høringsinstanser. Arbeidet var planlagt gjennomført med egne ressurser.

Figur 1: Organisasjonskart for prosjektet Utviklingsplan 2035



#### 1.4.4 Fremdriftsplan

Oslo universitetssykehus fikk oppdraget om å utarbeide utviklingsplan 2035 av Helse Sør-Øst RHF gjennom sitt oppdragsdokument (oppdrag og bestilling) for 2017 i foretaksmøte 15. februar 2017.

I oppdragsdokumentet heter det:

##### Fagutvikling og oppfølging

«Alle regioner skal innen 31. desember 2018 utarbeide utviklingsplaner i tråd med veilederen for utviklingsplaner med en tidshorisont fram mot 2035. Ved endringer i akutfunksjoner og andre vesentlige endringer i tjenestetilbudet skal det gjennomføres ekstern kvalitetssikring for å sikre at prosessen er gjennomført i henhold til veilederen. Oslo universitetssykehus skal utarbeide utviklingsplaner basert på regionale føringer. Det vises til sak 008-2017 Regionale føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, behandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF i møte 2. februar 2017».

I dialog med Helse Sør-Øst RHF ble det avklart at lokale utviklingsplaner skal overleveres Helse Sør-Øst RHF innen 28. februar 2018, slik at arbeidet med samordning av lokale utviklingsplaner i regionen kan gjennomføres innen 31. desember 2018.

Arbeidet med utviklingsplan ble startet i mai 2017 med utarbeidelse av mandat. Arbeidet ble vurdert som komplekst og omfattende.

**Figur 2: Fremdriftsplan for prosjektet "Utviklingsplan 2035"**



Dette gjelder både områder som skal utredes, beskrives og vurderes, samt involvering internt og eksternt. I tillegg skal arbeidet forankres i sykehusets ulike beslutningsfora og selve rapporten skal gjennom en bred høringsrunde samt godkjenningssprosess i eget styre.

Tidsfristen med leveranse til Helse Sør-Øst RHF innen mars 2018 ble i forbindelse med risikoanalysen vurdert som kritisk mot krav til kompleksitet og kvantitet. Man vurderte risiko for at prosjektet ikke kunne gjennomføres innen fastsatte frister som høy, selv med en effektiv arbeids- og fremgangsmåte. I dialogmøte med Helse Sør-Øst RHF ble fristen for leveranse derfor forskjøvet til 30. april 2018. Ny frist for leveranse forutsetter at utviklingsplanen har vært gjennom ekstern høring og er behandlet i sykehusets styre.

### 1.4.5 Interessenter, medvirkning og aktiviteter

Oslo universitetssykehus er del av et større system og nettverk både lokalt, regionalt og nasjonalt. Arbeidet med utviklingsplanen foregikk etter premissene «Åpenhet», «Involvering» og «Forutsigbarhet». Innledningsvis i prosjektet ble det gjennomført en interessentanalyse for å skape en oversikt over interessenter som med sine forventninger og egen utvikling ville påvirke utviklingen av Oslo universitetssykehus HF i fremtiden.

20 eksterne interessenter<sup>1</sup> og samarbeidspartnere ble identifisert. Disse ble involvert i arbeidet gjennom to samlinger i prosjektperioden, den første gjennom et seminar den 31. august 2017. Hensikten med seminaret var å informere om utviklingsplanarbeidet, nåsituasjon og fremtidsbildet. Under seminaret ble også regionale føringer fra Helse Sør-Øst RHF presentert og interessenter og samarbeidspartner ble utfordret på sine forventninger til OUS i fremtiden.

Mot slutten av prosjektet og med utgangspunkt i utkast til utviklingsplan ble det avholdt et seminar til slik at interessenter og samarbeidspartnere fikk informasjon om utfallet av arbeidet før utviklingsplanen ble sendt til høring og overlevert til Helse Sør-Øst RHF.

<sup>1</sup> Eksterne interessenter: Helse Sør-Øst RHF, Oslo kommune og Oslo bydeler, lokale helseforetak i Helse Sør-Øst, KS, OsloMet, Universitetet i Oslo, Pasientforeninger, Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Lovisenberg Diakonale Høgskole, med flere.



Ulike interne og eksterne fora har blitt benyttet som formelle og uformelle referansegrupper underveis i arbeidet. Prosjektledelsen informerte jevnlig om status av arbeidet i ledermøter, og har aktivt involvert Brukerutvalget og Ungdomsrådet ved OUS som viktige rådgivere og bidragsyttere både til prosess og planens innhold. Det er videre avholdt separate møter med andre sykehus i Oslo sykehusområde for å få deres innspill på utviklingsplanarbeidet. Samarbeidsutvalget med bydelsdirektørene i Oslo ble involvert i arbeidet ved et møte og en workshop. De ulike arbeidsgruppene i prosjektet har involvert egne spesifikke interessenter og samarbeidspartnere i sine respektive grupper.

**Figur 3: Interessentanalyse "Utviklingsplan 2035"**



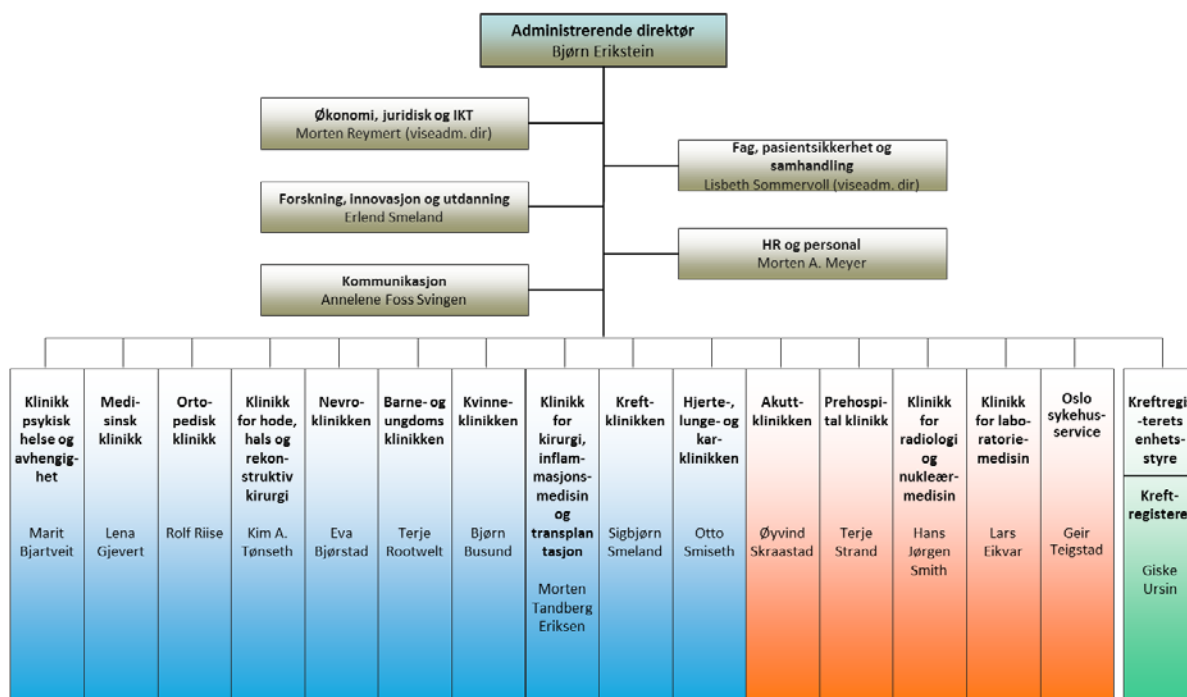
## 2 Nåsituasjonen

### 2.1 Dagens organisering

Oslo universitetssykehus ledes i dag av administrerende direktør Bjørn Erikstein. Virksomheten i helseforetaket ble i 2016 omorganisert til femten klinikker med felles medisinske støttefunksjoner organisert i Akuttklinikken, Prehospital klinikk, Klinikk for radiologi og nukleærmedisin og Klinikk for laboratoriemedisin. Driftstjenester er samlet i Oslo sykehusservice. Kreftregisteret har eget enhetsstyre sammensatt av medlemmer fra alle helseregionene. Siden 2009 har OUS og Universitetet i Oslo vært samorganisert på klinikknivå og nedover i organisasjonen. OUS og UiO har felles forskningsutvalg og felles forskningslederforum.

Figur 4: Organisasjonskart OUS; Kilde: Intranett OUS (27/07-2017)

### Oslo universitetssykehus



Med virkning fra 1. januar 2017 ble Rettsmedisinske fag overdratt fra Folkehelseinstituttet til Oslo universitetssykehus. Rettsmedisin yter tjenester til rettspleien og er ikke pasientrettet. Overtakelsen er en fortsettelse av et allerede langvarig faglig samarbeid med flere miljøer i Oslo universitetssykehus. Virksomheten er organisert som en egen avdeling i Klinikk for laboratoriemedisin.

Nærmere informasjon om Oslo universitetssykehus og organiseringen finnes på [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

### 2.2 Aktivitet 2016

I 2016 gjennomførte Oslo universitetssykehus om lag 1 million pasientkontakter innen somatikk, 155.000 innen psykisk helse og omlag 26.000 innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den samlede pasientaktiviteten var på alle tre områder høyere enn i 2015.

## 2.2.1 Somatikk

Aktiviteten innenfor somatikken svarte til oppdraget fra eier En del av den økte registrerte aktivitet fra 2015 skyldes at i 2016 ble flere yrkesgrupper godkjent for å utføre selvstendige konsultasjoner i regelverket for innsatsstyrt finansiering. Vridning mellom omsorgsnivåene med en reduksjon i antall heldøgnsopphold og økning i dagopphold og poliklinikk i 2016 er for en stor del forårsaket av kategoriseringsendringer ved innføring av nytt nasjonalt system.

Målt i antall sammenlignbare poeng ut fra diagnoserelaterte grupper (DRG-poeng etter 2015-gruppering) var den samlede somatiske aktiviteten utført ved Oslo universitetssykehus om lag som planlagt for 2016 og 1,8 prosent høyere enn i 2015.

Tabell 1: Aktivitet somatikk OUS 2012-2016; Kilde: Årsberetning 2016

Sykehusopphold	2016	Δ %	2015	2014	2013	2012
Heldøgnsopphold	106 078	-2,3	108 536	104 189	102 280	102 018
Dagopphold	83 918	6,4	78 891	70 272	68 496	67 563
Polikliniske konsultasjoner	819 888	6,3	770 959	738 071	725 233	714 119
Liggedøgn døgntilrettelagt	471 427	-0,8	475 264	464 402	475 763	480 665
DRG-poeng (døgn/dag/polik.)	233 203	1,6	229 502	221 631	217 602	209 771
Gjennomsnittlig liggetid (dager)	4,4		4,4	4,5	4,7	4,7

### Oslo sykehusområde

Om lag en tredjedel av aktiviteten til Oslo universitetssykehus er tjenester til befolkningen i Oslo sykehusområde. Oslo sykehusområde består av tolv av femten bydeler i Oslo kommune. Oslo universitetssykehus har lokalsykehusansvar for befolkningen i seks bydeler.

Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus betjener tre bydeler hver mens Oslo universitetssykehus tilbyr mer spesialiserte tjenester til alle innbyggerne i Oslo sykehusområde. Bydelene Alna, Grorud og Stovner hører til Akershus sykehusområde.

Tabell 2: Antall DRG-poeng Oslo sykehusområde; Kilde: Årsberetningen 2016

Antall DRG-poeng i Oslo sykehusområde	2016	Δ %	2015
Oslo universitetssykehus opptaksområde	51 884	2,1	50 824
Diakonhjemmet Sykehus	18 030	1,7	17 733
Lovisenberg Diakonale Sykehus	21 224	6,8	19 875
Oslo sykehusområde totalt	91 138	3,1	88 432

Innen Oslo universitetssykehus sitt lokalsykehusområde var det i 2016 en vekst i antall DRG-poeng på 2,1 prosent. Inkludert de tjenester helseforetaket ga innbyggere i opptaksområdene til Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus, økte Oslo universitetssykehus sine behandlingstjenester i Oslo sykehusområde med 3,1 prosent i 2016.

### Regionale og nasjonale behandlingstjenester

Målt i DRG-poeng er i underkant av 2/3 av Oslo universitetssykehus sitt samlede somatiske pasienttilbud innen regionale, flerregionale og nasjonale spesialisthelsetjenester. Ved utgangen av 2016 ivaretok Oslo universitetssykehus 30 av totalt 42 nasjonale behandlingstjenester, 7 flerregionale behandlingstjenester og 24 av landets 51 kompetansetjenester.

## Behandling av pasienter bosatt i Helseregion Sør-Øst

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

Tabell 3: Antall DRG-poeng ved OUS fordelt på sykehusområder i Helse Sør-Øst 2016/2015; Kilde: Årsberetning 2016

Antall DRG-poeng i Helse Sør-Øst	2016	Δ %	2015
Oslo sykehusområde	91 138	3,1	89 671
Andre Sykehusområder i Helse Sør-Øst	120 579	0,9	120 200
Østfold sykehusområde	14 860	-4,7	15 659
Akershus sykehusområde	30 693	0,1	31 003
Vestre Viken sykehusområde	26 680	5,2	25 593
Innlandet sykehusområde	18 830	-1,1	19 035
Telemark/Vestfold sykehusområde	19 146	4,7	18 414
Sørlandet sykehusområde	10 370	-1,9	10 495
<b>Helse Sør-Øst totalt</b>	<b>211 717</b>	<b>1,8</b>	<b>209 871</b>

Tabellen over viser antall DRG-poeng for pasienter behandlet ved Oslo universitetssykehus ut fra pasientenes bostedstilhørighet i Helseregion Sør-Øst. Innbyggere i sykehusområdene Vestre Viken og Telemark/Vestfold økte bruken av Oslo universitetssykehus mest fra 2015 til 2016. Det var en reduksjon i behandling av pasienter fra Østfold, Sørlandet og Innlandet sykehusområder.

## Behandling av pasienter bosatt utenfor Helse Sør-Øst

Samlet antall DRG-poeng for behandling av pasienter bosatt utenfor Helseregion Sør-Øst utgjorde 7,1 prosent av den samlede aktiviteten i 2016.

Tabell 4: Antall DRG-poeng ved OUS i 2016 fordelt på helseregioner utenfor HSØ; Kilde: Årsberetningen 2016

Antall DRG-poeng*	2016	Δ %	2015	2014	2013
Helseregion Vest	6 282	3,7	6 057	6 157	6 010
Helseregion Midt	4 500	0,8	4 465	4 647	4 311
Helseregion Nord	4 388	2,2	4 293	4 373	3 822
Utlandet	1 420	5,8	1 342	1 256	1 127
<b>Sum</b>	<b>16 590</b>	<b>2,7</b>	<b>16 157</b>	<b>16 433</b>	<b>15 270</b>

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

## Kirurgi

Det ble gjennomført i alt 53 926 kirurgiske inngrep ved Oslo universitetssykehus i 2016. Kirurgisk virksomhet ble tilført ekstra ressurser i 2015, noe som er med å forklare økningen i antall gjennomførte operasjoner i 2016.

Tabell 5: Antall operasjoner og respiratordøgn 2016; Kilde: Årsberetning 2016

Antall	2016	Δ %	2015	2014	2013
Operasjoner totalt	53 926	3,2	52 263	51 900	49314*
Øyeblikkelig hjelp operasjoner	14 113	-4,6	14 794	14 139	
Planlagte operasjoner strøket	3 097	0,7	3 075	3 144	
Respiratordøgn	8 319	6,7	7 796	7 705	8 424

\*Antallet traumecallinger ble i 2013 inkludert i antallet operasjoner.

I 2016 var det en reduksjon i antall øyeblikkelig hjelp operasjoner som til sammen utgjorde 26,2 prosent av samlet antall operasjoner.

Helseforetaket planlegger og gjennomfører operasjonsprogrammet for en best mulig utnyttelse av operasjonskapasiteten. Målsetningen er en effektiv operasjonsvirksomhet hvor antall strykninger holdes under 5 prosent. I 2016 strøk Oslo universitetssykehus 3 097 operasjoner, som er 7,2 prosent av planlagte operasjoner mot 7,5 prosent i 2015.

Strykningene grupperes i fire kategorier årsaker:

**Tabell 6: Prosentvis fordeling av årsaker til strøket operasjon 2016; Kilde: Årsberetning 2016**

Årsak til andel av planlagte operasjoner strøket	2 016	2015	2 014
<b>Planleggingsårsaker</b>	31 %	36 %	37 %
<b>Ressursårsaker</b>	22 %	14 %	13 %
<b>Medisinske årsaker</b>	26 %	25 %	24 %
<b>Øvrige årsaker (herunder fortrenget av øyeblikkelig hjelp)</b>	21 %	24 %	27 %

Innsatsen for bedre planlegging har ført til at andelen strykninger som følge av mangelfull planlegging er redusert. Ressursårsaker er relativt sett blitt en større grunn til at planlagte operasjoner strykes.

## Diagnostikk

Tilpassede og effektive støttefunksjoner er nødvendig for god pasientbehandling i hele pasientforløpet. Oslo universitetssykehus har en omfattende aktivitet innen diagnostiske tjenester både som del av intern pasientbehandling og for å understøtte utredning og oppfølging i andre helseforetak og primærhelsetjenesten.

**Tabell 7: Antall diagnostiske undersøkelser i 2016; Kilde: Årsberetning 2016**

Antall	2016	Δ %	2015	2014	2013
<b>MR-henvisninger</b>	34 042	4	32 860	29 855	27 977
<b>CT-henvisninger</b>	66 287	3	64 654	59 499	56 621
<b>PET/CT-henvisninger</b>	5 277	3	5 131	4 504	4 473
<b>Farmakologiske analyser</b>	342 654	15	297 359	247 053	236 015
<b>Immunologiske analyser</b>	624 377	9	513 073	526 935	497 743
<b>Biokjemiske analyser</b>	12 243 911	3	12 075 310	11 518 607	10 980 353
<b>Analyser av medisinsk genetik</b>	1 750 964	9	1 605 056	1 197 072	779 076
<b>Mikrobiologiske analyser</b>	919 846	15	798 858	805 998	794 031
<b>Analyser patologi</b>	550 658	-1	554 349	534 841	485 946
<b>Obduksjoner</b>	416	0	418	390	477

Etterspørselen etter bildediagnostikk har økt de siste årene og kapasiteten innen bildediagnostiske tjenester må stadig utvides for å dekke behovet. Manglende kapasitet søkes løst ved omprioriteringer og andre tiltak som økt bruk av eksterne tjenester. Barn og pasienter med kreft blir prioritert, og for de fleste pakkeforløp har bildediagnostikk tilstrekkelig kapasitet. Innen prostatakreft brukes eksterne bildetjenester. For gynekologisk kreft og brystkreft er kapasiteten for henholdsvis MR-undersøkelser og mammografi bedret i løpet av høsten 2016.

Tilsvarende har det også i laboratorievirksomheten vært en vekst i antall utførte analyser som på de fleste fagområder er større enn veksten i klinisk aktivitet. For mikrobiologiske analyser har det vært en markant økning, hovedsakelig som følge av overtakelsen av prøver fra Olafia-klinikken. Også for farmakologi er veksten stor i 2016. Veksten i antall analyser er for flere fagområder nå størst for

polikliniske pasienter. Det er fortsatt en klar tendens til flere og mer krevende undersøkelser per pasient. For medisinsk genetikk er det fortsatt vekst, men mindre enn tidligere år. Økningen er mest uttalt for undersøkelser av arvelig kreft.. For patologi er det ikke økning i antall rekvisisjoner, men imidlertid et økende antall spesialanalyser knyttet til den enkelte utredning.

## 2.2.2 Psykisk helsevern

Innen psykisk helsevern var det i 2016 flere heldøgnsopphold, flere liggedager og flere polikliniske konsultasjoner enn i 2015. Samlokalisering og drift i nye lokaler ved Nydalen DPS og Søndre Oslo DPS har gitt betydelige effektiviseringsgevinster og økt aktivitet. (En mindre del av økningen kan forklares med at det i noen uker i 2015 var redusert aktivitet både i forbindelse med flytting av poliklinikkene i Josefinesgate DPS til samlokalisering i Nydalen DPS, og flytting av poliklinikkene på Ryen og på Holmlia (Søndre Oslo DPS) til samlokalisering på Mortensrud).

Tabell 8: Aktivitet psykisk helsevern 2016; Kilde: Årsberetning 2016

Psykisk helsevern for voksne	2016	Δ %	2015	2014	2013	2012
Heldøgnsopphold	2 012	12	1 797	1 881	1 741	1 383
Polikliniske konsultasjoner	104 160	12,8	92 381	81 706	83 019	81 538
Liggedøgn døgntilrettelagt	73 942	2,6	72 075	73 892	78 988	88 794
Gjennomsnittlig liggetid (dager)	36,8	-8,4	40,1	39,3	45,4	64,2
Psykisk helsevern for barn	2016	Δ %	2015	2014	2013	2012
Heldøgnsopphold	154	24,2	124	146	96	98
Dagbehandling	3 237	-7,3	3493	3080	2902	2657
Polikliniske konsultasjoner	45 860	4,7	43 792	45 628	46 286	44 470
Liggedøgn døgntilrettelagt	5 372	-2,9	5 531	5 573	4 257	3 668
Gjennomsnittlig liggetid (dager)	34,9	-22,2	44,6	38,2	44,3	37,4

Innen voksenpsykiatrien var det i 2016 flere heldøgnsopphold, polikliniske konsultasjoner og liggedøgn enn i 2015. Det var noe kortere liggetider for noen behandlingsforløp. Økningen i antall konsultasjoner ble oppnådd etter endret organisering og samlokalisering. I tillegg ble det etablert noen flere behandlerstillinger ved DPS.

Over flere år har det vært en aktivitetsøkning innen heldøgns- og poliklinisk behandling. Det var stor pågang av pasienter med behov for døgnplass, med mange innleggelseser av kort varighet. Færre dagopphold enn i 2015 skyldes til dels at høyt belegg på døgnpostene medførte redusert kapasitet til dagbehandling.

## 2.2.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

I 2016 var det en reduksjon i antall døgnbehandlinger (utskrevne pasienter) innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hovedårsaken er endret registreringspraksis. Antallet døgnbehandlinger er også redusert som følge av lengre liggetid per opphold. Dette er en følge av omlegging av driften ved en av behandlingssenheter.

Fra 2015 til 2016 økte antall polikliniske konsultasjoner. Økningen forklares hovedsakelig med økt pasienttilstrømning, samt at noen flere poliklinikker er blitt godkjent som refusjonsberettigede i siste kvartal av 2016.

Tabell 9: Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016; Kilde: Årsberetning 2016

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	2016	Δ %	2015	2014	2013
--	------	-----	------	------	------

<b>Heldøgnsopphold</b>	2 306	-19	2 848	3 093	2 857
<b>Polikliniske konsultasjoner</b>	23 915	14,6	20 869	12 243	8 375
<b>Liggedøgn døgntbehandling</b>	25 619	3,22	24 819	24 888	23 746
<b>Gjennomsnittlig liggetid (dager)</b>	11,1	27,5	8,7	8,0	8,3

## 2.2.4 Prehospital virksomhet

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

**Tabell 10: Aktivitet prehospitaltjenester 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016**

Antall	2016	Δ %	2015	2014	2013
<b>Ambulanseoppdrag</b>	154 669	5,8	146 138	145 984	142 785
<b>AMK-sentralen, telefoner inn*</b>	172 903	12,1	154 234	133 532	128 832
<b>Pasientreiser</b>	782 981	5,6	741 576	741 576	704 317

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

Antall ambulanseoppdrag økte med 5,8 prosent fra 2015 til 2016. Overføring til Pasientreiser bidrar til en fortsatte nedgang i de planlagte ambulanseoppdragene som er redusert med fire prosent sammenlignet med 2015. Arbeidsfordelingen skjermer øvrig aktivitet og bidrar til bedre beredskap for akuttoppdragene.

Av henvendelser til Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral i 2016 ble 91,7 prosent besvart innen kravet på 10 sekunder. Overtakelsen av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral for Østfold 15. juni 2015 ga betydelig økt aktivitet. Økningen har bidratt med helårseffekt i 2016 og en aktivitetsøkning på 12,1 prosent. Etter overføringen er den akuttmedisinske sentralen ved Oslo universitetssykehus landets klart største.

Pasientreiser Oslo og Akershus drives av Oslo universitetssykehus. Pasientreiser administrerer transportavtaler, bestilling av reiser og kontroll av reisekostnader med mer. Pasientreiser arbeider også for samkjøring av transportoppdrag slik at flere pasienter kan benytte samme kjøretøy. Pasientreiser gjennomførte 780 000 turer i 2016.

## 2.3 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

Pasienter og pårørende kan fra smarttelefon eller internettsiden «minjournal.no» gi sin vurdering av møtet med Oslo universitetssykehus. Alle tilbakemeldinger blir automatisk tilgjengelig for leder i den aktuelle enhet som får rask og direkte respons og grunnlag for forbedringer.

I 2016 er det iverksatt automatisk SMS-utsendelse til pasienter etter utskrivelse eller poliklinisk kontakt der de får tilgang til brukerundersøkelsen. Antall tilbakemeldinger fra pasienter har økt fra 2400 tilbakemeldinger i 2015 til 43 000 tilbakemeldinger i 2016. Samlet er 87 prosent av svarene positive (i stor grad eller i svært stor grad). Om lag 1/3 skriver en merknad i fritekst. Majoriteten av merknadene er positive, men omlag 1/3 inneholder kritiske merknader.

Nasjonale brukerundersøkelser gjennomføres i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hensikten med undersøkelsen er å fremskaffe systematisk informasjon om pasientenes erfaringer med sykehusene som er ledd i:

- Faglig kvalitetsforbedring
- Virksomhetsstyring
- Støtte til forbrukervalg
- Samfunnsmessig legitimering og kontroll

Resultat fra den siste undersøkelsen for 2015 (publisert i 2016) viser at brukerne er godt fornøyd med behandlingen ved Oslo universitetssykehus. Overordnet scorer Oslo universitetssykehus nesten på lik linje med landsnittet. Scoringen for de ni pasienterfaringsindikatorerne er vist i tabellen nedenfor.

**Tabell 11: Resultater på indikatorerne for Oslo universitetssykehus HF. Skala 0-100 der 100 er best; Kilde: Kunnskapssenteret 2016**

Indikator	Antall svar 2015	Gjennomsnitt 2015	Landsnitt 2015
Pleiepersonalet	853	78	77
Legene	854	78	76
Informasjon	849	74	73
Organisering	879	67	68
Pårørende	653	78	77
Standard	882	70	73
Utskrivning	736	59	58
Samhandling	512	60	64
Ventetid	538	64	65

Tabell ovenfor viser at det fremdeles er rom for forbedring, særlig innen området samhandling der sykehuset scorer signifikant lavere enn landsnittet.

## 2.4 Pasientsikkerhet, kvalitet og pasient- og pårørendeopplæring

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

Achilles er et helhetlig system som samler kilder til kunnskap om risiko og faktiske hendelser, oppsummerer analysene som gjøres og forbedringstiltakene som utvikles. Utviklingsarbeidet er brukervennlig og tilrettelagt for effektiv saksbehandling.

Følgende moduler inngår i systemet:

- Uønskede pasient- og/eller ansatthendelser med tilhørende forbedringsforslag
- Pasientklager og Norsk pasientskade erstatningssaker (NPE)
- Revisjoner – både konsernrevisjoner og internt utførte revisjoner
- Ulike eksterne tilsyn fra flere myndighetsorganer (ca. 50 pr. år)
- Pasientsikkerhetsvisitter
- Vurdering av dødsfall
- HMS-runder og tiltak etter medarbeiderundersøkelsen
- SMS-brukerundersøkelse

I 2016 ble det registrert 215 hendelser med betydelig pasientskade og 8 860 andre skader og nestenulykker med skadepotensial. Kategorien betydelig skade eller død utgjør 2,3 prosent av registrerte pasienthendelser, det samme som i 2015. Hendelser med betydelig pasientskade er ikke det samme som antall alvorlige feil. Helseforetaket har en lav terskel for å registrere uventede hendelser, men i høyspesialisert behandling er forskjellen i utfall for de alvorligst syke pasientene sjelden knyttet til feil.



**Tabell 12: Antall meldte pasienthendelser; Kilde: Forbedrings- og avvikssystemet «Achilles»**

Antall	2016	Δ %	2015	2014	2013
<b>Meldte pasienthendelser</b>	9 075	9,3	8 306	7 231	6 502
<b>Hendelser m/ betydelig skade/død</b>	215	12,0	192	192	224
<b>Hendelser m/ moderat, mindre eller ingen konsekvens</b>	8 860	9,2	8 114	7 039	6 278

Arbeidet med fag, pasientsikkerhet og kvalitet gis stor oppmerksomhet. Sykehuset leverer data til alle aktuelle nasjonale kvalitetsregistre og scorer godt på de fleste nasjonale kvalitetsindikatorerne.

### Daglig sikkerhetsfokus

Fra 2016 har Oslo universitetssykehus startet implementering av en metode for daglig sikkerhetsstyring kalt «det grønne korset». Metodens navn kommer av at kalenderdagene i måneden er formet som et kors der idealet er at flest mulig dager blir «grønne», det vil si at ingen uønskede pasienthendelser har skjedd. Metodens styrke er at alle medarbeidere på en enkel måte kan melde fra om uønskede hendelser eller nesten-hendelser, at disse blir registrert på en visuell måte, at de registreres uten at det kreves spesielle IKT-tilganger og metoden kan anvendes på alle arenaer der pasienter oppholder seg eller får tjenester (sengeposter, poliklinikk, operasjonsstuer, venterom, ambulanser, kjøkken, laboratorier etc). Alvorlighetsgraden avgjør fargeangivelse på hendelsen. Hendelser eller nesten-hendelser registrert i det grønne korset tas opp på tavlemøter, diskuteres og løses umiddelbart av tilstedeværende medarbeidere eller saken blir meldt til nærmeste leder og behandles inn i forbedringssystemet Achilles som er beskrevet over.

### Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram - I trygge hender 24-7

Det femårige, nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014 - 2018) skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten.

Programmet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og viderefører arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen med samme navn (2011-2013). Programmets styringsgruppe besluttet at alle aktiviteter knyttet til tiltak og målinger fra kampanjen skulle opprettholdes og spres i programmet som har tre overordnede målsettinger:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Oslo universitetssykehus har etablert tiltak innen samtlige innsatsområder som gjelder for spesialisthelsetjenesten. Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling har overordnet oppfølgingsansvar.

### Likeverdige helsetjenester

Satsing på likeverdige helsetjenester og mangfold kan føre til færre liggedøgn og reinnleggelses, samt økt pasientsikkerhet. Likeverdige helsetjenester forstås her med at alle pasienter mottar helsetjenester av like god kvalitet, tilpasset den enkelte og med mål om resultatlikhet for de med samme sykdomsbilde. At OUS skal tilby gode og likeverdige helsetjenester uavhengig av bakgrunn, blant annet etnisk bakgrunn, er et uttalt mål forankret i sykehusets vedtekter og strategi for likeverdige helsetjenester og mangfold 2017-2021.

## Status og utvikling av utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer

### Infeksjoner

Prevalensandelen av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved Oslo universitetssykehus rapportert til Nasjonalt folkehelseinstitutt var i 2016 lavere enn de to foregående årene.

Det er krevende for Oslo universitetssykehus å nå det regionale målet om at sykehusinfeksjoner skal være redusert til under tre prosent, delvis på grunn av pasientsammensetningen med en høy andel av immunkompromitterte pasienter, og delvis på grunn av at helseforetaket behandler pasienter overført med infeksjon fra andre sykehus. Prevalensandelen for infeksjoner oppstått ved Oslo universitetssykehus var 4,3 prosent. Gjennomsnittlig 26,7 prosent av pasientene fikk antibiotika i 2016.

Det er en økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier, og de fleste pasientene med påvist resistente bakterier er smittet utenfor Oslo universitetssykehus, men det påvises også noen tilfeller av smitte etter innleggelse. Resistente bakterier øker behovet for enerom og isolater for å unngå smittespredning.

Basert på oppdatert risikoanalyse (2016) prioriterer Oslo universitetssykehus forebygging av postoperative sårinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og nedre luftveisinfeksjoner i planperioden.

**Tabell 13: Prevalens andel helseassosierte infeksjoner i % 2012-2016; Kilde: Årsberetning 2016**

Prevalensandel i %	2016	2015	2014	2013	2012
<b>Oslo universitetssykehus HF</b>	5,0 %	5,5 %	5,3 %	4,5 %	5,6 %
<b>Landsgjennomsnitt</b>	4,7 %	5,3 %	4,9 %	5,1 %	5,7 %

### Ventende og ventetider

Antall pasienter på venteliste gikk ned med omlag 17 prosent gjennom 2016.

**Tabell 14: Antall ventende og langtidsventende 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016**

Antall ventende i desember	2016	Δ %	2015	2014	2013
<b>Ventende totalt</b>	16 623	-17	19 947	28 922	25 103
<b>Ventende over 12 måneder (langtidsventende)</b>	101	-78	453	2 605	3 627

Oslo universitetssykehus har en særskilt oppfølging av pasienter som har stått på venteliste mer enn 12 måneder (langtidsventende), for å redusere antallet til et minimum. Ved utgangen av 2016 var det 101 langtidsventende.

For pasienter som har fått påbegynt helsehjelp (avviklede pasienter), hadde Oslo universitetssykehus i desember 2016 en gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen startet på 66 dager. Det er en reduksjon på 3 dager fra 2015. For pasienter som ved utgangen av 2016 står på venteliste ved Oslo universitetssykehus var den gjennomsnittlige ventetiden for alle ventende 64 dager. Det er en reduksjon på 20 dager fra 2015. Innen somatikken er reduksjon i ventetid størst innen generell kirurgi, plastikkirurgi og generell indremedisin. Økning i ventetid er størst innen infeksjonssykdommer, fysikalsk medisin, (re)habilitering og hud- og veneriske sykdommer. I psykisk helsevern barn og unge er ventetiden redusert fra 52 dager i 2015 til 45 dager i 2016. I psykisk helsevern voksne er ventetiden redusert fra 47 dager i 2015 til 37 dager i 2016.

**Tabell 15: Gjennomsnittlig ventetid (dager) 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016**

Gjennomsnittlig ventetid (dager) til avvikling i desember	2016	Δ dg	2015	2014	2013
<b>Pasienter med påbegynt helsehjelp (avviklede)</b>	66	-3	69	81	79
<b>Ventende totalt</b>	64	-20	84	174	213

Forventet ventetid oppdateres månedlig på nettstedet [www.frittsykehusvalg.no](http://www.frittsykehusvalg.no). De sykdomsgruppene som har lengst ventetid i Oslo universitetssykehus ved utgangen av 2016 er karkirurgi- (varicer), ortopedisk kirurgi (fot/ankel) og thoraxkirurgi (pectus excavatum-«fuglebryst»). Det er iverksatt særskilte tiltak for å avvikle langtidsventende innen karkirurgi og ortopedisk kirurgi.

### Fristbrudd

I desember 2016 opplevde 105 ventende pasienter at helseforetaket ikke startet helsehjelpen innen oppsatt frist (fristbrudd). Gjennom 2016 er antallet fristbrudd betydelig redusert. I 2015 ble det avviklet 6 909 pasienter med fristbrudd. I 2016 var antallet redusert til 1 133. En del av fristbruddene som fremkommer ved utgangen av 2016 skyldes mangelfull registrering.

**Tabell 16: Andel fristbrudd 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016**

Andel fristbrudd	2016	2015	2014	2013
<b>Fristbrudd i desember for ventende pasienter</b>	0,6 %	0,2 %	20 %	16 %
<b>Fristbrudd i desember for avviklede pasienter</b>	1,1 %	1,7 %	15 %	18 %
<b>Antall fristbrudd i desember ventende</b>	105	37	1911	

Antall nyhenviste pasienter som har fått ventelisteplass ved Oslo universitetssykehus var noe lavere i 2016 enn i 2015. Det har vært en økning i antall mottatte henvisninger, og årsaken til reduksjon av rapporterte henvisninger knyttes til endringen i Pasient- og brukerrettighetsloven fra november 2015. Endringen har ført til at enkelte pasienter som tidligere ble satt på venteliste uten rett til prioritert behandling, ikke lenger blir vurdert å ha rett til behandling innen spesialisthelsetjenesten.

### Epikrisetid

Oslo universitetssykehus HF har som mål å sende ut epikriser enten direkte med pasienten eller i brev innen syv dager etter at pasienten er utskrevet. Målet er ikke nådd, og det er fortsatt et forbedringspotensiale.

**Tabell 17: Andel epikriser sendt innen 7 dager 2016 og 2015; Kilde: Årsberetning 2016**

Andel epikriser sendt innen 7 dager	2016	2015
<b>Somatikk</b>	69 %	63 %
<b>Psykisk helsevern</b>	67 %	43 %
<b>Tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b>	57 %	59 %

### Korridorpasienter

En korridorpatient er en pasient som ligger i en seng utenfor et definert sengerom. Pasienter regnes også som korridorpasienter når de blir lagt på gangen for at personalet skal kunne observere pasienten, eller fordi pasienten har behov for kontakt med personalet.

Det er ikke ønskelig at pasienter ligger i sykehuskorridorer, dels fordi det truer den lovpålagte taushetsplikten, dels fordi pasientene opplever at det går ut over deres personlige integritet og verdighet. Oslo universitetssykehus har de siste årene hatt økt fokus på reduksjon av andel

korridorpasienter. Helseforetaket har hatt en lavere andel korridorpasienter enn landsgjennomsnittet og gjennomsnittet for Helse Sør-Øst.

**Tabell 18: Andel korridorpasienter 2012-2016; Kilde: Helsenorge.no**

	2016	2015	2014	2013	2012
<b>Andel pasienter plassert på korridor (%)</b>	1,4	1,2	1,3	0,9	1,0

### **Pakkeforløp for kreft**

Det er innført 28 pakkeforløp for kreft i sykehuset, med forløpsteam, forløpsledere og forløpskoordinatorer. I oktober 2016 ble det opprettet et Driftsstyre for kreftområdet som skal bidra til å styrke linjeledelsens handlekraft innen kreftområdet på tvers av organisatoriske skiller og lokaliseringer av aktivitet. Driftsstyret skal bl.a. koordinere utvikling av pasientforløp for kreft, og være en pådriver til kvalitet i pakkeforløpene. Oslo universitetssykehus jobber målrettet for at minst 70 % av nye kreftpasienter er del av et pakkeforløp, og at minst 70 % av pakkeforløpene for kreftpasienter er gjennomført innen standard forløpstid. Sykehuset har etablert gode forløp innen mange kreftformer.

**Tabell 19: Andel pakkeforløp som har en forløpstid innenfor standard forløpstid; Kilde: helsenorge.no**

<b>Andel pakkeforløp som har en forløpstid innenfor standard forløpstid*</b>	2016
<b>Samlet for Oslo universitetssykehus HF</b>	63,1 %

\*Andel for pakkeforløp alle organspesifikke kreftformer

**Tabell 20: Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp; Kilde: helsenorge.no**

<b>Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp</b>	2016
<b>Samlet for Oslo universitetssykehus HF</b>	71 %

Innen flere av pakkeforløpene, bl.a. for prostatakreft og underlivskreft, arbeides det kontinuerlig med tiltak for å bedre forløpstidene.

Overføring av pasienter i pakkeforløp mellom lokalsykehusene og Oslo universitetssykehus representerer en spesiell utfordring. Pasienter som utredes og behandles ved flere helseforetak har lengre forløpstider enn de som har hele sitt forløp innen samme helseforetak. Det arbeides blant annet med å få på plass flere 3-strøms videokonferanser med andre helseforetak i Helse Sør-Øst som legger til rette for felles faglige vurderinger, og dermed mer effektive pasientforløp på tvers av flere helseforetak.

I arbeidet med standardiserte forløp er utfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og deler av behandlingen blitt tydelige, og det arbeides med ulike tiltak for å bedre situasjonen.

Rapportering til NPR av målepunkter med forløpstider skjer nå i DIPS Arena, i en mer brukervennlig løsning enn tidligere. Sykehuset får månedlige rapporter fra NPR, og det arbeides med på få på plass bedre rapporter i DIPS og sykehusets Ledelses- og informasjonssystem til hjelp i den daglige oppfølging av pasienter i pakkeforløp.

### **Brukermedvirkning**

Sykehusets sentrale brukerutvalg og Ungdomsrådet er med å påvirke beslutninger i generelle saker som gjelder tjenester til pasienter og pårørende. Brukerutvalget er primært et rådgivende organ for administrerende direktør og styret ved sykehuset, og behandler ikke enkeltsaker. Brukermedvirkning er synlig både strategisk og i klinikkene, dessuten innen forskning. I tillegg til det sentrale brukerutvalget har Oslo universitetssykehus egne brukerråd i alle klinikker.

En viktig satsing er økt brukermedvirkning i forskning, der forskningsmiljøene i Oslo universitetssykehus samarbeider tett med Brukerutvalget og brukerorganisasjonene. Sykehusets ulike brukerorganer er med å sette saker på agendaen og er viktige høringsinstanser.

### **Senter for Pasientmedvirkning og samhandlingsforskning (SPS)**

Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning (SPS) er et forskningscenter ved Oslo Universitetssykehus.

Forskningsprofilen favner utvikling, implementering og testing av IT-verktøy innen helsetjenester.

Formålet med verktøyene er å bidra til pasientfokusede helsetjenester og legge til rette for økt samhandling mellom bruker og helsevesen. I utviklingen av disse verktøyene er pasientene og brukere viktige premissleverandører.

Verktøyene har flere potensielle helse- og samfunnsrelaterte gevinster, som eksempelvis redusert behov for legebekø, skreddersydd pasientoppfølging og raskere rehabilitering. Ved å ta slike verktøy systematisk i bruk i helsevesenet vil man også kunne realisere viktige helsepolitiske mål spesielt i forhold til samhandlingsreformen.

SPS består av et tverrfaglig forskningsteam med cirka 30 ansatte. Senteret samarbeider med flere forskningsmiljøer, både nasjonalt og internasjonalt.

### **Pasient- og pårørendeopplæring**

Pasienter og pårørende skal få tilpasset informasjon og opplæring, samt ha en reel mulighet til å medvirke i beslutninger om egen helse og behandling dersom de ønsker det. En forutsetning for å kunne medvirke i egen behandling og delta i samvalg er at pasienten har både kunnskap og ferdigheter om egen helse/ skade. Dette er et viktig pasientsikkerhetstiltak som bidrar til at behandling og oppfølging forstås og etterfølges. Kunnskapsbasert opplæring til pasienter og pårørende gir reduksjon i symptombelastning, økt håp og medvirkning. Sykehuset arbeider med fagprosedyrer og systematisk koding og registrering av pasient- og pårørendeopplæring.

Pasient- og pårørendeopplæring er en lovpålagt hovedoppgave, og skal være integrert i alle pasientforløpene ved sykehuset. Dette gjøres ikke systematisk i dag, og hvem som får tilbud er noe tilfeldig. Ansvar for å legge til rette for læring, mestring og medvirkning gjennom informasjon og opplæring ligger i klinikkene. Alle klinikkene har valgt å løse oppgaven ulikt. Det er et pågående arbeid å sikre en mer enhetlig og helhetlig organisering av pasient- og pårørendeopplæring. Sykehuset har et klikkovergripende Forum for pasient- og pårørendeopplæring som bidrar til koordinering, fagutvikling og samarbeid på tvers.

### **Mangfold i læringstilbud**

Oslo universitetssykehus er en stor helseaktør som tilbyr informasjon og opplæring til pasienter og pårørende innenfor både lokale, regionale og nasjonale funksjoner. Sykehuset har som mål at opplæring skal tilpasses ulike målgruppers behov mht. språk, kjønn, alder m.m.

Når en i familien blir syk, rammes ofte hele familien. Sykehuset har et lovpålagt ansvar for å sikre informasjon og opplæring også til pårørende, og å ivareta barn som pårørende. I dag har sykehuset 220 barneansvarlige.

### **Helseinformasjon og digitale verktøy**

Pasienter og pårørende forteller at det er vanskelig å finne frem til forståelig og kunnskapsbasert helseinformasjon. Et sentralt arbeid fremover vil være at pasienter og pårørende kan tilegne seg kunnskaper og ferdigheter om egen helse/ skade via digitale løsninger som kan supplere tradisjonelle lærings- og mestringstilbud. I dag er det krevende både for pasienter, pårørende og helsepersonell å finne egnede læringsressurser da disse ikke er samlet.

Det er behov for økt bruk av flere pedagogiske verktøy for å fremme læring, mestring og medvirkning til ulike målgrupper. Opplæringen må integreres som en planlagt og systematisk del av pasientforløpet. For eksempel kan pasienter få tilsendt e-læringskurs i forkant av konsultasjoner. Å utnytte potensiale for læring og mestring ved bruk av velferdsteknologi og behandlingshjelpemidler vil øke. Oslo universitetssykehus støtter opp om arbeidet til Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten (DIS), og prosjekt for å etablere en personlig kunnskapsoversikt, som tilbys nasjonalt via Helsenorge.no. Å etablere et nasjonalt bibliotek med læringsressurser og andre digitale verktøy kan bidra til økt livskvalitet for innbyggerne, og bedre ressursutnyttelse i helsetjenesten.

## 2.5 Oppgavedeling og samhandling med primærhelsetjenesten/kommunehelsetjenesten

I samhandlingsreformen er det forutsatt at forventet vekst i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad skal løses i kommunene. Videre ligger til grunn at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå.

Nye metoder for pasientbehandling, nye behandlingstilbud, distribusjonsmåter, krav til medvirkning fra pasienter og pårørende og fortløpende organisatoriske endringer stiller nye krav til innovasjon, utvikling og bruk av ny teknologi. De pågående endringene forutsetter kompetanseheving og kompetansedeling, og er temaer som behandles i en rekke planer og stortingsmeldinger.

OUS møter disse utfordringene gjennom en egen samhandlingsstrategi der man har som mål at «Pasienter og pårørende opplever at aktørene i helsetjenesten er på samme lag og at den ene trygt og informert tar over der den andre slipper. Sykehuset har tillit og godt omdømme knyttet til samhandling.»

OUS arbeider for at rett behandling gis til rett tid på rett sted med vekt på kontinuitet i overgangene. Målet er trygge, forutsigbare og likeverdige behandlings- og oppfølgingsforløp med nødvendig og tilstrekkelig informasjon tilpasset språklige og kulturelle behov. Habilitering og rehabilitering skal prioriteres i de ulike tjenesteområdene der brukermedvirkning og pasient- og pårørendeopplæring skal inngå som en naturlig del. Sykehuset legger til rette for kunnskapsformidling og dialog og vektlegger utviklingen av samhandlingskompetanse. Forskning og innovasjon på samhandlingsfeltet er tema i klinikkene og blant kollegaer i primærhelsetjenesten.

Særsilt for barn og unge arbeides det for bedre samarbeid bl.a. gjennom et eget samarbeidsorgan for barn og unge mellom OUS og 12 bydeler. Det er et mål at mest mulig av forberedelse og oppfølging av barn og unge som trenger tjenester innen OUS skal kunne foregå på pasientens lokalsykehus.

### Samarbeid med fastleger og øvrige leger i kommunehelsetjenesten

I Oslo er det ca. 525 fastleger fordelt på ca. 160 legekantor. Økningen i antall fastleger samsvarer omtrent med befolkningsøkningen. Antallet fastleger pr 10 000 innebygger i Oslo og Akershus er det laveste i landet. Fastlegene i Oslo har ca. 1 500 000 pasientkonsultasjoner pr år. I tillegg kommer telefonkontakter, hjemmebesøk, elektronisk samhandling med hjemmetjenesten og et økende volum pasientadministrativt arbeid. Det er ikke planlagt styrking av fastlegeordningen på nasjonalt nivå, men i løpet av 2018 skal det prøves ut en ordning med sykepleiere på fastlegekantor for å bistå og avlaste fastleger (primærhelseteam).

I tillegg til fastlegene har Oslo kommune ca 140 legeårsværk i kurativ virksomhet i helsehus, på sykehjem, legevaktene og Kommunal Akutt Døgnetenhet (KAD). Legevaktene på Aker og i Storgata har til sammen ca. 136 000 konsultasjoner pr år. Overgrepsmottaket har 520 konsultasjoner per år. Det

utføres ca. 16 000 sykebesøk. Legevaktsentralen håndterer om lag 240 000 telefonhenvendelser, og KAD har 5 400 innleggelser pr år.

Evalueringer av Samhandlingsreformen har pekt på at den medisinske samhandling er for svak, og at fastlegene ikke deltar i utvikling av samarbeidet. Etter initiativ fra OUS er derfor «Møteplass Oslo» etablert (januar 2017) som en arena for samhandling, konsensus og utvikling av retningslinjer. Møteplass Oslo er forankret i Samarbeidsutvalget for hovedstadsområdet.

Fra 2017 er det krav om at leger i kommunehelsetjenesten må være spesialister i allmenntilleggsmedisin, eller i pågående spesialistutdanning der 1 år foregår i sykehus. Enkelte sykehus i Norge har opprettet stillinger for allmennleger i utvalgte poliklinikker. I OUS har enkelte avdelinger/DPS slike stillinger. Siden OUS har regionale og nasjonale behandlingstjenester, må sykehuset samhandle med leger og tjenester i alle landets kommuner. Det er grunn til å anta at gode modeller for samarbeid og arbeidsdeling som utvikles i Oslo, også kan anvendes i øvrige kommuner og regioner.

Rammeavtalen mellom Helse Sør-Øst og Legeforeningen om avtalespesialister forutsetter avtaler mellom spesialistene og det enkelte helseforetak om hvordan spesialisthelsetjenestens «sørge for» ansvar kan oppfylles innen det enkelte fagområde. Bortsett fra gynekologi, er det er ikke utarbeidet felles konsensus om samarbeid mellom OUS, private avtalespesialister og fastleger innen andre fagområder. Innen øyesykdommer og Øre-Nese-Hals-sykdommer har det imidlertid utviklet seg en tradisjon for hvem som ivaretar ulike funksjoner. En svakhet er at det ikke er ordninger for telefon- og ø-hjelp hos avtalespesialister, og heller ikke ordninger som sikrer tilgang i ferier og høytider.

Innen psykisk helse er det gjort forsøk med nettverk av avtalespesialister, DPS og fastleger i nedslagsfeltet. Hensikten er å optimalisere arbeidsdelingen, redusere ventetid og utvikle felles kultur for samarbeidet. Det er ulike erfaringer med samarbeidet, og fortsatt høy avslagsrate (35 – 40 %) ved henvisninger til DPS-ene og barne- og ungdomspsykiatrien i sykehuset.

I tillegg til avtalespesialistene har HSØ avtaler med private leverandører av bildediagnostikk. På grunn av kapasitetsbegrensninger i OUS, må det aller meste av bildediagnostikk henvist fra primærhelsetjenesten skje hos de private leverandørene. Hovedstadsområdet har et relativt stort innslag av privat helsetjenester og økende bruk av private helseforsikringer påvirker også bruk av offentlige sykehus, herunder OUS.

### **Organisering / samhandling med kommunen**

OUS samarbeider med alle landets kommuner, men størst samhandling er knyttet til samarbeidet med bydelene i Oslo. Det er en tydelig formalisert samhandling både på strategisk og klinisk nivå. Det samme gjelder forholdet til KAD, legevakt, helsearena Aker og sykehusene i Hovedstadsområdet (inkludert Sunnaas).

### **Samarbeidsorganer**

Oslo universitetssykehus har ferdigstilt og implementert møtestrukturer knyttet til samhandling. I forbindelse med inngåelse av samarbeidsavtale (generell del) mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus er følgende samarbeidsorganer etablert:

- Samarbeidsutvalget
- Direktørmøte
- Samarbeidsforum for somatikk
- Samarbeidsforum for rusavhengighet og psykisk helsevern
- Samarbeid med fastlegene/sykehjemslegene
- Brukerutvalget
- Ungdomsrådet

- Råd for barn som pårørende
- Forum for pasient- og pårørendeopplæring
- Råd for ungdomshelse

OUS og de ulike bydeler har utarbeidet samarbeidsavtaler innen en rekke fagområder. Avtalene dekker både somatikk og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, habilitering og rehabilitering. Samarbeidsavtaler og underavtaler skal sikre at brukermedvirkning, helhetlig pasientforløpstenkning, medisinskfaglig samarbeid og pasientopplæring blir tilstrekkelig ivaretatt. Mange av de underliggende retningslinjene og prosedyrene er felles for hele Hovedstadsområdet.

I tråd med overordnet samarbeidsavtale er det etablert et administrativt samarbeidsutvalg. Utvalget har myndighet til å fatte bindende beslutninger på tvers av forvaltningsnivåene og kan etablere underutvalg - kliniske utvalg - for områder en er enige om trenger forbedring.

### **Koordinerende enhet**

Alle kommuner og regionale helseforetak skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Den koordinerende enheten skal ha generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunen og i helseregionen, og enheten skal være kontaktpunkt for samarbeid. Tjenestene som tilbys skal være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere. I OUS er koordinerende enhet lagt administrativt på strategisk nivå. Ansvaret omfatter ikke klinisk virksomhet.

### **C3 - Centre for Connected Care**

OUS er hovedansvarlig for satsingen Centre for Connected Care (C3), et senter for forskningsdrevet innovasjon (SFI). Senterets hovedmål er å etablere nye innovative servicemodeller i helse- og omsorgssektoren, med utgangspunkt i en systemtenkning hvor brukeren involveres og gis påvirkningskraft på egen helse.

Senterets partnere består av 14 brukerpartnere, herunder Oslo kommune, fem nasjonale forskningspartnere og åtte internasjonale forskningspartnere.

### **Samarbeid i pasientforløp**

Det er konfereringsplikt ved akuttinnleggelser i OUS. For pasienter innlagt i sykehus, er det lite telefonisk kontakt fra sykehus til fastlege, ut over innhenting av legemiddellister ved akuttinnleggelser. Det er etablert standard for at sykehuset kontakter fastlege for felles rådslagning/gjensidig beslutningsstøtte, men slike kontakter oppleves nyttige og kan bidra til å avklare ansvar for oppfølging og begrense unødvendig ressursbruk og dobbeltarbeid.

Fastleger kan kontakte OUS telefonisk for råd om enkeltpasienter. Tilgangen til spesialister i sykehuset varierer, der noen avdelinger har telefontid. En del forespørsler om oppfølging kommer også skriftlig til OUS, og kan besvares i (elektronisk sendte) notater. Gjensidig veiledning gjennom bruk av telefon og skriftlige notater er ikke finansiert, verken for OUS eller for fastlegene. Det er store forventninger til at innføring av elektroniske dialogmeldinger vil forbedre samhandlingen.

### **Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke**

OUS deltar i Læringsnettverk for gode pasientforløp sammen med tre bydeler i Oslo, Sykehjemetaten og fastleger. Mål for arbeidet er å forbedre hele pasientforløpet i et hjem til hjem-perspektiv. Dette gjelder både internt i kommunene og sykehusene, og mellom sykehus og kommune, herunder fastlegene.



Prosjekter er satt i gang basert på engasjerte medarbeidere og tilgjengelige prosjektmidler, blant annet gjennom Samarbeidsutvalget. Bydelene og sykehusene har til enhver tid mange løpende prosjekter. Det er ønskelig at bydelene i større grad utfører kost-nytte vurderinger før prosjekter iverksettes, med tanke på eventuell implementering i varig praksis. Ved Oslo universitetssykehus (OUS) utføres slike kost-nytte vurderinger for alle samhandlingsprosjekter. En større grad av samordning og samling i framtiden av mange mindre prosjekter ville trolig være bra både faglig og ressursmessig.

### **Pasientstrømmer til sykehus**

Nær 100 % av elektive innleggelser i sykehus er etter søknad fra poliklinikker i sykehuset. Henvisninger fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten er formalisert etter innføring av prioriteringsforskriften med prioriteringsveiledere, samt innføring av pakkeforløp for kreft med diagnoseveiledere. Det er gode rutiner for ø-hjelps innleggelser med telefonkonferering og mulighet for OUS å motta elektronisk ø-hjelps henvisning.

### **Pasientstrømmer fra sykehus - Tilbakeføring av behandlingsoppgaver til primærhelsetjenesten**

Samhandlingsreformen slår fast at en pasient som antas å være i behov av kommunale tjenester er utskrivningsklar når lege/psykolog vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i spesialisthelsetjenesten.

Øvrige utskrivelser og fordeling av ansvar mellom OUS og fastleger er ikke regulert og i liten grad beskrevet i felles retningslinjer. Fordelingen er i hovedsak basert på tradisjon, medisinsk skjønn, og fagmiljøenes fortolkning av lovverk og føringer. En del behandlings- og kontrolloppgaver overføres fra OUS til primærlegene uten at de er forberedte til å overta. Disse kan være uklare, noe som gir risiko for svikt i oppfølgingen. Felles anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus i Hovedstadsområdet (utviklet av Møteplass Oslo) gir generelle føringer for fordeling av arbeidsoppgaver og ansvar, men arbeidsdeling innen de enkelte kliniske fagområdene er ikke beskrevet. Etter modell fra Østfold vil Møteplass Oslo utvikle verktøy til beslutningsstøtte om klinisk arbeidsfordeling mellom leger i og utenfor sykehus.

### **Utfordringer i samhandlingen**

Det er flere samhandlingsutfordringer som sykehus og kommuner må løse i felleskap. Anstrengt bydelsøkonomi påvirker prioriteringer mellom eldre syke og nødvendig satsning på barn, unge og psykisk helse. Kortere liggetid i sykehus kan gi flere reinnleggelser og samsvarer dårlig med kapasitet og koordinering i kommunehelsetjenesten. Samhandling og dialog svekkes av kompetansemangel, ulike datasystemer og mangelfull rapportering. Ulike vurderinger av pasientens behov for spesialisthelsetjenester i bydel og sykehuset kan komplisere pasientforløp og medføre reinnleggelser etter kort tid. Spesialister i sykehus har ofte fokus på enkeltdiagnoser i spesialiserte avdelinger, mens kommunen ser alle diagnoser under ett og er mer opptatt av det forbyggende. Det er også for få vurderingsbesøk fra bydelene i sykehuset, og det er altfor sjelden møter med pasient, pårørende og bydel før utskrivning.

## 2.6 Organisasjon og ledelse

### Lederutvikling

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

Oslo universitetssykehus har et omfattende læringstilbud spesielt rettet mot ledere. I 2016 var det over 1000 påmeldinger til denne type tilbud. Nye ledere følger et obligatorisk lederutviklingsprogram. Fire ledere gjennomførte Nasjonalt topplederprogram for helsetjenesten, og flere deltok på etter- og videreutdanning for ledere ved ulike utdanningsinstitusjoner.

### Medarbeiderundersøkelse

Medarbeiderundersøkelsen i 2016 ble gjennomført med oppslutning på 79 prosent. Over 900 ledere har fått tilsendt rapporter til oppfølging i egen enhet. Resultatene fra 2016 viser positiv utvikling fra undersøkelsen i 2015.

### Helse, miljø sikkerhet

Det ble registrert 4923 HMS-avvik i helseforetaket i 2016.

Tabell 21: Antall HMS-avvik 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

	2016	Δ %	2015	2014	2013
<b>HMS-avvik</b>	<b>4 923</b>	<b>14</b>	<b>4 316</b>	<b>4 007</b>	<b>4 032</b>
<i>Fysisk arbeidsmiljø</i>	1 069	23	866	777	778
<i>Psykososialt arbeidsmiljø</i>	675	-23	873	825	820
<i>Smittevern</i>	783	13	692	724	676
<i>Vold/trusler/utagerende adferd</i>	869	37	634	585	656
<b>Meldinger per årsverk</b>	0,27		0,24	0,22	0,23

Den største avvikskategorien er Fysisk arbeidsmiljø der det er meldt inn flest saker på inneklime, fall, slag, støt og klemskade samt orden og renhold. Det har i 2016 vært en nedgang i antall innmeldte saker i kategorien Psykososialt arbeidsmiljø. Majoriteten av sakene i innen Smittevern er ansatte som stikker seg med sprøyter eller blir tilsølt med blod. Vold/trusler/utagerende adferd er hendelser hvor ansatte ble utsatt for eller stod i fare for å bli skadet. Slike hendelser registreres primært innen psykiatri og rusbehandling.

Antallet meldinger om saker med høy alvorlighetsgrad har økt med tolv prosent fra 328 i 2015 til 368 i 2016. Endringen er som for innmeldte HMS-avvik generelt som hadde en økning på fjorten prosent.

Tabell 22: HMS-saker med høy alvorlighetsgrad 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

Saker med høy alvorlighetsgrad*	2016	Δ %	2015	2014	2013
<b>Fysisk arbeidsmiljø</b>	196	18	166	132	184
<b>Psykososialt arbeidsmiljø</b>	69	-3	71	86	80
<b>Smittevern</b>	40	-15	47	39	49
<b>Vold/trusler/utagerende adferd</b>	63	43	44	38	62

\*Saker i alvorlighetsgraderingene "Moderat skade", "Betydelig skade" og "Unaturlig dødsfall"

## Likestilling og likeverd

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

Som andre helseinstitusjoner er Oslo universitetssykehus en kvinnedominert arbeidsplass. Av totale brutto årsverk i 2016 var 73 % utført av kvinner og 27 % utført av menn. Andelen utført av menn steg med 0,5 prosentpoeng fra 2015. Menn er godt representert innen alle fagområder i virksomheten. På mellomledernivå er det en overvekt kvinnelige ledere. I toppledelsen, nivå en og to i organisasjonen, er seks av totalt 22 ledere kvinner. I helseforetakets styre var det i 2016 fire kvinner og fire menn. Ved ansettelser har Oslo universitetssykehus en ordning hvor minst en søker med innvandrerbakgrunn skal innkalles til intervju, forutsatt at vedkommende er kvalifisert for stillingen. Ifølge sykehusets strategi for likeverdige helsetjenester og mangfold 2017-2021 er målet at våre medarbeidere skal speile mangfoldet i befolkningen, både i ledelsen og blant de ansatte.

## 2.7 Utdanning, bemanning og kompetanse

### 2.7.1 Utdanning

OUS har det største medisinske og helsefaglige miljøet i Norge og har dermed et særskilt ansvar for å bidra til bredde- og spisskompetanse i utdanning av medarbeidere til helsesektoren. Sykehuset bidrar i stort volum til å utdanne helsepersonell på alle utdanningsnivåer og samarbeider godt med en rekke utdanningsinstitusjoner.

Medisinutdanningen er den grunnutdanningen som er mest integrert i sykehuset, ved at både teori- og praksisundervisning i stor grad foregår i helseforetaket. Studenter fra øvrige utdanninger tilbys veiledet praksis. Hvert år har vi blant annet 1500 helse- og sosialfaglige bachelorstudenter i praksis, 550 sykepleiere i videreutdanning og 100 psykologstudenter. OUS er også lærebedrift for innen helse- og ambulanséfag, gir praksisplasser til ca. 65 helsesekretærelever og studenter på ulike studieretninger på fagskoler.

OUS har til enhver tid ca. 1000 leger i spesialisering. Denne utdanningen er på høyt nivå og har ingen formell tilknytning til et universitet eller en høyskole. Foruten kursvirksomhet, har OUS det fulle ansvaret for både teori og praksis, samt for at overlegene har nødvendig kompetansen innen undervisning og veiledning.

Noen hovedtall for OUS 2016 illustrerer utdanningsvirksomheten som er vesentlig større enn ved landets øvrige universitetssykehus:

Tabell 23:Utdanningsvirksomhet OUS 2016

Utdanning der OUS har totalansvar		Utdanninger der OUS er ansvarlig for praksis			
Leger i spesialisering	Ambulanse - og helsefagarbeiderlæringer	Profesjonsstudie medisin (UiO er ansvarlig)	Bachelor sykepleie og andre helsefag	Videre utdanning sykepleie	Andre utdanningsløp innen helsefag
1000	60	820	1500*	570**	230

\*fordelt på fire praksisperioder \*\* fordelt på vår- og høstsemester

Den største kompetanseutfordringen sykehuset har per i dag er mangelen på spesialsykepleiere, samt innenfor noen legespesialiteter.

## Utdanningsstrategi 2013-2018

Oslo universitetssykehus har en utdanningsstrategi for perioden 2013-2018, som realiseres gjennom klinikkovergrepene og klinikkvise handlingsplaner. Strategien har følgende visjon:

*Vi skal styrke vår posisjon som et internasjonalt fremragende universitetssykehus og bidra til å skape et fremtidsrettet helsetilbud med høy kvalitet.*

Strategien peker på viktige kontinuerlige mål og følgende strategiske hovedmål:

- Utdanningens betydning skal synliggjøres og utgjøre en tydelig del av sykehusets profil.
- Oslo universitetssykehus skal legge til rette for gode utdanningsløp.
- Vi skal arbeide for å synliggjøre ressursbruk og sikre adekvat ressurstilgang til utdanning.
- Vi skal dokumentere aktivitet og kvalitet på utdanningsvirksomheten.
- Vi skal ta i bruk nye læringsarenaer.
- Utdanning skal ha et internasjonalt perspektiv.
- Fokus på likeverdige helsetjenester skal gjenspeiles i utdanningsvirksomheten.
- Pasient og brukermedvirkning skal være integrert i utdanning.

### 2.7.2 Bemanning

Virksomheten i Oslo universitetssykehus er arbeidsintensiv der om lag to tredeler av helseforetakets totale ressursinnsats er knyttet til de ansatte. De ansattes innsats, kunnskap, ferdigheter og samordning er den viktigste forutsetningen for gode og effektive spesialisthelsetjenester. Bemanningsinnsatsen må tilpasses de økonomiske rammene med mål om at tjenestetilbudet til pasienter og brukere ikke skal reduseres. For å oppnå dette arbeider Oslo universitetssykehus med å øke produktiviteten og realisere forbedringer. Dette gjøres ved samordning av virksomheten og å dra nytte av muligheter i teknologisk og medisinsk utvikling. De siste årene har bemanningen i antall månedsværk økt mer enn planlagt. Gjennomsnittlig antall brutto månedsværk i helseforetaket i 2016 var 18 515. Dette var 402 (2,2 prosent) høyere enn planlagt og 182 flere årsværk enn i 2015.

Tabell 24: Antall ansatte 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

	2016	Δ %	2015	2014	2013
Gjennomsnittlig antall ansatte i konsern	23 112	-0,1	23 125	22 698	22 486
Gjennomsnittlig antall årsværk i konsern	18 622	1,0	18 435	17 967	17 358
Gjennomsnittlig antall årsværk i HF	18 515	1,0	18 333	17 869	17 258

### Planlagt arbeidstid

Oslo universitetssykehus vil styre virksomheten gjennom god planlegging og økt forutsigbarhet for brukere og ansatte. God arbeidstidsplanlegging reduserer vikarbruk som er kostbar arbeidskraft. Uforutsigbarhet som følger av akuttvirksomhet, sykefravær og store svingninger i pasientaktivitet, gjør sikker planlegging av aktiviteten vanskelig.

En bedre arbeidstidsplanlegging er et innsatsområde for Oslo universitetssykehus gjennom et program «Forbedring av driften i OUS HF 2017 - 2020» med definerte områder for forbedring av planlegging av bemanning og bruk av personellressursene.

Tabell 25: Planlagt og ikke planlagt arbeidstid 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

	2016	Δ %	2015	2014	2013
Planlagt arbeidstid i månedsværk i HF	17 228	1,7	17 017	16 558	15 972
Ikke planlagt arbeidstid i månedsværk i HF*	1 282	-2,5	1 316	1 311	1 286

\*Ikke planlagt arbeidstid er variabel lønn.

Andelen planlagt arbeidstid er beregnet fra fastlønn. I 2016 var andelen 93 prosent av antall brutto månedsverk, som er en liten bedring sammenlignet med 92 prosent de foregående tre årene. Forholdet mellom de faste og variable lønnskomponentene var i 2016 henholdsvis 93,1 prosent faste og 6,9 prosent variable, en nedgang i variable på 0,3 prosentpoeng. Variabel lønn er andelen arbeidstid som ikke er planlagt som overtid, timebetalte ekstrahjelp, utrykning og uforutsette vakter.

Helseforetaket har en intern ekstravaktordning som bidrar til å redusere behovet for overtid/mertid av vikarer. Ordningen gir ansatte med deltidsstilling mulighet for høyere stillingsandel ved at den åpner for å kunne arbeide på flere enheter i helseforetaket. Parallelt med innsatsen for å redusere andel variable lønnskostnader arbeides det fortsatt med å redusere ufrivillig deltid ved foretaket. Andelen har gått gradvis ned fra 16,8 prosent i 2014 til 16,4 prosent i 2016. Gjennomsnittlig stillingsprosent hos ansatte i faste stillinger er i 2016 på 92,5 prosent.

Oslo universitetssykehus har en lav deltidsprosent sammenlignet med andre helseforetak og har i 2016 videreført arbeidet der en tilbyr økte/fulle stillinger til alle som ønsker det og knytter seg til foretakets personalformidling. Personalformidlingen inkluderer også fra 2016 en studentpool for sykepleiestudenter og en kontorfaglig pool for autoriserte sekretærer og helsesekretærer. Den interne personalformidlingen og deltidsstillinger gir foretaket muligheter til å gjennomføre turnus med helgevakter og gjør bruken av personell mer kostnadseffektivt.

### Gjennomstrømming

Antall ansatte som sluttet ved Oslo universitetssykehus i 2016 var 1832 mot 1780 i 2015. Det tilsvarer en turnover på 9,6 prosent.

### Sykefravær

Sykefraværet i de siste fem årene har fulgt sesongvariasjoner med høyest sykefravær i vintermånedene og et lavt nivå i sommermånedene. I desember 2016 var sykefraværet 8,4 prosent, mens det var lavest i august 2016 med 6,6 prosent. Gjennomsnittlig sykefravær i 2016 var om lag som i 2015. Det samme gjelder fordelingen av kort og langtidssykefravær.

Tabell 26: Sykefravær 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016

	2016	2015	2014	2013	2012
<b>Gjennomsnitt sykefravær i prosent</b>	7,3	7,4	7,2	7,4	7,7
<b>Gjennomsnitt korttidsfravær i prosent</b>	2,7	2,6	2,4	2,5	2,6
<b>Gjennomsnitt langtidssykefravær i prosent</b>	4,6	4,7	4,7	4,9	5,1

Helseforetaket har godt innarbeidede rutiner for håndtering av arbeidsrelatert fravær. Avtalen om inkluderende arbeidsliv for perioden 2014-2018 følges opp i de enkelte klinikkens handlingsplaner. Målsetningen er å redusere det totale sykefraværet til 7,1 prosent innen utgangen av gjeldende avtaleperiode.

### 2.7.3 Personell- og kompetansebehov

Virksomheten ved Oslo universitetssykehus er sammensatt og variert og krever kompetanse fra det generelle til det svært spesialiserte. Helseforetaket må ha ansatte med nødvendig kompetanse for å kunne ivareta dagens behov og ha en effektiv drift, men også for å ta i bruk nye muligheter og ivareta endrede krav til virksomheten. Foretaket har stort sett god kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse. Det er et ekstra behov for visse typer spesialsykepleiere og praksisplasser for spesialsykepleiere, samt enkelte legespesialister.

Ulike rekrutterings- og utviklingstiltak er iverksatt, som utdanningsstillinger for spesialsykepleiere og kompetanseutviklingsprosjekter knyttet til jobbglidning innen blant annet steriltforsyning og blodprøvetaking. Helseforetaket tilbyr klinisk kompetanseprogram til sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, vernepleiere og barnevernspedagoger.

## 2.8 Forskning og innovasjon

### 2.8.1 Forskning

Oslo universitetssykehus er Norges største universitetssykehus og største helseforskningsinstitusjon. Noen hovedtall for året 2016 illustrerer forskningsvirksomhetens omfang, som også er vesentlig større enn landets øvrige universitetssykehus:

**Tabell 27: Forskningsvirksomhet 2016; Kilder: Forskningsmålingen 2016. Tall for ressursbruk: NIFU, Rapport 2017:18, Ressursbruk til forskning i helseforetakene 2016.**

	Ressursbruk*	Artikler	Doktorgrader	Publiseringspoeng**	Forskningspoeng***
<b>Oslo universitetssykehus</b>	1,71 mrd. kr*	1946	110	1915	2336
<b>Helse Sør-Øst</b>	2,47 mrd. kr	2607	151	2934	3429
<b>Norge (helseforetak)</b>	3,70 mrd. kr	3960	292	4878	5468

\* Inkluderer direkte og indirekte kostnader, herunder avskrivninger, og all type finansiering. For OUS er tallene ekskl. Kreftregisteret, som ikke inngår i HODs forskningsmåling (poengsystem). \*\*Poeng for artikler, antologier, monografier og doktorgrader. \*\*\*Summen av publiseringspoeng og finansieringspoeng (ekstern finansiering fra Norges forskningsråd og EU).

Oslo universitetssykehus har mange sterke kliniske forskningsmiljøer, men også et stort omfang av basal- og translasjonsforskningsmiljøer. Sammen med Universitetet i Oslo (UiO) drives flere sentre for fremragende forskning og andre store satsinger oppnådd i hard nasjonal og internasjonal konkurranse. Oslo universitetssykehus er tett koordinert med UiO i hele bredden av helseforskningen, herunder satsingen innen livsvitenskap. Sykehuset og universitet har overlappende forskningsaktiviteter med felles forskningsgrupper, deling av kompetanse, felles utnyttelse av infrastruktur og støttefunksjoner der det er hensiktsmessig. Ca. 70% av publikasjonene utgått fra OUS er fellespublikasjoner med UiO. OUS har et godt forskningssamarbeid med andre helseforetak, i Helse Sør-Øst og i landet for øvrig. Dette forskningssamarbeidet bør ytterligere styrkes i framtiden. For å forbedre pasientbehandlingen er det sentralt at forskning, innovasjon og utdanning er tett integrert med klinisk/diagnostisk virksomhet. Forskning må derfor bevisst prioriteres.

### Styrker og muligheter innenfor forskning

Styrker ved forskningsvirksomheten er særlig	Muligheter i dagens situasjon er særlig
<ul style="list-style-type: none"> <li>Høy kompetanse og kvalitet i forskningen, med stor bredde av fagmiljøer fra translasjonsforskning til klinisk/anvendt forskning</li> <li>Organisering i forskningsgrupper (ca 260) med tett integrasjon mellom sykehuset og universitet. Organisering i grupper er en styrke både faglig, sosialt, kulturelt og forskningsetisk.</li> <li>Forskningen er en integrert del av sykehusets virksomhet, der lederne har et totalansvar. Klinisk forskning er i stor grad integrert med behandling.</li> <li>Pasientsammensetning fra det normale til det høyspesialiserte gir unikt grunnlag for forskning,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veletablerte, erfarne forskningsmiljøer gir grunnlag for mer forskning i verdensklasse.</li> <li>Internasjonalt forskningssamarbeid vil kunne bidra til økt kompetanse, nettverk og mobilitet, ytterligere tilgang til forskningsinfrastruktur, «state-of-the-art» metoder/teknologi, økt forskningskvalitet og økt finansiering fra nasjonale og internasjonale kilder.</li> <li>Attraktiv samarbeidspartner for andre institusjoner (UH-sektor, næringsliv, pasientforeninger), som ser at deres institusjon lykkes bedre med egne satsinger</li> </ul>

<p>utdanning og innovasjon, herunder tilgang til data fra omfattende medisinske kvalitetsregistre, forskningsregistre og store biobanker.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• God tilgang til kjernefasiliteter, forskningsinfrastruktur og et godt forskningsstøtteapparat.</li> <li>• Omfattende internasjonalt forskningssamarbeid.</li> <li>• Mange yrkesgrupper deltar i forskning – stort potensial for samarbeid på tvers av disipliner.</li> <li>• Konkurrerer godt om ekstern finansiering nasjonalt og internasjonalt.</li> <li>• Nærhet til pasienten er en driver for forskningsbasert innovasjon. Flere miljøer har bred erfaring med innovasjon.</li> </ul>	<p>gjennom samarbeid med sykehuset.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gode rekrutteringsmuligheter innen mange fagområder, noe som fremmer tverrfaglig forskning. Tilgang til kursing og karriereutvikling av unge forskere, herunder Helseinnovatørskolen via tett samarbeid med UiO.</li> <li>• Styrket forskningsbasert innovasjon og kommersialisering</li> </ul>
--	--

## 2.8.2 Innovasjon og næringsutvikling

Oslo universitetssykehus satser på innovasjon og utvikling for å bidra til nyskaping, bærekraftige helsetjenester og bidra til utvikling av helsenæringen i Norge. Oslo universitetssykehus har en egen strategisk koordinerende innovasjonsavdeling, under Stab forskning, innovasjon og utdanning, som også er rådgivende for innovasjonsaktiviteter ved helseforetak i regionen. Innovasjonsarbeidet skjer i tett samarbeid med klinikkene og sykehusets ledelse. Det jobbes med å fremme innovasjon på tvers av sykehuset ved å drive rådgivning og praktisk bistand i enkeltprosjekter. OUS skal skape innovasjoner som gir bedre pasientbehandling, og som kan nyttiggjøres av andre helseforetak, primærhelsetjenesten, eller spres gjennom kommersialisering.

Innovasjoner med potensial for kommersialisering gjennom selskapsetablering eller lisensiering, ivaretas av Inven2 AS, som eies av Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo. Foruten Inven2 finnes det en rekke utviklings-, forsknings- og innovasjonssentre ved sykehuset. Sentrene er viktig for generering av nye innovasjoner, utvikling av innovasjonsvennlig kultur og i kompetanseutvikling. De viktigste aktørene i sykehusets interne innovasjonssystem er klinikkene og forskningsmiljøene. Her oppstår nye idéer bl.a. initiert av ildsjeler og i grensesnitt med andre aktører internt eller eksternt. Innovasjonsavdelingen bidrar med å fremme gode idéer og hjelper til i prosessen frem til implementering og spredning.

**Tabell 28: Innmeldte og registrerte prosjekter fra OUS**

2015		2016		Pr. 2. tertial 2017	
Inven2	Innovasjonsavd.	Inven2	Innovasjonsavd.	Inven2	Innovasjonsavd.
65	36	72	30	53	16

For den kommersielle innovasjonsaktiviteten var det generert 17 MNOK både i 2016 og 2015 med basis i OUS-prosjekter. Det ble etablert 25 lisensavtaler i de samme to årene og tre bedrifter ble etablert i 2016 mot 2 i 2015.

Sykehuset har ambisjon om å videreutvikle sine arenaer for testing av innovasjoner i samarbeid med andre helseaktører og næringsliv. Målet er å etablere arenaer hvor næringsliv, forskere, kommuner og sykehus kan samarbeide om å designe, utvikle, prototype og teste nye produkter og tjenester.

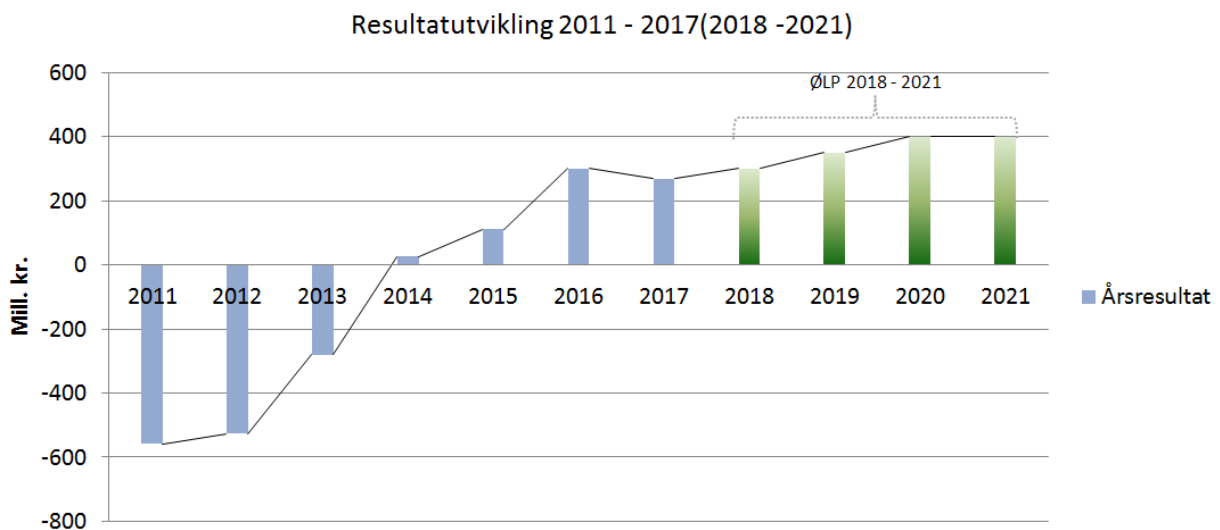
Sykehuset deltar aktivt i arbeidet med å utarbeide nasjonale innovasjonsindikatorer. Hensikten er å etablere et system for sammenlikning av innovasjonsaktivitet helseaktører imellom og stimulere til økt innovasjonsaktivitet, hvor deling og spredning er et viktig element.

## 2.9 Økonomi

Oslo universitetssykehus er i en situasjon hvor det driftes i gammel bygningsmasse, gjennomsnittlig levetid på medisinsk teknisk utstyr er høy og behov for samkjørte IKT-systemer er stort. Dette fremtvinger et behov for økt investeringsnivå både på kort og lang sikt. Oslo universitetssykehus har i gjeldende langtidsplanperiode 2018 -2021 planlagt gjennomføring av virksomheten for å sikre en driftsøkonomi som gjør det mulig å investere i nødvendig utstyr og bygningsmasse. Oslo universitetssykehus planlegger derfor å være i en betydelig overskuddssituasjon. I langtidsplanperioden er det forutsatt et resultat eksklusiv eiendomssalg med overskudd i 2018 på 300 mill. kroner, 350 mill. kroner i 2019, 400 mill. kroner i 2020 og 400 mill. kroner i 2021.

Resultatutviklingen senere år har vært positiv og for 2017 vil foretaket innfri overskuddskravet på 250 MNOK.

Figur 5: Resultatutvikling Oslo universitetssykehus HF; Kilde: ØLP



Det understrekes at det er stor usikkerhet knyttet til gjennomføringen av resultatkravene for ØLP perioden 2018 -2021. Fra resultatnivået for 2017 innebærer kravene til resultatforbedring en effektivisering i klinikkene på i gjennomsnitt 2-3 pst for hvert år i planperioden. Det foreligger også for 2018 budsjettet usikkerhet i budsjetteringen av DRG- inntekter, samt fremtidig finansiering av laboratoriemedisin. Endringer som følge av dette kan isolert sett medføre at resultatkravet for Oslo universitetssykehus må vurderes for 2019 og kommende år. En annen finansiell usikkerhet er knyttet til pågående arbeid med inntektsmodell i HSØ hvor det innen psykisk helse og rus fremkommer risiko for betydelige nedtrekk av foretakets inntektsrammer, hvis nytt kriteriesett blir implementert.

Totalt sett medfører kravet til resultatforbedring med gjeldende inntektsforutsetninger at vekst i pasientbehandling som planlegges i Oslo universitetssykehus i langtidsplanperioden ekskl. Alna overføringen (om lag 2 pst hvert år) må håndteres med om lag den bemanning som har vært i 2017. I perioden 2018-2021 er det innarbeidet et betydelig krav til forbedring av driften. Fra 2022 til 2037 er det kun beregnet krav til forbedring av driften som følger av nye bygg (3,5 pst).



Som følge av overtakelse av bydelene Stovner og Grorud fra Akershus universitetssykehus etter 2027 vil det være ytterligere potensial for fortløpende driftseffektivisering. Mindre årlige forbedringer får betydelige akkumulerte effekter i en beregning som strekker seg frem til 2037.

## 2.10 Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Oslo universitetssykehus og foretaksgruppen er avhengige av en hensiktsmessig lokal og regional IKT-infrastruktur for å kunne produsere helsetjenester sikkert og kostnadseffektivt. Helse Sør-Øst har hatt en tilnærming der helseregionen i hovedsak eier, drifter og forvalter regionens IKT-infrastruktur og IKT-tjenester gjennom den regionale fellesleverandøren Sykehuspartner HF. Etter å ha vurdert ulike alternativer, har Helse Sør-Øst gjennomført en anskaffelse med forhandlinger og valgte høsten 2016 en ekstern leverandør for modernisering og drift av IKT-infrastrukturtenester (Imod).

En grundig fremstilling av prosessen rundt dette fremkommer i vedlegg til Sykehuspartners styresak 055-2017. Av flere årsaker har Helse Sør-Øst i samarbeid med Sykehuspartner stilt aktiviteten Imod i bero.

Vedtaket om å stille aktiviteten «i bero» påvirker fremdriften i flere planlagte leveranser av infrastruktur til Oslo universitetssykehus og som har betydning i fremdrift i flere prosjekter. Det er derfor etablert egne innsatsgrupper på de mest kritiske områdene.

Det må etableres trådløst nettverk i Oslo universitetssykehus for å erstatte en utdatert løsning og dekke nødvendige behov innen pasientbehandling, blant annet for å kunne ta i bruk gjennomgående elektronisk kurve på sengepostene, tilbud til langtidsliggende barn, samt trådløs forbindelse med nytt og moderne medisinskteknisk utstyr. Dette arbeidet er nå igangsatt.

Videre er telefonsentralene i Oslo universitetssykehus utdatert og må oppgraderes. Sentralbordene som Oslo universitetssykehus benytter i dag er dels utdatert og mangler både reserveløsninger ved feilsituasjoner, mulighet for samhandling og etablering av tjenester på tvers av sykehusene i foretaket. Leverandøren understøtter ikke lenger løsningene som benyttes, og reservedeler finnes ikke på markedet. Dette arbeidet er igangsatt.

I tillegg er det viktig at Oslo universitetssykehus etablerer løsninger for håndtering av multifunksjonsskrivere, og at det gjennomføres stabiliserings- og oppgraderingsaktiviteter innen IKT-støtte til forskere og medisinsk- og byggeteknisk utstyr. På dette området er det fortsatt stor usikkerhet knyttet til hvilke leveranser Oslo universitetssykehus kan forvente.

For å ivareta krav og utvikle kravsett knyttet til sikker og stabil drift, samt nødvendig videreutvikling av teknologitjenestene, er det viktig at den IKT kompetanse som finnes i Oslo universitetssykehus utnyttes i et samarbeid med Sykehuspartner for å komme videre i arbeidet.

Sykehusets lokale fysiske IKT-infrastruktur som kabling, strøm og kjøling er av varierende kvalitet, alder, omfang og tilgjengelighet ved de mange ulike geografiske lokalisasjonene som inngår i Oslo universitetssykehus. Kommunikasjonsrom og kabling har flere steder en rekke mangler som setter begrensninger på mulighetene for utvidelse og som medfører ustabil drift på gammelt utstyr på grunn av plass- og kjøleproblemer. Det pågår arbeid for å utbedre situasjonen, mens det fortsatt er store mangler ved mange lokalisasjoner. Dette legger også begrensninger på hvor og hvilke nye eller oppgraderte IKT-løsninger som kan implementeres på de ulike stedene.

## 2.11 Dagens bygg – tilstand og muligheter

En stor del av OUS bygningsmasse er preget av stor slitasje og mangelfullt vedlikehold over mange år. Tilstanden til bygninger, tekniske installasjoner og annen infrastruktur varierer, men er jevnt over dårlig. Det foreligger stort behov for utskiftninger og oppgradering.

### Høy alder og vernestatus

Bygningsmassen er utviklet gjennom en periode på over hundre år og gjenspeiler de ulike tidsepokers trender for sykehusvirksomhet og byggeskikk. Funksjonell standard i de gamle byggene er langt unna det man forventer i vår tid. Behovet for funksjonelle utbedringer og ombygginger er stort. Mange av byggene har imidlertid lite tilpasningsdyktig bygningsstruktur og er derfor vanskelig og kostnadskreven å bygge om. Dessuten setter vernebestemmelser grenser for ombyggingene. Hele 112 bygninger på til sammen 270 000 kvm har vernestatus, de fleste med fredning av eksteriør, noen også med interiørvern. Dessuten er uteområder både på Dikemark, Sognsvannveien, Gaustad og Ullevål fredet. For mange av bygningene vil det av nevnte årsaker ikke være fysisk mulig eller økonomisk forsvarlig å investere i funksjonelle ombygginger. Betydelig omfang av nye arealer vil være nødvendig om man skal oppnå et framtidsrettet sykehus.

### Byggenes tilstand og tilpasningsdyktighet

I 2010-2011 gjennomførte Multiconsult en overordnet bygningsteknisk kartlegging og vurdering av helseforetakenes bygningsmasse for Helse Sør-Øst. I 2011 ble det også gjennomført en kartlegging av funksjonell egnethet for virksomhet i de mest sentrale delene av bygningsmassen. Tilstandsanalysen viste at den gjennomsnittlige alderen for OUS sin bygningsmasse var 49 år, mens landsgjennomsnittet for sykehus var ca. 40 år. Dersom bygningsmassen ved Rikshospitalet ble holdt utenfor var snittalderen for resten av sykehuset nærmere 60 år. Rapporten viste at OUS hadde den dårligste gjennomsnittlige tilstandsgraden av alle landets sykehus.

I forbindelse med Idefasearbeidet i OUS ble det gjennomført en ny kartlegging i 2014. Denne kartleggingen er oppdatert i 2017. En sammenligning av kartleggingen i 2017 med 2014 viser at porteføljen er samlet sett noe dårligere for alle lokasjoner unntatt Radiumhospitalet. Størst endring er det på Rikshospitalet. Endringen i tilstandsgrad er naturlig, da bygningene er i en slik alder at det er mange tekniske anlegg som er på vei til å ha nådd sin tekniske levetid.

**Tabell 29: Prosentvis arealfordeling per vektet og avrundet tilstandsgrad fordelt på lokasjoner (normal vektning)**

Lokasjon	% TG 0	% TG 1	% TG 2	% TG 3	VTTG Samlet	Kartlagt areal
Radiumhospitalet	2 %	47 %	32 %	19 %	1,68	97 757
Rikshospitalet	1 %	23 %	76 %		1,59	230 982
Sinsen Aker	2 %	32 %	60 %	5 %	1,69	97 618
Ullevål sykehus	2 %	17 %	62 %	20 %	1,86	313 397
<b>Total</b>	<b>2 %</b>	<b>25 %</b>	<b>62 %</b>	<b>12 %</b>	<b>1,73</b>	<b>739 754</b>

Som det fremkommer av tabellen ovenfor er det er ikke er store variasjoner på samlet vektet tilstandsgrad mellom lokasjonene. Det er imidlertid stor forskjell i fordelingen mellom tilstandsgradene. Som eksempel har Rikshospitalet en samlet vektet tilstandsgrad på 1,59, der omtrent ¼ ligger i tilstandsgrad 1 området og resten ligger innenfor tilstandsgrad 2 området. Ullevål sykehus har en samlet vektet tilstandsgrad på 1,86. Der ligger omtrent 1/5 på tilstandsgrad 1 og 3, mens det resterende ligger på tilstandsgrad 2.

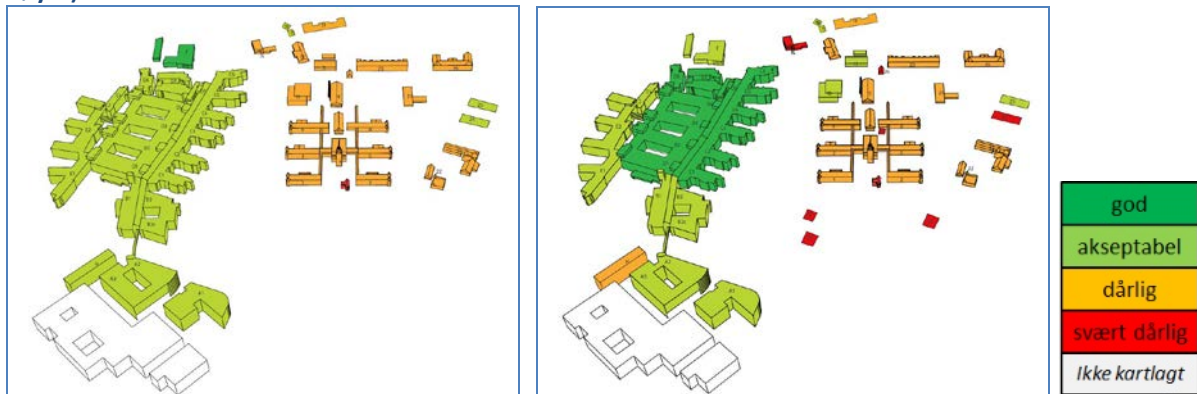
I oversiktene som følger nedenfor er det vist teknisk tilstand per 2014 for Aker sykehus, Rikshospitalet med Gaustad sykehus, Ullevål sykehus og Radiumhospitalet. Fargekodene gjenspeiler tilstandsgrad (2014) per bygg som er vurdert etter NS 3424 Tilstandsanalyse av byggverk.

Tilstandsgrad 0 (0,00 – 0,75; grønn) er ansett som god, 1 (0,75 – 1,50; lys grønn) som akseptabel, 2 (1,50 – 2,25; oransje) som dårlig og 3 (2,25 – 3,00; rød) som svært dårlig tilstand. Kartleggingen har avdekket at bygningsmassen har svært varierende teknisk tilstand. En gjennomsnittlig tilstandsgrad på 1,6 for hele porteføljen i 2014 var allerede den gang vesentlig dårligere enn det som er alminnelig ambisjonsnivå for sykehusbygg. Til sammenligning ligger landsgjennomsnittet for teknisk tilstand i sykehus på 1,2 – 1,3. I 2017 viser kartleggingen en gjennomsnittlig tilstandsgrad på 1,7.

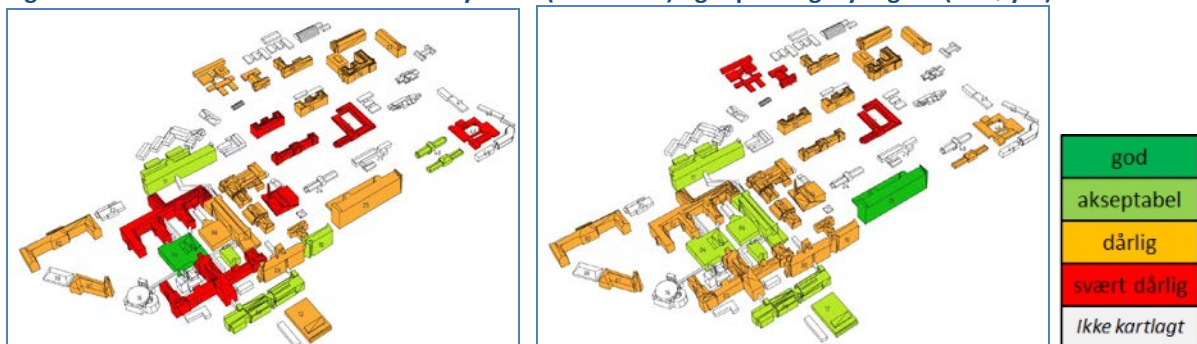
Ved siden av aktuell teknisk tilstand viser etterfølgende figurer også den generelle tilpasningsdyktigheten for hvert enkelt bygg. Tilpasningsdyktighet vises med samme fargekode /betegnelse som teknisk tilstand og er en indikator for hvor lett eller vanskelig det er med en funksjonell ombygging av bygget. Jo dårligere tilpasningsdyktighet desto mer omfattende tiltak må til, og desto mindre blir sannsynligheten for at komplekse og teknisk krevende nye funksjoner kan la seg realisere i bygget. Tilpasningsdyktigheten vurderes ikke endret siden forrige kartlegging.

En helhetlig betraktning av tilpasningsdyktighet, egnethet og teknisk tilstand gir god informasjon om hvor levedyktig de enkelte bygg er i forhold til virksomhetens framtidige behov.

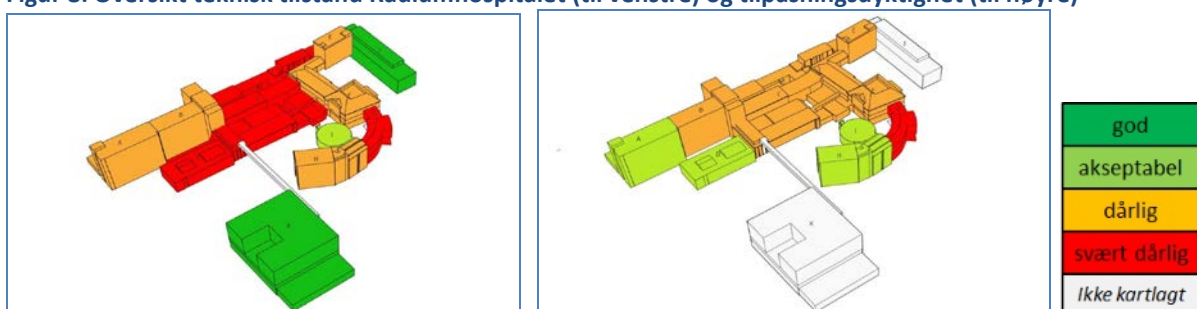
**Figur 6: Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet og Gaustad sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre)**



**Figur 7: Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre)**



**Figur 8: Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre)**



Figur 9: Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre)



Multiconsult har estimert det tekniske oppgraderingsbehovet i 2017 til ca. 9,2 mrd. kroner. Dette beløpet representerer et samlet vedlikeholds- og investeringsbehov over 10 år og er basert på en forutsetning om at samtlige bygninger beholdes og oppgraderes slik de er i dag.

Estimatet omfatter ikke funksjonelle ombygninger, dvs. ombygninger som er nødvendig for å kunne drive avansert medisinsk virksomhet og følge med i den medisinske og teknologiske utviklingen. I dette beløpet ligger altså ikke kostnader til strukturelle endringer, utvidelse av kapasitet, eller endret drift for å tilpasse seg nye behov (som endret alderssammensetning).

### Tilsynsavvik

Dårlig vedlikehold ved de tidligere sykehusene gjennom mange år har ført til at OUS har pådratt seg et stort antall pålegg både fra Arbeidstilsynet, Direktoratet for sikkerhet og beredskap (DSB) og Branntilsynet. Ullevål og Radiumhospitalet har flest avvik. En stor andel av disse har betydning for pasienter og ansattes sikkerhet. Tilsynsmyndighetene har regelmessige oppfølgingsmøter med OUS og Helse Sør-Øst for å følge opp fremdriften knyttet til lukking av myndighetspålegg. OUS har fått bevilget et ekstraordinært lån for å kunne lukke tilsynsavvik i de viktigste byggene for virksomheten.

## 2.12 Tomt og eiendomsforhold

Tabell 30: Oversikt over tomtestørrelser OUS

Lokalitet	Tomteareal daa
SSE	340
Aker	130
Gaustad	50
Ullevål	325
Dikemark	200
Rikshospitalet	350 <sup>2</sup>
Radiumhospitalet	50
Sognsvannveien (BUPA)	85
Samlet	1 530

<sup>2</sup> Inkludert Domus Medica (UIO) iht. reguleringsplan

Hovedtyngden av arealene ved OUS befinner seg på Ullevål sykehus, Rikshospitalet, Gaustad sykehus, Radiumhospitalet og Aker sykehus. Videre har OUS lokaler ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i Sognsvannveien, Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) i Bærum og Dikemark sykehus i Asker.

Tomtearealet som eies av OUS utgjør 980 daa. Dette omfatter ikke tomten som Rikshospitalet ligger på. Denne er fortsatt ikke overdratt fra Statsbygg etter statens overtakelse av sykehusene i 2002. OUS har ikke hjemmel til Dikemark, da eiendommen ved overføring fra Oslo kommune i 2002 ikke ble fradelt og overskjørtet. Tomtearealene er vist i tabellen ovenfor.

Mesteparten av eiendommene innenfor planområdet for utvikling av sykehuset på Rikshospitalet/Gaustad-området er eid av Statsbygg, Oslo kommune, Universitetet i Oslo og OUS HF. Det er et pågående arbeid å overføre eiendommer innenfor planområdet som eies av Statsbygg til OUS HF. Dette arbeidet er ikke avsluttet per dags dato.

## 2.13 Ytre miljø

Oslo universitetssykehus er Nordens største sykehus. Virksomheten er derfor omfattende og påvirker miljø og klima gjennom forbruk av varer og utstyr, transport, byggeaktivitet, drift av bygg, håndtering av legemidler og kjemikalier.

Tabell 31: Nøkkeltall miljø 2014-2016; Kilde: Årlig melding 2016

Nøkkeltall miljø 2016	2016	Δ %	2015	2014
Energiforbruk i Gwh	300	0,7 %	298	295
Energiforbruk - gjennomsnitt i kwh/m <sup>2</sup>	294	1,7 %	289	292
Utslipp i tonn CO <sub>2</sub>	76 205	-8,9 %	83 622	83 572
Vannforbruk i m <sup>3</sup>	843 468	-10,0 %	937 099	111 583
Totalt avfall (tonn)	5 737	-1,1 %	5 800	5 883

OUS arbeider målrettet med å oppnå kontinuerlig forbedring og er gang med å etablere miljøledelse etter den internasjonale standarden ISO 14001:2015. Standarden inneholder detaljerte til effektiv miljøledelse. Konkrete miljømål skal fastsettes ut i fra en vurdering av egen situasjon og miljøstatus. Standarden er gjenstand for tredjeparts sertifisering. OUS gjennomførte planmøte med DNV-GL i februar og skal etter planen avholde hovedrevisjon til høsten med målsetning om å sertifiseres innen utgangen av 2018.

### Begrepsavklaring

*Miljøledelse* er en kontinuerlig syklus av planlegging, gjennomføring, kontroll og forbedring for å sikre at virksomheten oppnår en kontinuerlig forbedring av sin miljøpåvirkning.

*Miljøstyringssystemet* er et system for å utøve miljøledelse i praksis. Styringssystemet omfatter en prosedyresamling som beskriver hvordan systemet er bygget opp og skal fungere, og blir et av ledelsens verktøy til å arbeide for miljøforbedring på en styrt og dokumentert måte.

Oslo universitetssykehus har de siste årene hatt en framtrødende rolle i arbeidet med å redusere bruk av farlige kjemikalier i sykehusdriften ved hjelp av det elektroniske stoffkartoteket ECOonline. I 2018 ble Oslo universitetssykehus nominert til bærekraftspris ved Nordic Conference on Sustainable Healthcare i Stockholm. Nominasjonskomiteen fremhevet blant annet arbeidet med stoffkartoteket, og foretakets framtrødende rolle i det nordiske samarbeidet.

## 3 Utviklingstrekk og framskriving

### 3.1 Endringsfaktorene

Trender og utviklingstrekk som legges til grunn for framskriving av aktivitet, arealbehov (dimensjonering) og ytelse av tjenesten har en varierende grad av usikkerhet, dvs. sannsynlighet for å inntreffe og i påvirkningsomfang.

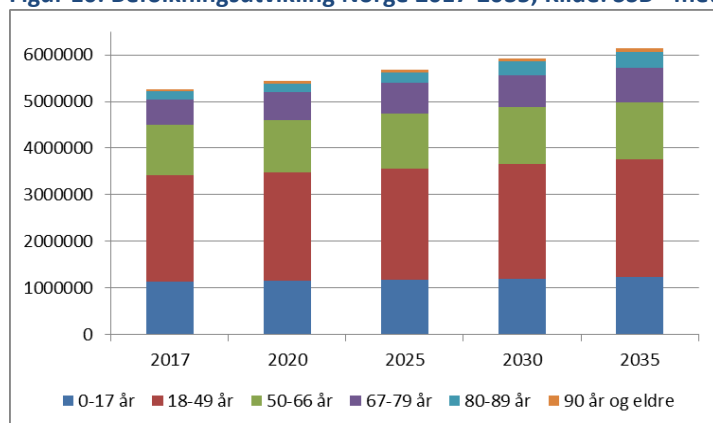
Nedenfor gis det en oversikt over faktorene som vil påvirke framskrivningen, arealbehov (dimensjoneringen) og ytelse av tjenesten som er nærmere omtalt i denne utviklingsplanen:

- Demografi
- Nye brukerrolle: Pasienten tar et større ansvar, større valgfrihet
- Utdanning: Økt og endret kompetansebehov, økende samhandlingsbehov, synergier ved samlokalisering
- Sykdomsforekomst
- IKT og e-helse
- Medisinskfaglig og teknisk utvikling
- Oppgavedeling
- Ytelse av tjenesten og effektivisering

### 3.2 Demografi og sykdomsutvikling

Demografisk utvikling er endringsfaktoren med størst sikkerhet og størst effekt for fremtidig dimensjonering av sykehusarealer. Sammen med sykdomsutviklingen vil dette også ha stor betydning på hvordan helsetjenesten ytes til befolkningen i fremtiden, samt oppgavedeling mellom sykehusene og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Figur 10: Befolkningsutvikling Norge 2017-2035; Kilde: SSB - metode MMMMM



«Flere innbyggere i Norge, flere eldre, flere innvandrere og flere i sentrale strøk»

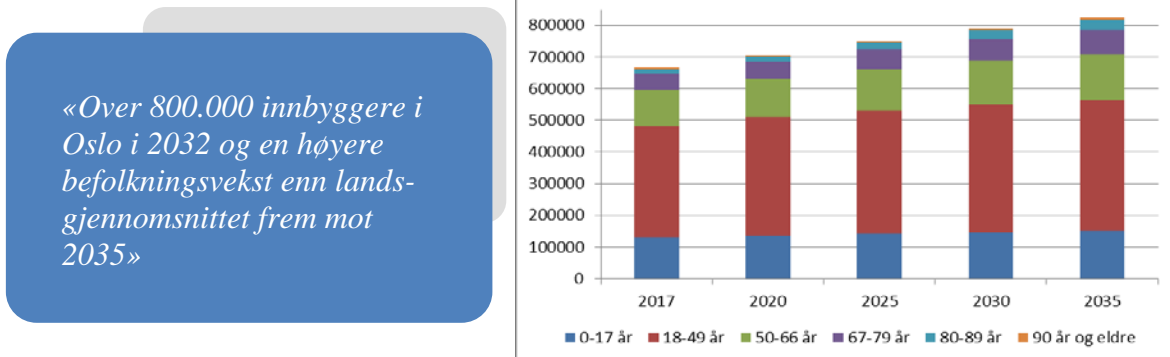
Dette blir i henhold til SSB trender i befolkningsutviklingen framover dersom framskrivningenes hovedalternativer slår til.

Befolkningen vil i følge SSB sin framskriving passere 6 mill. innbyggere etter 2030 og den vil være 6,13 mill. innbyggere i 2035. Dette er en vekst om 16,6 % fra dagens innbyggertall. Veksten kommer til å være størst for aldersgruppen 80-90 år, hvor det forventes nesten dobbelt så mange innbyggere i 2035 enn i 2017.

Den generelle demografiske økningen i befolkningen vil slå inn på alle nivåer i helsetilbudet.

Befolkningsutvikling i Oslo frem mot 2035 vil preges av en høyere befolkningsvekst enn landsgjennomsnittet grunnet innvandring – fra resten av landet og fra utlandet, men også høy fertilitet og sosioøkonomiske forskjeller i levetid.

Figur 11: Befolkningsutvikling Oslo 2017-2035; Kilde: SSB - metode MMMMM



Veksten i aldersgruppen 80-90 år vil også for Oslo være høyest, men her også høyere enn veksten i Norge. Det vil være mer enn dobbelt så mange innbyggere i denne aldersgruppen i 2035 enn det det er i Oslo i dag.

Forventet befolkningsvekst i Oslo vil ha stor betydning for dimensjonering av både klinisk areal og støttearealer i sykehuset. Videre vil veksten i Akershus' og Vestre Vikens sykehusområder ha betydning grunnet en ikke ubetydelig lekkasje av pasienter til OUS. Framskrivning er beheftet med en vis usikkerhet og den reelle utviklingen må følges og tatt inn i fremtidig utviklingen.

Oslo universitetssykehus skal i 2035 ha «sørge for»-ansvaret for ca. 470.000 innbyggere fra ni bydeler i Oslo.

### 3.3 Ny brukerrolle

Økende bevissthet om rettigheter og muligheter er i ferd med å endre brukerens rolle fra å være passiv mottaker til informert medvirker. Pasienten skal kunne medvirke sin behandling og sykehusene må in sin organisering legge sin til rette for denne økte medvirkningen i fremtiden. Befolkningen forventer å bli hørt når de har meninger om sykehusets tilbud, etterlyser innflytelse over egen situasjon når de blir syke og forventer den beste utredning og behandling uten ventetid. Det har vært sagt at vi er på vei mot en ny fordeling av makt, roller og ansvar mellom pasient og behandler, mellom bruker og helsetjeneste. Det ligger fortsatt et uforløst potensial i å myndiggjøre brukerne og mobilisere dem som medvirkere og samarbeidspartnere. Det er flere sårbare grupper som ikke nødvendigvis vil klare å mestre denne nye brukerrollen. For eksempel kan mangelfulle norsk- eller datakunnskaper gjøre at å følge opp egen sykdom og behandling kan være krevende. Det vil derfor være nødvendig med individuell tilpasning og bruk av tolk ved behov. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven vil sikre tilgang til spesialisthelsetjenesten for pasienter som har behov for det.

«Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling»

### 3.4 Utdanning og kompetanse

Ny teknologi vil medføre økt behov for veiledningskompetanse og kompetanse i bruk av teknologien, særlig tolkning av data og muligens også veiledning i hvordan nytte programvare og teknologi fullt ut.

Høyspesialiserte tjenester, regionsfunksjoner og nasjonale tjenester, vil fortsatt utføre utredning og spesialisert behandling, samt behandling ved komplikasjoner. Alt tyder på at det vil bli et stort behov for mer spesialisert kompetanse innen eldremedisin, geriatri og indremedisin. Til tross for flere friske eldre og bedre diagnostisering og behandling av aldersrelaterede sykdommer, er det klart behov for mange flere med spesialkompetanse som kan behandle mer kompliserte tilstander og sammensatte sykdommer.

For andrelinjetjenesten vil dette innebære en ytterligere spesialisering, særlig innen elektiv avansert kirurgi og kreftbehandling. Videre vil spesialisthelsetjenesten få ytterligere behov for spesialisert kompetanse i behandling av hjertesykdommer, fødselshjelp i tilfeller hvor det forventes komplikasjoner og døgkontinuerlig akuttberedskap. Spesialisthelsetjenesten vil i fremtiden få et klart større veiledningsansvar. Dette gjelder innen de fleste områder innen somatikk og psykiatri.

*«Behov for ytterligere spesialisering men også for en annen type kompetanse»*

### Forholdet mellom generell og spesialisert kompetanse

I flere europeiske land er det en økende erkjennelse i fagmiljøene av at det er behov for å justere balansen mellom generell og spesialisert kompetanse.

Rask kunnskapsutvikling og teknologisk utvikling, samt hyppige organisatoriske reformer, skaper behov for endringer i kompetanse. Økt vekt på forebygging og behandling i kommunene, sentralt i samhandlingsreformen, vil medføre behov for endrede kompetansebehov. Denne kompetansen vil kunne omfatte en kombinasjon av breddekompetanse og dybdekompetanse på flere områder.

### Kompetansebehov utenfor kjernevirksomheten

Samhandlingsreformen, demografisk utvikling, sykdomsutvikling, organisatoriske reformer, innføring av pakkeforløp mm medfører også et økende og endret kompetansebehov utenfor sykehusets kjernevirksomhet. Dette behovet vil øke i årene fremover og vil omfatte bl.a.:

- Samhandlingskompetanse
- Koordineringskompetanse
- Samfunnskompetanse
- Kompetanse på ledelse og organisering
- Teknologikompetanse og næringslivssamarbeid
- Flerkulturell kompetanse

## 3.5 Sykdomsforekomst

Flere eldre og endret livstil vil medføre flere friske eldre, men samtidig vil forekomst av sykdom forskyves til den eldre befolkningen som forventes å øke mest (aldersgruppe 80+ år). Samtidig vil befolkningsveksten, særlig i Oslo, medføre en økende prevalens av livsstilssykdommer knyttet til:

*«Flere friske eldre, men også høyere prevalens av livsstilssykdommer og eldre med flere sykdommer»*

- Fedme
- Alkohol
- Diabetes
- KOLS

Denne økende prevalensen vil ha betydning fra både somatikk og psykisk helsevern. Forekomst av psykiske lidelser og rusavhengighet vil øke fremover. Hver for seg og i kombinasjon fører disse til økt behov for spesialisthelsetjenester. To brukergrupper bør nevnes spesielt: Unge i alderen 15 – 25 år har økende forekomst av både lettere psykiske lidelser som angst og depresjon og av psykoselignede



tilstander som krever hospitalisering og langvarig oppfølging. Den andre gruppen er innvandrere og flyktninger av ikke-vestlig bakgrunn med høyere forekomst av genetiske sykdommer og traumer i anamnesen. Begge deler gir behov for oppfølging i psykiatrien.

### 3.6 IKT og ehelse

Utviklingstrender og initiativer innen IKT og ehelse tyder på at man innen 2035 kan forutsette at:

- Helsepersonell alltid skal ha enkel, brukervennlig og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, f.eks. SmartPhone teknologi.
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Tilgang til tidligere vurderinger og undersøkelser gir redusert prøvevolum og enklere vurderinger. Det påregnes stor effekt av enkel og sikker tilgang til alle nødvendige opplysninger gjennom hele behandlingsforløpet, uavhengig av hvor i landet pasienten blir syk eller får behandling. Et slikt integrert og helhetlig journalsystem vil bidra til økt og bedre samhandling, ressursbesparelser, bedre planlegging og kvalitetsforbedring.

Det er stor tro på at samordning av pasientopplysningene i et samordnet/felles elektronisk pasientjournal vil effektivisere pasientforløpene i spesialisthelsetjenesten både i diagnostikk og behandling, og mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Det antas at dette vil være en meget vesentlig bidragsyter til å redusere behovet for poliklinisk areal og senger i fremtidens sykehus.

### 3.7 Medisinskfaglig og teknologisk utvikling

Fremtidsbildet for medisinskfaglig og teknologisk utvikling er ikke entydig. Årsaken er usikkerhet vedr. omfang og karakter av endringer, samt erfaring på at hastighet i implementering er lavere og mer ressurskrevende enn hva mulighetsrommet skulle tilsi. Det er midlertidig store forventninger knyttet til:

- Moderne genetiske undersøkelser og behandling (Genomet)
- Non-invasive og mini-invasive metoder og teknikker
- Teknologisk utvikling mht. bildedannende teknologi
- «Lab on a chip» og «in vivo monitoring»
- Medisinsk anvendelse av nanoteknologi
- Analyse av store mengder strukturert og ustrukturert informasjon fra ulike kilder
- Introduksjon av «artificial intelligence» og «machine learning» i diagnostikk og behandling

Denne utviklingen vil bli nærmere omtalt senere i rapporten, knyttet til spesifikke fagområder og virksomheter.

### 3.8 Oppgavedeling

Lokalsykehusoppgavene for Oslo sykehusområde er i dag dekket av de private ideelle sykehusene Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet Sykehus, samt Oslo universitetssykehus.

I dag er Oslo kommune inndelt i sektorer etter bydel. Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus dekker lokalsykehusfunksjonene for 3 bydeler hver, mens OUS dekker 6 bydeler. Det akuttkirurgiske ansvaret for LDS' bydeler ligger hos OUS.

De private ideelle sykehusene har begge en lav egendekningsgrad for sine bydeler, ikke minst fordi disse sykehusene mangler flere kliniske funksjoner. Også Akershus universitetssykehus og Vestre Viken har lavere egendekningsgrad enn flere andre helseforetak i regionen, vesentlig grunnet «pasientlekkasje»/ fritt sykehusvalg.

For å kunne fremskrive aktiviteten for Oslo universitetssykehus og dimensjonere arealet i 2035 forventes det en økt egendekningsgrad for sykehusene i hovedstadsområdet og en revisjon av

oppgavefordelingen mellom sykehusene ved bl.a. endret lokalsykehusansvar for bydelene i Oslo. Her er det behov for et tett samarbeid mellom sykehusene de nærmeste årene for sammen å utvikle et godt og likeverdig lokalsykehus tilbud for Oslos befolkning. Spesielt er det behov for nærmere avklaringer og et godt samarbeid innen psykisk helse og rusbehandling, rehabilitering (inkl. Sunnaas sykehus), medikamentell kreftbehandling, palliativ behandling, kirurgisk behandling (inkl. akuttkirurgi og kreftkirurgi), hjerneslag og muskel-skjelettsykdommer. Det er spesielt viktig at sykehusene i Oslo utvikler sitt tilbud etter prinsippet «sykehus i team».

### 3.9 Ytelse av tjenestene – effektivisering

Til tross for befolkningsutviklingen har antall sykehussenger gått betydelig ned de siste tiårene. I 2012 var samlet sengetall i Helse Sør-Øst redusert med 20 % i forhold til 2002, mens folketallet i samme periode hadde økt med 15 %. Samtidig økte kapasiteten for dag- og poliklinisk behandling.

Følgende forutsetninger legges til grunn i utviklingsplanperioden:

*Omstilling til dagbehandling for deler av det elektive pasientgrunnet (Rikshospitalet/ Radiumhospitalet: 40 %, Ullevål: 50 % og Aker: 75 %)*

Innen *psykisk helsevern* forventes det en styrking og opptrapping av tilbudet gjennom økende bruk av poliklinikk, oppsøkende team og arenaflexible løsninger, hvor pasienten veksler mellom innleggelse, hjemmebehandling og poliklinikk. Sammen med effekten av Samhandlingsreformen vil dette muligens føre til en ytterligere reduksjon av antall liggedager.

For TSB går også tendensen fra langtidsopphold til mer fleksible behandlingsforløp som inkluderer økt poliklinisk behandling.

### 3.10 Aktivitetsberegninger

Hensikten med analysen er å kvalitetssikre estimatene for aktivitet og volum slik de fremgår av idéfasen og av styresak 053-2016. Siden analysene i idéfasen kun strakk seg til 2030 ble det gjort en ytterligere framskrivning av aktiviteten til 2035.

Den nasjonale framskrivningsmodellen for helsedata er benyttet for å gjennomføre analysen. Denne modellen benyttes i forbindelse med dimensjonering av sykehusbyggprosjekter i hele landet og tar opp i seg erfaringer fra tidligere gjennomførte prosjekter. Framskrivning er gjennomført av Sykehusbygg HF på oppdraget fra Helse Sør-Øst RHF. Modellen og framskrivningen ble brukt av alle helseforetak i Helse Sør-Øst RHF for å sikre en enhetlig framskrivning etter samme premisene og forutsetninger.

I modellen er det tatt utgangspunkt i antall episoder ved OUS i 2015 som grunnlag for beregningene. Én episode er definert som enten ett døgnopphold, én dagbehandling eller én poliklinisk konsultasjon. Datagrunnlag er pasientdata fra NPR i 2015 for hele Oslo universitetssykehus. Det ble ikke hensyntatt eventuelle endringer i opptaksområde (lokalsykehusfunksjon) i årene frem mot 2035 og det ligger en vis usikkerhet i beregningen. Beregningen skal være gjenstand av en risiko- og mulighetsvurdering i oppfølgingen av utviklingsplanen.

### 3.11 Aktivitet somatikk

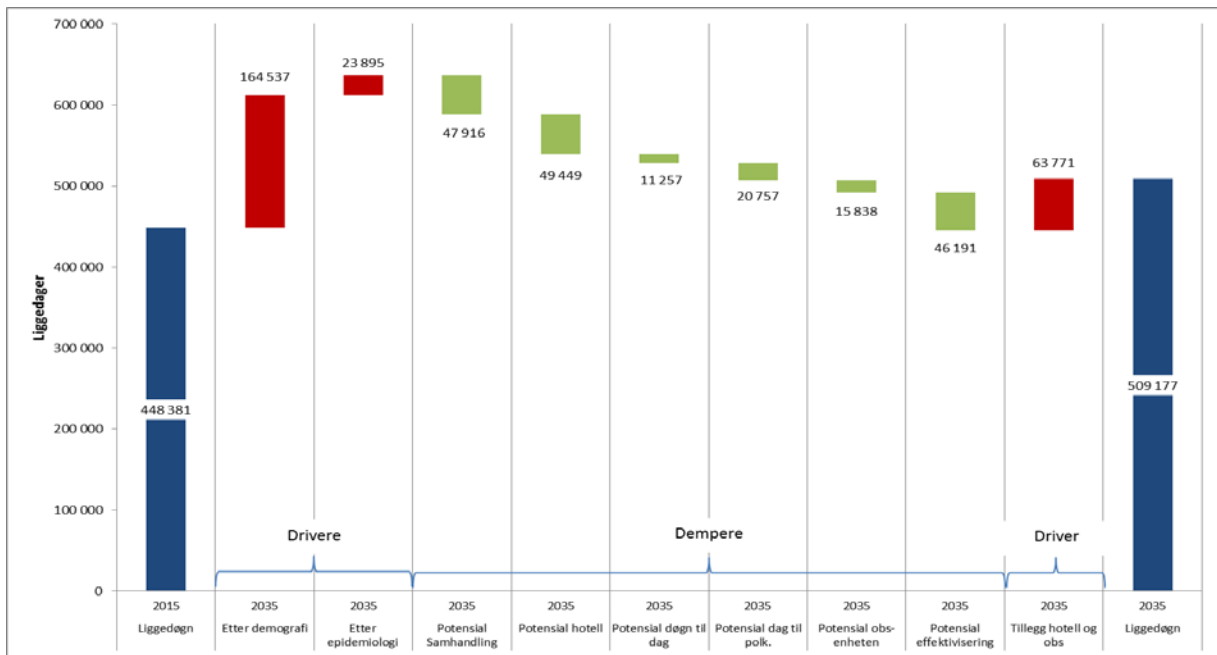
Slik det fremkommer av tabellen nedenfor forventes det en moderat økning (13,6 %) av antall liggedager innen somatikk frem mot 2035. Den største aktivitetsøkning innen somatikk forventes for dagoppholdene som frem mot 2035 øker med 65 % fra om lag 41.000 i 2015 til om lag 67.000 i 2035.

**Tabell 32: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF**

Omsorgsnivå	2015	2020	2025	2030	2035	Δ-% 15 - 20	Δ-% 15 - 25	Δ-% 15 - 30	Δ-% 15 - 35
Døgnopphold	97 154	103 273	106 297	108 513	109 983	6 %	9 %	12 %	13 %
Liggedøgn	448 381	475 634	488 848	499 756	509 177	6 %	9 %	11 %	14 %
Dagopphold	40 796	48 104	54 853	61 270	67 323	18 %	34 %	50 %	65 %
Konsultasjoner	939 690	1 088 414	1 214 196	1 337 370	1 461 423	16 %	29 %	42 %	56 %

I modellen ble det tatt hensyn til faktorer som øker («drivere») og reduserer («dempere») antall liggedager på sykehuset. Denne trinnvise framskrivningen er vist i figuren nedenfor.

**Figur 12: Trinnvis framskrivning av liggedøgn somatikk; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF**



Slik det er vist i figuren ovenfor forventes det at mye av aktivitetsøkningen relatert til «demografisk utvikling» og «epidemiologi» elimineres av potensialet «samhandling», «bruk av hotellsenger» og «effektivisering». I tillegg til tiltak beskrevet i kapittel 5 «Målbilde, tiltak og organisering av pasientens helsetjeneste» skal OUS iverksette tiltak og endringsprosesser som sikrer at dette potensialet kan utnyttes.

OUS kjenner ikke til premisene og forutsetninger som er lagt til grunn for å beregne potensialene i forbindelse med aktivitetsdempere. OUS er i utviklingsplanarbeidet kun mottaker av denne beregningen utført av Sykehusbygg HF. Vi skal i tett samarbeid med eksterne samarbeidspartnere se på muligheter til å realisere skisserte potensialene. Dette gjelder spesielt beregnet potensialet innenfor «Samhandling», hvor OUS er avhengig av at tallene og potensialet vurderes og kvalitetssikres sammen med bydelene i Oslo. Vår initiale risikovurdering av potensialene er at disse er optimistiske og beheftet med en risiko som er høyere enn normal selv om planperioden er lang. Her skal vi også sammen med fagmiljøet og samarbeidspartnere utvikle egnede tiltak som minimerer risikoen og som egner seg til å realisere potensialer så langt som mulig.

### 3.12 Aktivitet Psykisk helsevern – voksne

Innen psykisk helsevern for voksne forventes det en betydelig aktivitetsøkning innen alle omsorgsnivå frem mot 2035. Den største veksten forventes inne polikliniske konsultasjoner (57,6 %). Mens innen somatikk forventes en moderat vekst i antall døgnopphold viser framskrivning fra Sykehusbygg en økning av antall døgnopphold på 42,1 % frem mot 2035. Samtidig forventes det at antall oppholdsdøgn er lavere enn i 2015. Dette innebærer en kraftig reduksjon av liggetiden for døgnoppholdene. For å oppnå reduksjon i bruk av døgnplasser, herunder lokale sikkerhetsplasser, vil det være en forutsetning at bydelene har et vesentlig mer omfattende tilbud enn i dag, som blant annet inkluderer døgnplasser for pasienter med vedvarende volds- og rusproblematikk. Forventet økning i antall oppholdsdøgn som skyldes «demografi» og «epidemiologi» blir i henhold til framskrivningsmodellen eliminert av «samhandling» og «effektivisering».

**Tabell 33: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 psykisk helsevern voksne; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF**

OUS HF	2015	2020	2025	2030	2035	Endring 2015- 2020	Endring 2015- 2025	Endring 2015- 2030	Endring 2015- 2025
<b>Døgnopphold</b>	1 996	2 260	2 456	2 653	2 837	13,2 %	23 %	32,9 %	42,1 %
<b>Liggedøgn</b>	71 895	74 831	74 493	73 042	70 537	4,1 %	3,6 %	1,6 %	-1,9 %
<b>Dagopphold</b>	129	151	166	181	198	17,3 %	28,3 %	40,7 %	53,5 %
<b>Konsultasjoner</b>	98 744	115 672	129 237	142 851	155 608	17,1 %	30,9 %	44,7 %	57,6 %

### 3.13 Aktivitet Psykisk helsevern – barn og unge

Framskrivning av aktivitet for psykisk helsevern for barn og unge viser sammen trend som for voksne. Det forventes en betydelig aktivitetsøkning innen dagopphold og poliklinikk. Samtidig forventes det en større reduksjon av antall oppholdsdøgn. Antall oppholdsdøgn forventes i 2035 til å være om 3,9 % lavere enn i 2015. Med forventet økning i antall døgnopphold på 38 % innebærer dette også en betydelig reduksjon av liggetid per døgnopphold.

**Tabell 34: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 psykisk helsevern voksne; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF**

OUS HF	2015	2020	2025	2030	2035	Endring 2015- 2020	Endring 2015- 2025	Endring 2015- 2030	Endring 2015- 2025
<b>Døgnopphold</b>	132	152	169	170	182	15,3 %	27,3 %	28,6 %	38 %
<b>Liggedøgn</b>	6 645	6 993	7 000	6 508	6 388	5,2 %	5,3 %	-2,1 %	-3,9 %
<b>Dagopphold</b>	3 537	4 183	4 447	4 830	5 398	18,3 %	25,7 %	36,6 %	52,2 %
<b>Konsultasjoner</b>	52 023	61 600	68 755	72 897	80 212	18,4 %	32,2 %	40,1 %	54,2 %

### 3.14 Aktivitet Tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet (TSB)

Aktivitetsframskrivning for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er nesten identisk med framskrivning for psykisk helsevern for voksne når det gjelder % -vis endring frem mot 2035.

Også innen TSB forventes det at liggetid per døgnopphold reduseres kraftig frem mot 2035 siden det i henhold til modellen forventes en reduksjon i antall oppholdsøgn med 1,9 %. Samtidig forventes det at antall døgnopphold øker med 42,4 % fra om lag 2.500 opphold i 2015 til om lag 3.600 opphold i 2035.

Tabell 35: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 TSB; Kilde: Sykehusbygg HF

OUS HF	2015	2020	2025	2030	2035	Endring 2015-2020	Endring 2015-2025	Endring 2015-2030	Endring 2015-2035
Døgnopphold	2 512	2 893	3 139	3 367	3 576	15,1 %	24,9 %	34 %	42,4 %
Liggedøgn	24 526	25 997	25 635	25 019	24 071	6 %	4,5 %	2 %	-1,9 %
Dagopphold	114	139	155	171	183	22,3 %	36,2 %	49,7 %	60,4 %
Konsultasjoner	26 808	32 055	35 823	39 484	42 877	19,6 %	33,6 %	47,3 %	59,9 %

## 4 Målbilde, tiltak og organisering av pasientens helse-tjeneste

### 4.1 Brukerperspektivet – Innspill fra Brukerutvalget og Ungdomsrådet

Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF har som ambisjon å være en sentral aktør i utviklingen av pasientenes helsetjeneste. Brukerutvalget vil være pådrivere for at nødvendige endringer blir gjennomført for å nå dette målet.

Ingen kan fange fremtiden og en utviklingsplan kan bare peke på en retning man ønsker at utviklingen skal ta. I perioden fram til 2035 skal det også bygges nye sykehus noe som kan gi store muligheter til nytenkning.

To faktorer peker seg likevel ut som premissleverandører for gode helsetjenester. For det første vil den teknologiske utviklingen gi mange føringer og i tillegg er medisinen som sådan i rivende utvikling. Vår evne til å nyttiggjøre oss dette til beste for pasientene, vil på mange måter bidra til framtidens dom over planens innhold. Nedenfor er angitt ulike områder Brukerutvalget ønsker å prioritere.

**Ny medisin og nye behandlingsmetoder raskt** - Medisinskfaglig utvikling går raskt. Det må planmessig legges til rette for at nye medisiner og nye behandlingsmetoder kan tilbys når de foreligger. Rask og riktig diagnose gir store besparelser for pasienter og sykehus og øker kvaliteten og sikkerheten i behandlingen.

Utviklingen av kirurgiske inngrep på foster og utvikling av nye organer og kroppsdeler i nye materialer er eksempler på områder det trengs å satses på. Høy grad av etisk refleksjon er helt nødvendig i en medisinskfaglig utvikling. Ikke minst krever det investering i moderne diagnoseutstyr.

**Forskning og forskningsbiobanker** - Forskning må få gode betingelser med moderne verktøy.

Pasienter gir materiale til biobanker med tanke på å bidra og gi noe tilbake. Materialet må få langt bedre vilkår enn dagens tilstand. OUS må legge til rette for gode vilkår for forskningsbiobankene. Dette kan føre til ny næringsutvikling innen medisinen.

*«Forskning er fremtiden og håpet»*

Brukermedvirkning i forskning handler om å la de som kjenner behovene være med på å sette agendaen. Dette øker sjansen for at ny kunnskap reflekterer brukernes

behov og at kunnskapen blir tatt i bruk. Med et så stort omfang av forskning som foregår ved OUS er det vesentlig å prioritere de ressursene vi har på en god måte. Medforskning egner seg godt i noen pasientnære prosjekt og det bør sørges for nok medforskere der dette er hensiktsmessig. Sykehuset bør også være i front på brukerinitiert forskning. I resten av sykehusets store omfang av forskning, bør innsatsen prioriteres der den trengs mest.

**Digitale pasientforløp** - Brukerutvalget ved OUS mener at utviklingen og implementeringen av digitale pasienttjenester vil styrke den helhetlige ivaretagelsen, samtidig som det vil effektivisere helsevesenet. Slik kan vi få maksimalt ut av eksisterende ressurser. Det vil tjene både brukere og samfunnet.

Brukerutvalget ønsker å løfte frem et prosjekt som fanger opp mange av behovene for digitale tjenester og som har stor overføringsverdi til andre pasientgrupper: «Digitale pasienttjenester – elektroniske forløp for og med personer

*«Samfunnet digitaliseres i raskt tempo»*

som lever med hiv». Høy grad av brukerinvolvering ved bruk av IKT, samt arbeidsmetoder som møter fremtidens behov for effektivisering, fjernbehandling og oppfølging skal være gjennomgående i prosjektet. Prosjektet skal ta utgangspunkt i eksisterende løsninger, som er gjenbrukbare, og tilfredsstillende krav til klinisk virksomhet: Innsyn i journal, sikker melding/ E-konsultasjon, skriftlig kommunikasjon med sykehuset, mine medisiner, forberedelsesskjema og samvalgsverktøy.

**Brakerstyrte poliklinikker** - Et forslag er å etablere et pilotprosjekt basert på prosjektet brukerstyrt poliklinikk. Denne modellen gir mulighet til å prøve ut en direkte brukerinvolvering innenfor trygge

*«Gir brukerne større innflytelse og større ansvar»*

rammer og i samarbeid med helsearbeiderne og sykehusledelsen. I tillegg får vi en unik mulighet til å dokumentere både nytteverdi og effekt av tiltaket. Slik kan vi skape et levende laboratorium for brukermedvirkning. Konseptet vil også kunne gi svar på hvordan vi kan benytte erfaringskonsulenter også innen somatikken. Dette kan

bidra til økt mestring og normalisering av en endret livssituasjon. Dette bidrar igjen til å bedre den helhetlige ivaretagelsen, øke kvaliteten på behandlingen og styrke pasientsikkerhet, samt sikre likeverdige tjenester.

I tillegg til brukerstyrte poliklinikker er brukerstyrte senger et allerede opprettet tilbud ved enkelte avdelinger i Klinikk for psykisk helse og avhengighet. Dette er et tilbud som gir gode resultater og det er ønskelig at det opprettes flere slike plasser, også innen aktuelle somatiske kronikergrupper.

**Likepersoner** - En likeperson er en som har erfaring med det å være syk eller pårørende, og som kan gi håp og hjelp til å takle en krevende situasjon. Likepersonarbeid består i hovedsak av besøkstjeneste, kontakttelefon og/eller selvhjelpsgrupper og kan være et viktig supplement til sykehusets behandlingstilbud. Brukerutvalget anbefaler at denne tjenesten som tilbys fra mange pasientorganisasjoner blir et mye tydeligere tilbud ved OUS.

**Forløpskoordinatorer i pakkeforløp** - Pakkeforløp er innført for mange diagnoser og skal fortløpende innføres for stadig flere. Forløpskoordinatorer er innført for å koordinere tjenestene. Koordinatorene må i fremtiden bli mer tilgjengelige. På mange måter er de sykehusets viktigste personer. Flyten i pasientforløpet, og opplevelsen av tjenesten, er avhengig av at koordinatorene fyller de forventningene brukerne har til denne tjenesten. Dette krever at forholdene legges til rette, at det settes av ressurser, at de gis myndighet og at de selv er dedikert for jobben. Flaskehalsene i sykehuset må reduseres.

**Helhetlig pasientforløp** - Det er nødvendig med en forståelse av at forløpene ikke bare handler om det som foregår på sykehuset, men følger pasienten fra hjem til hjem. Kjennetegnene ved et godt helhetlig pasientforløp er at det preges av kontinuitet, samarbeid og sømløshet, at det er pasientsentrert og informasjonsdrevet. Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet må ivaretas i alle ledd av kjeden. Dette krever ledere som har forståelse for nødvendigheten av tverrfaglig kunnskap og tett samarbeid med primærhelsetjenesten i både utvikling og gjennomføring av pasientforløpene. Koordinatorene og kontaktlegerne er helt vesentlige for å få til pasientforløpene i praksis.

*«Helhetlig pasientforløp – fra hjem til hjem»*

**Samhandling** - Samhandling innad må bli en selvfølge. Pasienten kan ikke samordne behandlingen. Pasienten skal tilbake til hjemkommunen som ofte ikke har kompetanse til vedlikeholdsbehandling eller rehabilitering. Kompetansedeling og mye tettere erfaringsoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten er helt avgjørende.

Samarbeidet og flyten mellom sykehuset og fastlegen er kritisk for pasienten. Det kan ikke understrekes tydelig nok hvor viktig det er at fastlegen blir involvert og at nødvendig informasjon blir delt begge veier.

### **Samvalg – kommunikasjon, pasient- og pårørendeopplæring og pasientmedvirkning**

Behandlingstilbudet til den enkelte skal preges av at pasienten involveres i eget pasientforløp og gis muligheten til medvirkning og valg mellom mulige behandlingsalternativer. Samvalg er en prosess hvor pasient og helsepersonell sammen kommer frem til og tar beslutninger om undersøkelses- og behandlingsmetoder.

En forutsetning for å kunne medvirke er kunnskap om egen helse. Sykehuspersonellet må informere om komplekse temaer på forståelig måte, slik at reelle valg kan tas.

**Rehabilitering** - HSØ peker på rehabilitering som et prioritert område. Rehabilitering må bli en naturlig - og ofte samtidig - del av behandlingen. Nye sykehusbygg ved OUS kan åpne for at dette kan skje der pasientene er. Samhandling med kommunene er en forutsetning da mye av ansvaret for å gjennomføre rehabiliterende tiltak ligger i kommunen.

**Logistikk** - Logistikkproblemer skal ikke føre til utsettelse av avtalt behandling. Pasientlogistikken og timingen i behandlingsforløpet har et stort forbedringspotensiale. Spesielt med tanke på kronikere vet man at forebygging og aktiv oppfølging av pasienten er langt mer besparende enn først å ta inn pasienten når behovet er for stort og belastende.

**Likeverdige helsetjenester** - Likeverd bør gå som en rød tråd i alt som gjøres på sykehuset, i all kontakt med pasienter og pårørende, men også i hvordan medarbeidere rekrutteres og ivaretas. Alle pasienter har krav på helsetjenester av like god kvalitet, tilpasset den enkeltes livssituasjon og med mål om resultatlikhet for de med samme sykdomsbilde. Likeverdige helsetjenester krever for eksempel at universell utforming følges – i alle fall i nye bygg, at det er et fokus på tilgjengelig og forståelig informasjon for alle pasienter. Gode tolketjenester må opprettholdes, og det må være et særlig fokus på flerkulturelle utfordringer som helsepersonell møter i sitt arbeid. Likeverdige helsetjenester omfatter alle grupper pasienter. Likeverdige helsetjenester forutsetter også en etisk refleksjon rundt prioritering av helsetjenester. I tillegg til dagens talespråklig tolkning bør OUS som landets største sykehus også tilrettelegge for tegnspråktolkning.

**Eldre helse** - Langt flere eldre kommer til å trenge helsehjelp. De har ofte flere sykdommer samtidig, men har dessverre ofte lav prioritet. Egentlig bør kompleksiteten appellere til faglig nysgjerrighet og gi grunnlag for en egen spesialitet. Eldre pasienter trenger god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og her er utveksling av kunnskap og informasjon særlig viktig. Kreft blant eldre vil øke enormt, og representerer en stor utfordring her.

**Lik helsetjeneste til alle er en menneskerettighet** - Geriatri er en egen spesialitet. Ved å øke faste stillinger til spesialister i geriatri vil kompetansen kunne ivaretas bedre. Implementere geriatrik kompetanse i alle deler av pasientforløpet der det er nødvendig fra akuttmottak til utskrivning. I tillegg vil mange flere personer med kreft ha kognitiv svikt og demens og økt kompetanse på sammensatte medisinske utfordringer vil være helt nødvendig. Kvalifiserte ekspertise med ferdigheter til å ivareta eldre med sammensatte medisinske helseutfordringer må styrkes i hele helsetjenesten og for å oppnå OUS egne definerte mål om å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr. Modellen om alders- og demensvennlige sykehus der kunnskap hos alt personale må styrkes for å skape gode og sømløse pasientforløp der organisering av sykehuset tar utgangspunkt i pasientens behov er et godt utgangspunkt for å realisere dette. Personer med demens i tidlig fase og deres pårørende må inkluderes i OUS' Brukerutvalg for å se på muligheten for nye måter å organisere sykehuset på. Kvalitets- og pasientsikkerhetsansvar må



systematisk ivaretas. Modellen om å ivareta det svakeste ledd må imøtekommes; «Det som fungerer for personer med demens vil fungere for alle».

**Barne- og ungdomspsykiatri** - OUS trenger flere døgnplasser i barne- og ungdomspsykiatrien, og behandlingslokaliteter som er egnet for familieinnleggelse. Man må sikre at man ikke havner tilbake i en situasjon der man må avvise ungdommer som trenger døgnbehandling.

**Psykisk og somatisk helse – ett sykehus for hele mennesket** - Brukerutvalget synes det er på høy tid at vi ser somatisk helse og psykisk helse i sammenheng. Samtidig behandling av sammensatte lidelser må være målsetningen, og behandlingsopplegg bør sammenstilles og samkjøres for å sikre dette over tjenestenivåer og tjenestesteder. Brukerutvalget ønsker et felles akuttinntak for rus, psykisk helse og somatikk for å sikre likebehandling av alle brukere i akuttfasen og gi brukere og pårørende en dør inn når det haster.

**Nye bygg – ny organisering** - Internasjonale trender viser en bevegelse vekk fra «silotenkning» over mot en organisering av sykehus som tar utgangspunkt i pasientens behov. Denne utviklingen er bra. Brukerutvalget håper OUS i fremtiden vil se på muligheten for nye måter å organisere sykehuset på. Bygging av nye sykehus er en unik mulighet for å tenke nytt om organiseringen.

**Trygghet og respekt** - Brukerne av spesialisthelsetjenester ønsker å møte fremtiden med en opplevelse av trygghet og av å bli tatt på alvor. Tid til pasientene og informasjon før, under og etter en konsultasjon eller et sykehusopphold er fortsatt det viktigste, selv i en fremtidig digitalisert verden.

*Ungdomsrådet* ved OUS fremhever følgende som vesentlige faktorer å ta med seg i utviklingen av sykehuset:

- Et sykehus som er organisert etter pasientens behov, som er bygget opp etter hensiktsmessige pasientforløp. Rådet ønsker for eksempel en egen diagnoseuavhengig ungdomsklinikk!
- Gode overganger - fra barn til ungdom, fra barne- og ungdomsavdeling til voksenavdeling og fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste. Ungdomsrådet er særlig opptatt av overgangen fra barne- og ungdomsavdeling til voksenavdeling. En god overgang innebærer ikke bare et overgangsmøte, men oppfølgingen på voksenavdelingen bør ta hensyn til at det tar tid å bli selvstendig og takle sykdommen sin på egenhånd. Kontinuitet i behandlere og kompetanse på ung utvikling og en forståelse for ungdomsperspektivet er viktig.
- Samhandling er ekstra viktig rundt unge pasienter, fordi de er i en særlig sårbar fase i livet. De unge forstår ikke alltid hvem som har ansvar for hva og det er vanskelig å måtte ta ansvar for at de får all den behandlingen de trenger når de er syke. Helsepersonell bør snakke sammen på tvers av avdelinger og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og hjelpe de unge med å planlegge pasientforløpene.
- Timer på ettermiddag og kveld. Det kan være at man allerede går glipp av masse undervisning på grunn av sykdom, og med strenge fraværsregler trenger de unge å være på skolen når de har mulighet til det.
- Utviklingen av IKT og digitale tjenester går raskt. OUS må henge med! Ungdomsrådet er veldig opptatt av å få muligheten til å bruke elektroniske pasienttjenester, som for eksempel en chat-funksjon eller å kunne bestille time online. Men det må være lett tilgjengelig. Og det må ikke erstatte møte mellom pasient og helsepersonell helt. Vi trenger fortsatt å treffe sykehuspersonellet ansikt til ansikt.
- Trådløst nettverk på hele sykehuset må på plass. Det er nødvendig for å kunne følge opp skole og holde kontakt med venner når en er innlagt på sykehuset.
- De unge trenger enda bedre tilrettelegging for å kunne følge skolen ved langvarig sykdom.

- Sykehuset må samarbeide med pasientorganisasjoner. Kanskje de kunne hatt en mer aktiv plass på fremtidens sykehus?
- Ungdomsrådet ønsker at OUS ser en større sammenheng mellom psykisk helse og somatisk helse og bygger ned grensene mellom disse to fagområdene, som henger sammen.
- For pasienter som er lenge på sykehus er det veldig viktig med muligheter for aktiviteter. Rådet ønsker treningsrom, bibliotek, cafe, filmrom og ikke minst basseng.
- Og så er det viktig med hyggelige omgivelser – litt farger og behagelige møbler for eksempel. Det er viktig å forbinde sykehuset med noe positivt og det påvirker også tilfriskningen.
- Mest av alt trenger de unge pasientene fortsatt helsepersonell som trives på jobb og som har tid og overskudd til å se og lytte til pasientene.

## 4.2 Pasient- og pårørendeopplæring

### Mål:

*Pasientbehandlingen gjenspeiler sykehusets mål om helhetlige og likeverdige helsetjenester. Behandling, informasjon og opplæring tilpasses pasienter og pårørende. Helsepersonell kjenner til mangfoldet av pedagogiske tilnærminger og metoder til ulike målgrupper, herunder barn som pårørende.*

Mellomlangsigtede tiltak (-2025)	Langsiktige tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS integrerer pasient- og pårørendeopplæring i alle pasientforløp. Det skal vurderes og synliggjøres hvor pasienter og pårørende har behov for kunnskap og hvilke metoder som egner seg. Dette arbeidet gjøres i et samarbeid mellom tverrfaglig helsepersonell og brukere.</li> <li>• OUS bruker innkallingsbrev, innkøst- og utskrivingsamtaler for å skape trygghet og forutsigbarhet, og legge til rette for læring og mestring for pasienter og pårørende. (eks: Lenke til film/e-læring i innkallingsbrev)</li> <li>• OUS tilbyr pasienten digital dialog med behandler, som del av pasient- og pårørendeopplæringen</li> <li>• OUS videreutvikler samarbeid med pasient- og brukerorganisasjoner og frivillighetssektoren, om pasient- og pårørendeopplæring og likepersonsarbeid</li> <li>• OUS sikrer at helsepedagogikk som fagområde er inkludert i klinikkenes opplæring til ansatte og nyansatte samt for studenter i praksis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS er med å realisere Personlige kunnskapsoversikt for pasienter, et nasjonalt bibliotek med læringsressurser og digitale verktøy, i regi av Direktoratet for e-helse/Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten</li> <li>• OUS tar systematisk i bruk tekniske løsninger i EPJ, velferdsteknologi, digitale læringsressurser, i alle pasientforløp, for styrket pasientrolle og medvirkning og mestring. Dette gjøres i tett samarbeid med kommunens helsetjenester.</li> <li>• OUS inkluderer egnede areal for samtaler/undervisning/læring- og mestringskurs for pasient og pårørende i nye sykehusbygg</li> <li>• OUS har etablert kompetanseprogram for simulering i pasientkommunikasjon</li> </ul>

## Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

For å lykkes i å utvikle pasientens helsetjeneste, vil OUS involvere brukerutvalg, ungdomsråd og klinikkens brukerråd. Brukere skal så langt det er mulig delta i kliniske forskningsprosjekter, utvikling av pasientforløp og nye/endrede tjenestetilbud.

### Mål:

*Pasientforløpet skal preges av at pasienten gis mulighet til medvirkning og valg mellom mulige behandlingsalternativer. En av forutsetningene for å kunne medvirke er kunnskap om egen helse og sykehusets/helsepersonells tilrettelegging for medvirkning. Det skal legges til rette for selvstendighet og egenkontroll for de som ønsker og har kapasitet, slik at kapasitet kan nyttiggjøres pasienter med komplekse sykdomsbilder.*

Mellomlangsigte tiltak (-2025)	Langsigte tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"><li>Samvalg implementeres i pasientforløpene ved forbedring av pasient- og pårørendeopplæring, utvikling av digitale samvalgsverktøy og kompetanseheving i samvalg som kommunikasjonsmetode for at beslutninger kan tas i fellesskap.</li><li>Legge til rette for medvirkning og individuelle tilpasninger. Eks: HIV-positive som håndterer sin helse, digitale pasienttjenester.</li><li>Utvikling og forbedring av ambulant virksomhet, arenafleksible tjenester samt brukerstyrte senger og poliklinikker, hvor dette synes hensiktsmessig.</li><li>Tilgjengelighet og fleksibilitet tas hensyn til i utvikling og planlegging av tjenestene, inkludert bedret universell utforming på sykehuset.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kvalitetssikre at samvalg som metode brukes i alle pasientforløp, der det er aktuelle valg pasienten skal presenteres for.</li><li>Alt utviklings- og forbedringsarbeid inkluderer systematisk anvendelse av brukerundersøkelsen i OUS, PasOpp-undersøkelser, avvik og andre kilder til forbedring.</li><li>Tematiske sentra – tilbud om diagnostikk og behandling for barn og unge samles rundt pasienten.</li></ul>

## 4.3 Pasientsikkerhet og kvalitet

Gjennom planperioden fram mot 2035 vil Oslo universitetssykehus styrke sin satsning på pasientsikkerhet og kvalitet. Sikkerhetstenkning skal integreres i den daglige vurderingen med formål å oppøve en sterkere sikkerhetskultur generelt og derigjennom også styrke satsning på det systematiske HMS-arbeidet. Overordnet handler begge disse fagområdene om å beskytte liv og helse, for pasienter som for ansatte. En intern OUS-rapport fra 15.03.2017, «Pasientsikkerhet og kvalitet, Helse, miljø og sikkerhet – flere gjensidige avhengigheter?», legger til grunn forskning og praksis som viser at arbeidsmiljø- og organisasjonskultur påvirker pasientsikkerhet og kvalitet, samtidig som svikt i pasientsikkerhet og kvalitet påvirker trivsel, arbeidsglede og psykisk helse hos ansatte. Uønskede hendelser påvirker og gir konsekvenser for både pasienter og ansatte. I nevnte rapport presenteres syv utfordringsområder med anbefalinger og tiltak som bes vurdert, avklart og tatt med ved oppøvelse av en fremtidig gjennomgående og sterk sikkerhetskultur i sykehuset.

Sykehusets arbeid med oppfølging av målet om et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt ønskes videreført i utviklingsplanen mot 2035, med utgangspunkt i metoder og erfaringer fra blant annet sykehusets kulturprogram. I tillegg er det behov for ytterligere å konkretisere og videreføre aktivitet med et åpent og trygt yringsklima og en større satsning på 0-tolerance for trakassering og mobbing.

Arbeidsmiljøet har en stor betydning for god pasientsikkerhet og for å nå målet om å «tilstrebe en pasientsikkerhetskultur der de ansatte sammen vil arbeide for feilfrie tjenester og der pasientene ikke opplever forebyggbare uhell eller skader» slik det er beskrevet. Arbeidsmiljølovens krav til

systematisk HMS-arbeid (internkontroll) og krav i den øvrige Helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen står fast, og vil etterleves i utviklingen av sykehuset frem mot 2035.

I tillegg er det nødvendig å utvikle kvalitets- og sikkerhetskompetansen ved alle klinikker i sykehuset slik at klinikkene blir selvdrevne på velprøvde forbedringstiltak som bl.a. implementering av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, forbedringsmetoder, revisjoner og egenkontroll av kvalitet i tjenestene. Kvalitets- og pasientsikkerhetsansvar må systematisk profesjonaliseres og utvikles til å være en attraktiv karrierevei så vel for leger som for andre medarbeidere.

Sykehusets pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid skal bidra til at tjenestene fremstår profesjonelt utført med en fremragende kvalitet innen behandling, pasient- og pårørendeopplæring, forskning og utdanning. Oslo universitetssykehus skal oppnå fremragende kvalitet i tjenestene gjennom:

- å utvikle pasientens helsetjeneste
- å utfordre pasienter, medarbeidere og ledere på alle nivå til å bruke resultatene som grunnlag for å redusere uønsket variasjon og forbedre tjenesten kontinuerlig
- å utvikle en kvalitetsorientert ledelse og etablere systemer som skal bidra til en sikkerhetsfokuseret og lærende kultur

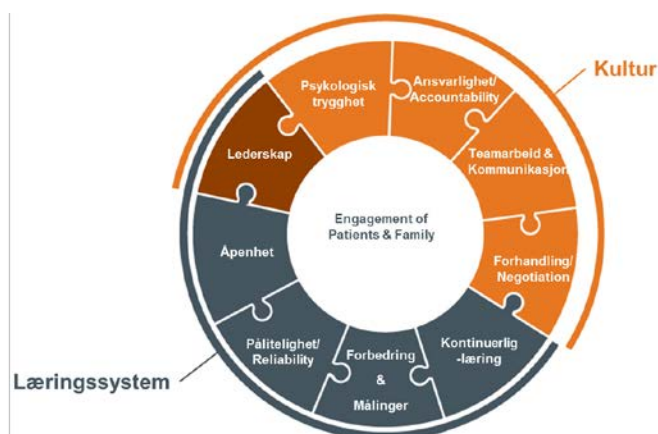
Satsing på likeverdige helsetjenester bidrar til økt pasientsikkerhet og kvalitet i pasientens helsetjeneste. Likeverdige helsetjenester forstås her med at alle pasienter mottar helsetjenester av like god kvalitet, tilpasset den enkelte og med mål om resultatlikhet for de med samme sykdomsbilde. Bruk av tolk og økt flerkulturell kompetanse er noen viktige virkemidler mot feilfrie tjenester.

Bruk av tolketjenesten:

- Bruk av tolk sikres gjennom systematisk kartlegging av pasientens tolkebehov i DIPS og bestilling av tolk integreres med EPJ
- Helsepersonell bruker alltid kvalifisert tolk når det er behov for det
- Pasienter og pårørende skal informeres om at de har krav på tolk dersom de har behov for det
- I nød- og beredskapssituasjoner kan gode tolketjenester redde liv. Vaktordninger for tolketjenesten vil kunne ivareta dette på de største språkene, for flere av beredskapstjenestene samlet sett
- Skjermtolking og teknologiske løsninger må tas i bruk i alle typer konsultasjoner, og infrastruktur for dette må inngå i en overordnet plan

**Feilfrie tjenester er målet** - Sykehuset skal gi pasientene riktig diagnostikk og behandling til riktig tid for å oppnå best mulig resultat for pasientens helseproblem.

**Figur 13: Felles rammeverk for forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet**



I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt, åpenhet og empati, og gjennom samvalg få delta i beslutninger om egen behandling og hvordan den gjennomføres. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og det må derfor være gode arenaer og systemer for

informasjonsutveksling, veiledning og kompetanseoverføring. Pasientene i Oslo universitetssykehus skal møte kompetente og kvalitetsbevisste helsearbeidere som på trygg og omsorgsfull måte skal bistå pasientene gjennom behandlingsforløpet.

Det skal tilstrebes en pasientsikkerhetskultur der de ansatte sammen vil arbeide for feilfrie tjenester og der pasientene ikke opplever forebyggbare uhell eller skader. Grunnlaget for feilfrie tjenester skal legges gjennom et aktivt ledelses- og medarbeiderskap som oppdager og forebygger risiko (Det grønne korset). Sammen skal ledere og medarbeidere tilstrebe et åpent og respektfullt arbeidsmiljø hvor risiko vurderes, nesten-ulykker og uønskede hendelser registreres og kunnskap om tiltak utvikles og deles fortløpende slik at organisasjonen lærer og forebygger tilsvarende hendelser i andre deler av sykehuset.

Et godt utøvd lederskap er viktig for alle ansatte i organisasjonen. For å sikre en høy pasientopplevd kvalitet, er det viktig at medarbeidere og ledere understøtter en verdibasert, kollektiv ledelsesfilosofi med:

- en uttrykt visjon om hvilken kvalitet tjenesten skal inneha
- iver for effektive tjenesteleveranser – med klare forventninger til alle steg i prosessene og tilbakemeldingssløyer for ytterligere forbedringer
- god personalledelse og medarbeiderengasjement – «lyttende, empatisk og mentorende» lederskap
- kontinuerlig læring og forbedring
- entusiastisk teamarbeid, samarbeid og medarbeiderinvolvering

Et aktivt medarbeiderskap bygger på at medarbeidere er ansvarsbevisste, opptatt av å være gode kollegaer/medspillere og er handlingsorienterte. Medarbeiderskap handler om hvordan man forholder seg til arbeidsoppgaver, til kolleger og til virksomheten man jobber i. Forskning og praksis viser at arbeidsmiljø- og organisasjonskultur påvirker pasientsikkerhet og kvalitet, samtidig som at svikt i pasientsikkerhet påvirker ansattes trivsel, arbeids glede og psykiske helse. For pasienters og medarbeideres helse og sikkerhet er det nødvendig at uønskede hendelser, uønskede resultater og risikoforhold legges til grunn i forbedringsarbeidet.

Velfungerende medarbeiderskap kjennetegnes ved at alle tar ansvar for at andre, i teamet eller avdelingen, har det bra og støtter hverandre i oppgaveløsningen. Teamorientering, teamlæring og erfaringslæring i samarbeid på tvers (av profesjoner, enheter, avdelinger og klinikker) har derfor sammenheng med pasientsikkerhet og kvalitet. Medarbeiderskap er en arbeidsform som må videreutvikles gjennom en virksomhetskultur bygget på individuelt eierskap og ansvarlighet. Leder og medarbeidere må kontinuerlig ha fokus på med-ledelse og med-ansvarlighet. Det er en praktisk tilnærming som skaper fundament for den lærende organisasjon.

**Forbedringskunnskap** - Uønskede resultater oppstår ikke som tilfeldigheter, men fordi organisasjon og systemer utilsiktet er laget slik at de oppstår. Oslo universitetssykehus har et gjennomgående system for opplæring av medarbeidere og ledere i metoder for kontinuerlig forbedring. Arbeidet innebærer en kulturell endring som begynner med at ledere endrer fokus og arbeidsmåte, og som gradvis involverer og engasjerer hele organisasjonen. Et slikt kulturarbeid krever innsats over tid for å utvikle en lærende organisasjon, der kontinuerlig forbedring er måten sykehuset driver sin virksomhet framover på.

**Akkreditering og sertifisering** - Sykehuset har som mål å drive fremragende forskning og pasientbehandling med alt fra lokalsykehustjenester til høyspesialiserte behandlingstilbud til pasientene. Den unike posisjonen Oslo universitetssykehus har, vil framover fortsatt kreve en vedvarende tillit fra pasienter, ulike samarbeidende sykehus og kommunale tjenester, samt nasjonale og internasjonale fagmiljø. Tilliten vil bygge på en vilje til å evaluere egne prestasjoner og praksis mot

andre sykehus på en transparent måte. Flere klinikker og avdelinger i sykehuset har allerede sett nytten av uildede tredjepartsvurderinger fra sertifiserings- eller akkrediteringsorganer. Enkelte klinikker eller avdelinger organiserer med mellomrom benchmarking mot tilsvarende fagmiljø i inn- eller utland, mens andre er delaktige i europeiske faglige nettverk og utveksler erfaringer innenfor et internasjonalt kollegium. Fram mot 2035 vil det være viktig å videreutvikle slike eksterne evalueringer av sykehusets virksomhet slik at hele bredden i sykehusets virksomhet blir vurdert og forbedret. Formålet er å sikre at sykehuset til enhver tid og på en effektiv måte tilbyr riktig behandling med en kvalitet som holder internasjonal fremragende standard. Sykehuset vil derfor fortsette å understøtte enheter som ønsker å akkreditere virksomheten.

## **4.4 Overordnede utviklingstrekk, forutsetninger og premisser**

Framtidens helsetjeneste vil være gjenstand for en rekke endringsfaktorer som påvirker både omfanget av helsetjenestene og innholdet i disse. Konsekvensene av mange av de forventede endringer er usikre, spesielt i et så langt perspektiv som 2035. Det er gjort framskrivninger av befolkningsutvikling og sykdomsutvikling, samt aktivitetsberegninger basert på endringer i samhandling, oppgavedeling og effektivisering. I tillegg til dette kommer endringer knyttet til medisinsk faglig utvikling, ny teknologi og digitalisering av helsetjenestene. Det forventes at disse faktorer i stor grad vil endre helsetjenestene, spesielt i et lengre perspektiv (2025-2035). Den nye brukerrollen med sterkere brukerinvolvering i beslutningsprosesser og i organisering av helsetjenestene vil også i stor grad påvirke framtidige helsetjenester.

Bruk av ny teknologi og digitalisering av helsetjenestene står sentralt i utviklingen fram mot 2035, og er her nærmere beskrevet. For å ta i bruk de nye muligheter forutsettes at personvern og datasikkerhet håndteres adekvat, samt at det utvikles finansieringsmodeller som understøtter nye måter å gi helsetjenester på (som hjemmebehandling, ambulant virksomhet, e-konsultasjoner etc).

Tverrfaglig samarbeid vil som i dag også i fremtiden være et av de viktigste suksesskriteriene for god pasientbehandling, helhetlig oppfølging av pasienten og for å sikre kvalitet i helsetjenesten. Med tverrfaglig samarbeid menes å utnytte den enkelte yrkesgruppes kompetanse og fagbakgrunn til pasientens beste. Tverrfaglig samarbeid inkluderer alle yrkesgrupper som er involvert i diagnostikk, behandling eller oppfølging av pasienten.

### **4.4.1 Finansiering**

Ved organisering av framtidige helsetjenester må nye finansieringsmodeller etableres. Helsetjenestene vil bli ivaretatt av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i fellesskap, der pasientforløpene bør være sømløse og der så mye som mulig av disse ivaretas i hjemmet eller så nær hjemmet som mulig. Dette kan bety mer bruk av ambulante team fra sykehusene eller fra kommunale sentre, bruk av team av helsearbeidere ansatt i både sykehus og kommune, samt utvikling av hjemmesykehus for flere pasientgrupper. En slik utvikling vil være ønsket av pasienter og pårørende og vil være ressursbesparende med redusert behov for utbygging av sykehusarealer. Finansieringsmodellen bør stimulere til slike ordninger. Finansieringsordninger som premierer innleggelse i sykehus kan hindre en positiv utvikling av framtidige helsetjenester.

### **4.4.2 Bruk av ny teknologi og digitalisering**

I dette kapitlet beskrives den overordnede utviklingen av ny teknologi og digitalisering. Den konkrete anvendelsen i utviklingen av morgendagens behandling innen utvalgte fagområder omtales i de følgende respektive kapitlene.

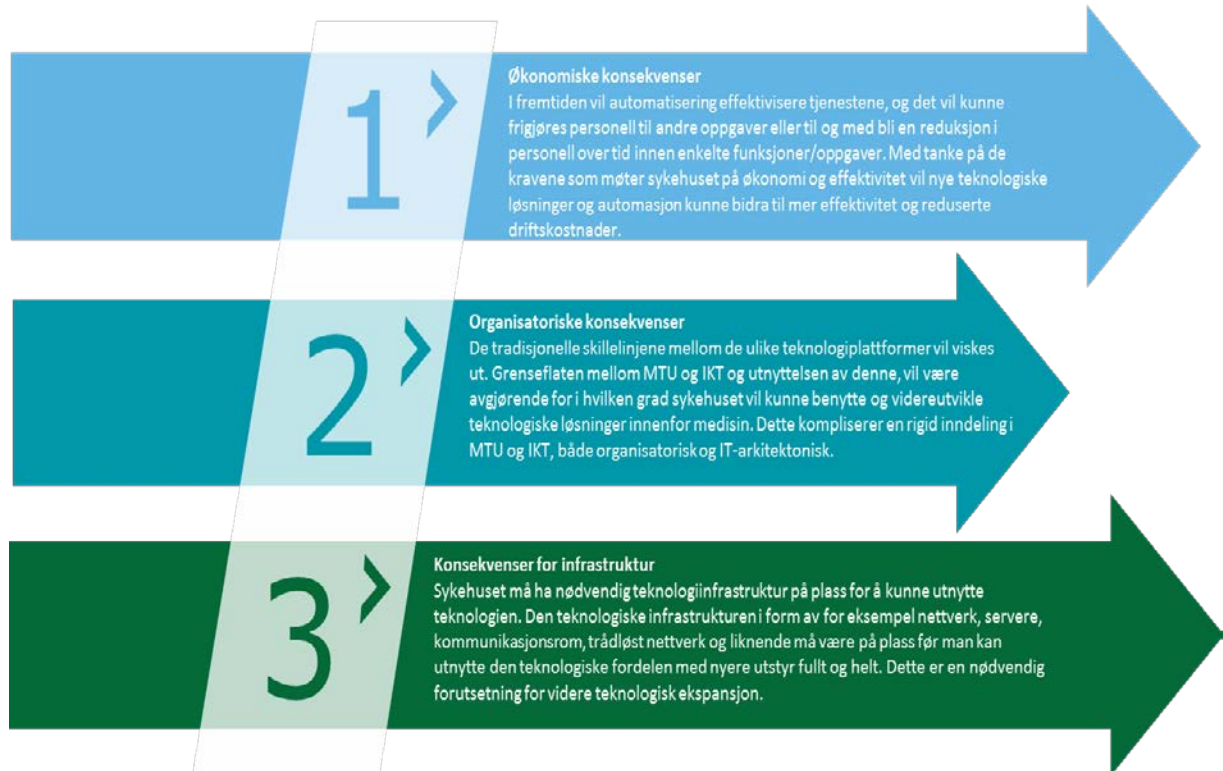
Det er svært viktig at OUS evner å ta i bruk ny teknologi, og i særlig grad den omfattende utviklingen innen digitalisering. Tydelig ledelse, bevisste prioriteringer og klare strategier for utvikling, innføring

og bruk av teknologiske løsninger er helt nødvendig for å klare målene sykehuset har satt seg for årene fram mot 2035 innen pasientbehandling, forskning og undervisning.

### Overordnede linjer

Teknologiutviklingen vil i stor grad styre også den medisinske utviklingen, siden teknologien er premisseleverandør for hva medisinen kan få til: utvikles nye diagnostiske verktøy, kan nye sykdommer diagnostiseres og behandles og nye kirurgiske verktøy gir nye og bedre metoder for pasientbehandling. Hoved-driverne for den medisinske utviklingen er forskning, herunder nye medisiner, samt ny teknologi.

### Konsekvenser



### Resultat

- En økning av teknologisk utstyr og infrastruktur er nødvendig for å imøtekomme et individtilpasset behandlingsforløp.
- Beslutningsstøttesystemer vil innføres i mange disipliner, hvilket vil effektivisere driften
- En forutsetning for dette er at teknologiinfrastrukturen må oppgraderes betydelig
- I tillegg vil større deler av teknologien kjøpes som tjenester istedenfor fysiske enheter, og nye bygg må planlegges med fleksibilitet for endrede teknologiske behov

## Utvikling på kort sikt

### Generelt teknologi

- Betydelig investering i og oppgradering av infrastruktur som trådløst nettverk, arkivering, distribusjon og integrasjon av data og alle aspekter av IKT-sikkerhet for å tilrettelegge for en vellykket teknologiekspansjon.
- Avklaring innenfor området personvern og informasjonssikkerhet slik at nye metoder som skyløsninger og digital kommunikasjon kan tas i bruk på en trygg og forskriftsmessig måte
- Standardisering av utstyr på tvers av lokasjoner, innenfor ulike utstysgrupper og integrasjonsløsninger

### Generell medisinsk teknologi

- Miniatyrisering og minimalisering fortsetter, det blir økt bruk av implanterbart MTU på flere ulike nivåer
- Økende bruk av ulike typer sensorer, økt bruk av bilder og video fra mange ulike kilder
- Videre vil andelen digitalt MTU øke sterkt til det nærmer seg 100 %.
- Det vil gi økende datamengder og behov for ekspertsystemer som kan gi meningsfull beslutningsstøtte i komplekse situasjoner.

### Velferdsteknologi

- For pasientene vil det være en betydelig fordel hvis deler av overvåkning, diagnostisering og kommunikasjon med OUS kan gjøres hjemmefra. Det vil bety et betydelig innslag av medisinsk teknologi må være tilgjengelig i private hjem
- Grensesnittet mot sykehus og sensorelementet må løses i forhold til lover og forskrifter om medisinsk utstyr, personvern og informasjonssikkerhet og ansvarsforhold rundt de enkelte delene må avklares

### Prehospital teknologi

- Økning i mengde og nivå av MTU i den prehospitaltjenesten, først og fremst i ambulansene.
- Avansert analyseapparat, sensortechnologi og bildedannende metoder som for eksempel CT vil bli implementert i ambulansene for å kunne diagnostisere tidskritiske tilstander på et så tidlig stadium som mulig.

### Stråleteknologi

- Ny teknologi vil gi lavere sekundærstråling og færre bivirkninger, den funksjonelle levetiden for strålemaskiner (Linak) vil etter all sannsynlighet gå ned fra dagens 12 år
- Mer bildebaseret kvalitetskontroll av behandlingen der alle linaker ved OUS får kombinasjonen
- Etablering av Protonterapi
- Dataløsninger i stråleterapien vil muliggjøre adaptive strategier, og vi vil se starten på automatisert doseplanlegging

### Bildedannende teknologi

- Undersøkelser konverteres fra konvensjonell røntgen til CT, MR og PET
- Implementering av kunstig intelligens og maskinlæring i eksisterende bildemodaliteter
- Standardisering av undersøkelser og harmonisering på tvers av sykehus regionalt og nasjonalt, og at analyseverktøy og kunstig intelligensløsninger implementeres.
- Samarbeid mellom ulike klinikker i sykehuset, radiologimiljøet og teknologiske miljø i OUS og hos UiO og industri

### Teknologi innenfor anestesi, intensiv, operasjon

- Prioritering av og investering i robotkirurgi og økt utbredelse av trackingsystemer for kirurgiske presisjonsinngrep. Trackingsystemer kombinerer bildeinformasjon med sanntidsveiledning av den kirurgiske prosedyren
- Videre utvikling innenfor sensorikk og monitorering, særlig innenfor monitorering av søvndybde
- Mer intelligente systemer for maskinell overvåkning av kritisk syke pasienter

### Teknologi innenfor laboratoriemedisin

- Multidiplinære team er begreper som hentes frem når diagnostikk, behandling og forskning omtales. DNA-sekvensering og massespektrometri er eksempler på teknologier som benyttes i flere ulike laboratoriemedisinske spesialiteter.
- Flere avanserte teknologier som proteomikk (MS) og metabolomikk (LC-MS/MS) forventes å bli aktuelle for klinisk bruk. Bruk av de store laboratorieautomasjons-plattformene på MBK for analyser fra andre fag



## Utvikling på lang sikt

### Generelt teknologi

- Det er vanskelig å se hva konsekvensene vil bli. Utvikling innenfor medisinsk teknologi er rask og til dels uforutsigbar, og det eneste vi har å holde oss til er dagens utstyr og trendene vi ser nå. Ut fra dette forventer vi at hovedtrendene fortsetter, mer automasjon, ytterligere sammensmelting av ulike teknologier, mindre invasivt og mer høyt teknologisk.

### Generell medisinsk teknologi

- Informasjon fra medisinsk teknologi vil i mye større grad bli delt med førstelinjen i behandlingsapparatet og ikke bare er sykehusets eiendom.
- Det er viktig å dele informasjon med forskningsmiljøer for å dyrke fram mer treffsikker og robust teknologi.
- Samarbeidet med kommunale tjenester vil kreve data fra medisinsk teknologi og mer robuste og smidige grenseflater enn hva tilfellet er i dag.

### Velferdsteknologi

- En betydelig utbredelse i befolkningen, sannsynligvis i hovedsak gjennom kommersielt tilgjengelige produkter som pasienten allerede har.
- Tilbudet forventes å bli stort og kontakten med sykehuset ventes å skifte karakter og bli mindre i frekvens og varighet.
- En relativt stor del av pasientene kommer trolig til å være ferdig monitorert før de kommer til sykehuset, behandling forutsettes konsentrert på sykehusene fremdeles.

### Prehospital teknologi

- Svært avanserte ambulanser og legehelikoptre med mye medisinsk teknologi være tilgjengelig til diagnose og analyse.
- Det forventes at alt utstyret i stor grad vil kunne kommunisere i sanntid med ekspertise på sykehuset for ekspersert hjelp.
- Flere bildemodaliteter integrert og til dels avansert laborieutstyr tilgjengelig for å kunne utføre mer diagnostikk tidlig.

### Stråleteknologi

- Protonterapi, eller tungkjernerterapi vil ta over i det minste en del av det totale strålebehovet. Protonterapi vil etter planen være fullt operativt i denne perioden og forhåpentligvis utbygget til også å ha tunge kjerner som karbon.
- Strålekapasitet blir utbygd på områdesykehus i regionen, og OUS vil dekke eget opptaksområde samt ivareta enkelte behandlingsopplegg som defineres som regionsykehusfunksjoner.

### Billedannende teknologi

- Mer avanserte løsninger og også hybridløsninger for bildemodaliteter; ytterligere sammensmelting og utbredelse av ulike modaliteter som for eksempel PET-MR.
- Assistanseverktøy basert på kunstig intelligens og maskinlæring vil trolig ta steget fra å være beslutningsstøtteverktøy til å bli selvstendige kontrollsystemer med lukkede sløyfer.
- Lavere stråling, høyere oppløsning, og bedre kvalitet på undersøkelser kommer til å bidra til at flere undersøkelser utføres i forbindelse med kontroll og oppfølging av behandling i sykehuset

### Teknologi innenfor anestesi, intensiv, operasjon

- Robotkirurgi vil få en utbredelse som går langt ut over urologi og gynekologi.
- Innenfor Anestesi vil selvstyrte systemer i noen grad ta over oppgaven fra mennesket, anestesi maskinen vil sannsynligvis kunne operere raskere og tryggere enn med menneskelig styring.
- Intensivområdet vil trolig oppleve en mild robotisering innenfor noen områder der robotteknologi kan ta over enkle oppgaver og frigjøre personale til å fokusere på den sykepleiefaglige delen av oppgaven.

### Teknologi innenfor laboratoriemedisin

- Persontilpasset medisin og «pasientens helsetjeneste» hviler i stor grad på nye teknologier og vår evne til å gjøre disse tilgjengelig i pasientbehandlingen. Dette må tas hensyn til på en annen måte enn hva som har vært tilfellet hittil i planene for nye sykehusbygg.
- Anvendelse av avanserte IKT-tjenester vil muliggjøre fortolkning og anvendelse av langt større informasjonsmengder i laboratoriemedisin

## Oppsummering og konklusjon

Teknologi er et helt avgjørende kriterium for om sykehuset lykkes med sine oppgaver i fremtiden. For at teknologi skal kunne bli det verktøyet sykehuset trenger er det noen forutsetninger som må på plass:

- Teknologitunge enheter må ha et formalisert, tettere samarbeid
- En egen teknologistrategi som er forankret i sykehusledelsen
- Behov for å ansette flere teknologer på sykehuset, innenfor fysikk, matematikk, informatikk og andre realfaglige retninger
- Investerings- og driftsmidler som er tilstrekkelig til å gjennomføre teknologistrategien
- Evne og vilje til å gjennomføre nødvendige grep for å hente ut gevinsten av teknologiseringen av prosedyrene

Det er viktig å presisere at teknologi er et verktøy og et hjelpemiddel, teknologi alene vil ikke løse noen utfordringer. Av den grunn er det nødvendig med målrettet og god ledelse for å sikre at verktøyet kan brukes optimalt slik at det kommer pasienten til gode i form av rask og effektiv diagnostisering og behandling.

### **Digitaliseringsplan for Oslo universitetssykehus**

I planperioden vil vi se en økende digitalisering i hele samfunnet. Digitaliseringen vil påvirke sykehusets tjenesteproduksjon og hvordan disse tjenestene utvikles og produseres. Teknologien vil gjennomsyre alt vi gjør innen pasientbehandling, forskning, innovasjon, administrasjon og undervisning, og vil fremstå som et grunnleggende premiss med tanke på kvalitet og effektivitet i arbeidet med å oppfylle sykehusets mandat.

I årene fremover vil flere forhold påvirke behovet for, og prioriteringene innen, teknologi og IKT ved Oslo universitetssykehus. I en utvikling der teknologiperspektivet er så sentralt som for vår virksomhet, er det avgjørende at vi tar et selvstendig ansvar for hvordan organisasjonen skal utvikles med utgangspunkt i de muligheter teknologien gir.

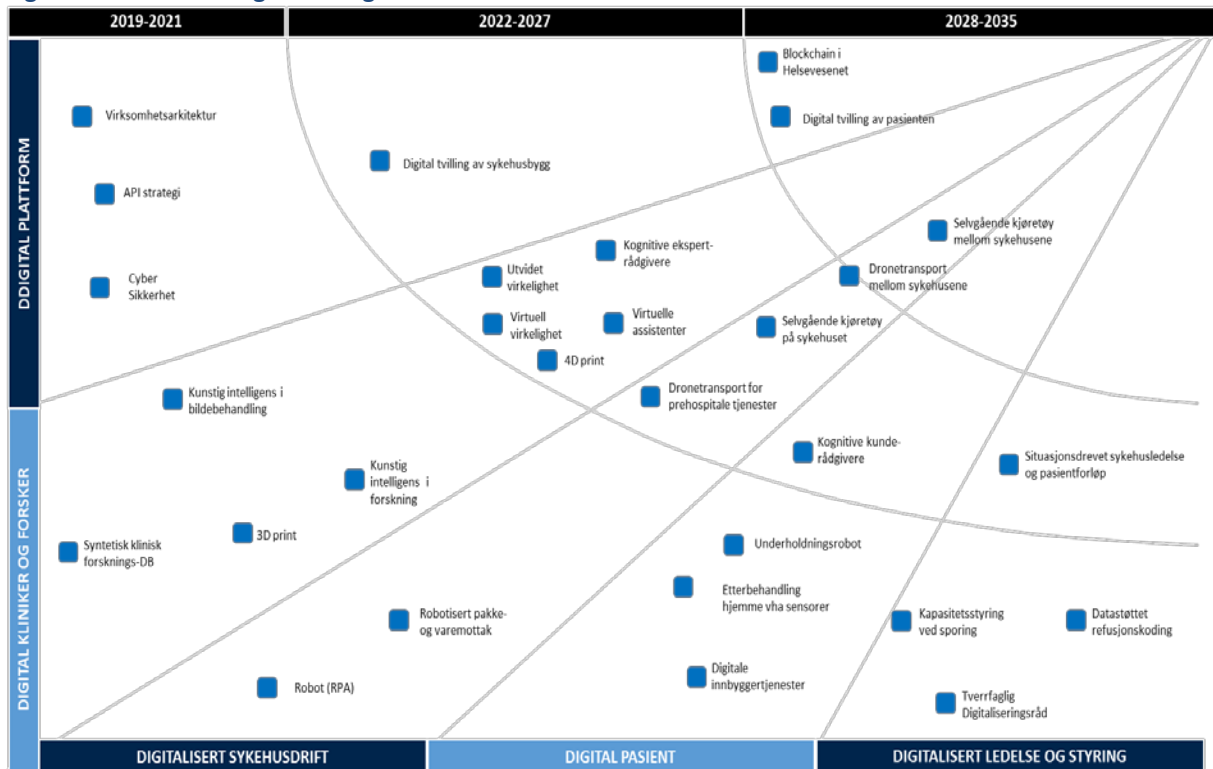
Nordmenn er generelt raske til å ta i bruk ny teknologi. For Oslo universitetssykehus betyr dette at pasienter, pårørende og ansatte har store forventninger til bruk av teknologi i deres møte med sykehuset som behandlingssted og som arbeidsgiver.

Timing for når man tar i bruk nye teknologier er avhengig av faktorer som modenheten til teknologien, samt modenheten, kulturen og gjennomføringsevnen til sykehuset. I tillegg kommer de regulatoriske rammebetingelsene. Her er det forutsatt at mulighetene vil være gjennomførbare innenfor fremtidige rammer. Dette inkluderer lover, forskrifter, standarder og finansiering. Her er lagt vekt på modenheten og tilgjengeligheten til teknologien og basert på dette er foreslått et veikart for digitalisering av Oslo universitetssykehus.

### **Veikart for digitaliseringstiltak**

Veikartet er en indikativ tidsplan for når Oslo universitetssykehus bør starte arbeidet innen de enkelte teknologiene. Veikartet viser at mulighetsrommet er stort. De fleste av tiltakene kan startes i den første fireårsperioden. De fleste av de teknologiene vi kjenner i dag kan realiseres før den siste perioden (2028-2035) når man kun hensyntar teknologiens modenhet.

Figur 15: Veikart for digitaliseringstiltak



Utviklingen preges av fire megatrender:

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

Det er aktuelt å utvikle samarbeid med Universitetet i Oslo i et framtidig digitaliseringsprogram. UiO ønsker å bidra med sin kompetanse på dette området. For Oslo universitetssykehus vil det være viktig hele tiden å overvåke og følge med på teknologiutviklingen. Hva man skal prioritere må vurderes opp mot hvor stor effekten spesifikk teknologi gir sykehuset og når en teknologi er moden nok med en akseptabel risiko.

Det er viktig å bygge opp en fleksibel og adaptiv virksomhetsarkitektur, sikre seg mot cybertrusler og ha fokus på gjenbruk av data til videre analyser og til bruk i forskning, undervisning og i klinisk arbeid.

**Kunstig intelligens (AI)** – Sammen med det høye tempoet i digitaliseringen og innsamlingen av de enorme datamengdene, vil bruken av kunstig intelligens revolusjonere sykehusets evne til å utnytte sanntidsdata til bedre beslutningsstøtte og legge til rette for sanntids datautveksling mellom alle de samhandlende partene. Bruken av kunstig intelligens vil føre til at sykehuset får mer fleksible, adaptive og autonome systemer som igjen vil transformere sykehusprosessene og forbedre den personlige opplevelsen til pasient og ansatt.

Teknologien med sin adaptive læring vil bli mer tilpasset til mennesker og vil få tilnærmet menneskelige egenskaper slik at vi som brukere ikke vil merke forskjell på om vi er i dialog med et menneske eller en maskin. Dette kan Oslo universitetssykehus benytte i virtuelle assistenter, kognitive ekspertrådgivere, digitale innbyggertjenester, kognitive kunderådgivere, virtuell virkelighet og utvidet virkelighet.

**Smarte enheter** - Det vil utvikles digitale smarte enheter som smarte roboter, droner for prehospitaltjenester og transport mellom sykehusets bygg, selvgående kjøretøy for kjøring internt i et sykehusbygg eller mellom lokasjoner, digitale tvillinger av objekter, bygg eller pasient, samt 3D- og 4D-printmodeller av proteser, kirurgiske implantater, piller og sensorer.

**Samhandling** - Pasienter, pårørende, ansatte, andre aktører i økosystemet, digitale enheter, innhold og tjenester vil kobles sammen i et felles nett. Dette intelligente digitale nettet vil skape en enda mer kompleks verden med tanke på informasjonssikkerhet og den vil stadig bli utfordret. Oslo universitetssykehus må ha en adaptiv sikkerhet- og risikohåndtering som er tilpasset den aktuelle situasjonen og trusselbildet til enhver tid basert på at flere og flere enheter knyttes sammen, flere og flere aktører inkluderes, enheter og aktører er mobile og at bruken av skytjenester og åpne grensesnitt øker.

**Digitaliseringsråd** - Digitaliseringen av Oslo universitetssykehus er en kontinuerlig prosess som treffer alle miljø og fag innen forskning, utdanning og klinikk. Oslo universitetssykehus bør derfor ha fokus på å utvikle en virksomhetsarkitektur som legger til rette for videre utvikling og som er fleksibel og fremtidsrettet.

**Teknologiske innovasjoner** - Teknologit utviklingen har vært enorm i samfunnet de siste 10 årene. Alt tyder på at denne utviklingen vil fortsette med akselererende hastighet fremover. Forventningen fra innbyggerne øker i takt med at ny teknologi tas i bruk i forskjellige deler av privat og offentlig sektor, og kravet fra fagpersonell er stort når det gjelder å ta i bruk den nyeste teknologien innen fagfeltet.

Det er svært vanskelig å se hva som blir betydningsfulle teknologiske innovasjoner for sykehuset 20 år frem i tid. Her er forsøkt å samle det som anerkjente aktører ser av utvikling fremover, og tegnet et mulighetsrom over de forskjellige teknologiene som i dag ser ut til å vinne frem. Det er vanligvis slik at nye teknologier bygger på eksisterende og medfører forbedringer og økt utbredelse. Derfor vil mye av det vi ser i dag, gi en indikasjon på utviklingen de neste 15-20 årene.

Sykehusets evne og vilje til å ta i bruk ny digitaliseringsteknologi vil være avgjørende for hvordan veikartet kan realiseres. Innføring av en rekke av disse teknologiene vil medføre endrede prosesser og rutiner, endrede maktforhold, og en endring i bemanning og kompetansebehov. Dette er betydelige faktorer som alle vil kunne muliggjøre en rask adopsjon eller medføre alvorlige hindre. Likedan vil Norges og sykehusets økonomiske handlingsrom være en avgjørende faktor, samt utviklingen av lover og forskrifter som i dag hindrer en del av den teknologiske anvendelsen.

### 4.4.3 Utvikling av kirurgisk behandling i fremtiden

**Spesialisering av oppgaver** - Utviklingen innen kirurgisk behandling går mot mer teknisk krevende kirurgi som gir mindre vevsødeleggelse og traumatisering, og som også gir muligheter for kirurgi der dette tidligere ikke var mulig. Utviklingen innen kreftkirurgi med sentralisering av stadig flere prosedyrer er et uttrykk for dette.

Kirurgisk behandling har endret seg fra fokus på den «enslige» kirurg til team med spesialkompetanse innen anestesi, intensivmedisin, radiologi og behov for utredning fra bl. a. kardiolog, lungemedisiner og geriater. Dette vil trekke utviklingen i retning av at kirurgisk behandling sentraliseres til «komplette» sykehus. Kostnad ved drift av høyteknologisk virksomhet vil også være en kraftig driver for økt sentralisering.

Denne utviklingen i retning av behandlingsteam snarere enn enkeltleger krever større volum i form av antall operasjoner per team for å oppnå tilstrekkelig kompetanse. I tillegg vil krav til strukturert opplæring og veiledning i ny spesialistutdanning også forsterke kravet om høyt volum på inngrep på det enkelte sykehus.

**Multimodal/tverrfaglig behandling** - Kirurgisk behandling er avhengig av mange støttefunksjoner som angitt over. Det er også stadig oftere del en behandlingssekvens som i tillegg til kirurgi kan bestå av radiologistøttet intervensjon, intraoperativ kjemoterapi og lokal radioterapi. Ved behandling av hjerte/kar sykdommer er såkalte hybride prosedyrer der kirurger, indremedisinere og radiologer, operasjonssykepleiere og radiografer samarbeider om inngrepet. Større reseksjoner krever ofte støtte fra plastikk-kirurg for rekonstruksjon av bløtvev. For å kunne utrede og velge optimal behandling må alle involverte spesialiteter være med i vurdering og tverrfaglig utredning med multidisiplinære møter og samarbeid vil også fremover være viktig. Utfordringen er tidsbruk og tilstedeværelse samtidig, det er å håpe at teknologisk utvikling vil kunne gjøre dette enklere og mindre ressurskrevende enn i dag.

**Utvikling av operasjonsstuer** - Operasjonsstuene har gjennomgått lite endring gjennom det 20. århundret. Vi ser nå starten av en utvikling fra «enkle» operasjonsstuer mot teknisk avanserte «intervensjonsstuer» med integrert utstyr innen overvåkning, bilde og radiologi. Dette er nødvendig for å videreutvikle hybridprosedyrer, der avanserte bildeopptak fra Ultralyd, Rtg, CT og MR under inngrepet kan føre til mer radikal og tryggere behandling med mindre belastning for pasientene. Utstyrsutviklingen innen disse fagområdene går stadig raskere og for å tilby oppdatert behandling vil det være økende krav til utstyr og også behov for økt utskiftingstakt. Dette vil øke utstyrs- og investeringskostnadene og drift større deler av døgnet vil være nødvendig for å utnytte investeringen. Samtidig kan man i øyeblikkelig hjelp-situasjonen utføre diagnostikk og behandling på samme rom og derved redusere tid fra innkost til ferdigbehandling og unngå at alvorlig syke pasienter flyttes rundt i sykehuset, såkalt one-stop shop. Det er sannsynlig at postoperativ liggetid vil gå ned og at transaksjonskostnadene

**Mini-invasiv kirurgi** - Utviklingen innen mini-invasiv kirurgi er allerede kommet langt og må forventes å fortsette, både med reduksjon av det kirurgiske traumet og for å oppnå bedre kosmetisk resultat etter kirurgi. Mini-invasiv kirurgi vil bli tryggere ved at det benyttes intraoperativ navigering i bildeopptak tatt før operasjonen. Navigeringsutstyr som i dag brukes hovedsakelig ved nevrokirurgiske operasjoner vil bli et vanlig hjelpemiddel ved alle inngrep. Bildene vil bli fremstilt i nye formater (4K 3D etc) og en vil i større grad anvende videobildene og de prosesserte bildene fra andre modaliteter sammen i såkalt «mixed reality» eller «augmented reality».

**Robotassistert kirurgi og teknologiske «støtte»funksjoner** - Robotassistert laparoskopisk kirurgi vil i årene fremover overta for mye av dagens mini-invasive kirurgi. Den teknologiske utviklingen innen kirurgi vil foregå med robot-plattform som basis. Med flere aktører på markedet er det også å forvente både et større utvalg av robot-teknologi og mest sannsynlig en lavere pris som følge av konkurranse. Etter hvert vil robotene bli miniaturisert, og fjernstyres. Dette vil kreve at de fjernstyres og at man ved hjelp av avansert bildeutstyr og sensorteknologi kan tracke og kontrollere robotene.

**Sengebehov** - Sentralisering av pasientbehandling vil føre til at vi vil behandle pasienter med tyngre forløp. Det er derfor ikke sannsynlig at sengebehovet vil reduseres nevneverdig. Håndtering av alvorlige komplikasjoner med behov for spesialisert intensivbehandling vil gi flere tunge pasienter til OUS som regionsykehus, disse vil også ha behov for reoperasjoner og intervensjonsprosedyrer.

**Finansiering av utstyrskrevede kirurgi** - Utviklingen innen store deler av kirurgiske fag vil være nært knyttet til teknologisk utvikling og dermed investering i utstyr. Disse pasientgruppene har samme krav på behandling på høyt nivå som pasienter med sykdommer hvor kostnaden kommer per pasient, for eksempel nye kreftmedikamenter. Dagens system for finansiering tilsier at midler til investering kommer som en konsekvens av drift, og medikamentutgiftens del av drift stiger kraftig. Dersom denne utviklingen fortsetter, vil det gi en skjevfordeling i behandlingstilbud der behandling som er avhengig av utstyrsinvesteringer, blir skadelidende. Det må derfor gjøres en endring i

budsjettprosessene som sikrer at også disse pasientgruppene får være med i front av den medisinske utviklingen.

**Intervensjonscentermodell** - Teknologivhengigheten i de nye behandlingsrommene krever en ny økonomisk og organisatorisk tenkning. Mye av det avanserte utstyret er sårbart og bryter lett sammen. Teknologisk svikt i angiografiutstyr under en operasjon er alvorlig. Det er derfor viktig å ha flere rom med samme teknologi i nærheten av hverandre, slik at pasienten ikke må flyttes langt hvis utstyret bryter sammen. Utstyret krever også spesialkompetanse, det er derfor viktig å bygge videre på intervensjonscenterkonseptet, der en tverrfaglig stab med anestesipersonell, radiologisk personell, operasjonsstuepersonell og ingeniører og fysikere arbeider sammen med å drive stueene. Stueene eies ikke av en enkelte spesialitet men gjøres tilgjengelig for alle spesialiteter nå de trenger den multimodale teknologien.

Felles utnyttelse av teknologien er også avgjørende for å sikre maksimal utnyttelse. Alt bildedannende utstyr, navigasjonsutstyr og roboter har en nedskrivningstid på ca 8 år. Det må derfor legges opp til en driftsmodell der utstyret utnyttes maksimalt og man sikrer økonomi til utskifting hvert 8. år.

**Intervensjonsradiologi-kirurgi** - Stadig flere inngrep utføres perkutant med veiledning av radiologisk utstyr som ultralyd, CT og MR. I planlegging av framtidens sykehus bør arealer for intervensjonsradiologi, intervensjonskardiologi og operasjonsstuer ses i sammenheng, slik man har god erfaring med ved Intervensjonscenteret. Alle inngrepene stiller krav til steril teknikk, anestesi og overvåkning. Pasientsikkerheten ivaretas best hvis alle inngrep, uavhengig av bildeveiledning er samlet i tverrfaglige arealer organisert som operasjonsavdelinger

I framtidens sykehus bør det være kort avstand mellom akuttmottaket og Intervensjonscenteret slik at man raskt kan utføre diagnostikk og behandling uten å transportere pasienten lange avstander.

**Utdanning** - Utdanning av spesialister er en av kjerneoppgavene i OUS. Utdanning av kirurger blir mer og mer krevende og vedtatt ny spesialitetsstruktur understreker at det er vesentlig at OUS tar spesielt høyde for utdanning i ny organisasjon. Det vil være spesielt utfordrende å få til fellesløp i LiS2 og LiS3 vil utdanningsløpet måtte planlegges ut fra gjeldende læringsmål i spesifikke spesialiteter. Fragmentering av spesialiteter lokalt og geografisk vil kreve særskilte løsninger. OUS vil ha et særskilt ansvar i regionen og nasjonalt for å etablere forbillige løsninger. Effektive utdanningsløp vil kreve nye vaktordninger som sikrer mer dagarbeidstid for LiS og mer tid avsatt for overleger til supervisjon, veiledning og arrangering av simulering og kurs. Det må også tas høyde for et betydelig behov for profilert utdanning etter endt formell spesialistutdanning i form av etter- og videreutdanning.

## 4.5 Utvikling sammen med Universitetet i Oslo

Universitetet i Oslo vil i årene framover ha en sterk satsning på livsvitenskap gjennom etablering av et nytt Livsvitenskapsbygg med planlagt ferdigstilling i 2024. Dette er en særdeles viktig faktor for utviklingen av Oslo universitetssykehus i framtiden. Et godt samarbeid med UiO gjennom livsvitenskapsatsningen vil kunne etablere Osloregionen som et regionalt og nasjonalt kraftsenter for livsvitenskap. Også Oslo kommune vil her være en viktig samarbeidspartner.

Oslo kommune har nylig tatt initiativ til å lage en samlet campusstrategi for Oslo. Et viktig element er utviklingen av «Oslo Science City» der målet er å utvikle kunnskapshovedstaden og bidra til å skape næringsliv og nye arbeidsplasser. OUS vil sammen med UiO være en aktiv pådriver i dette arbeidet.

## 4.6 Målbilde, tiltak og organisering for utvalgte områder

Oslo universitetssykehus har en bred klinisk virksomhet innen alle medisinske fagområder, ivaretar utdanning av ulike typer helsepersonell og er en stor nasjonal og internasjonal aktør innen medisinsk

og helsefaglig forskning. Visjonen er «Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling». Sentralt innen alle fagområder og pasientgrupper er å utvikle ny behandling og gi gode og moderne helsetjenester til pasientene, i tett samhandling med andre helseforetak, andre aktører i spesialisthelsetjenesten samt den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

OUS som regionsykehus med flere nasjonale funksjoner, områdesykehus og lokalsykehus ønsker å desentralisere det som er mulig og med dette bidrar til kompetanseoverføring til andre deler av helsetjenesten. OUS ønsker også å ta i bruk ny teknologi og digitale løsninger til beste for pasientene. De ulike fagområder og pasientgrupper har en del felles utviklingstrekk i framtiden, men de har også mange ulike utfordringer. Noen sentrale virksomhetsområder er beskrevet i det følgende.

## 4.7 Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### 4.7.1 Psykisk helsevern for barn og ungdom (BUP)

Verdens helseorganisasjon vurderer at psykisk lidelse hos barn og ungdom er en av de tre største truslene mot folkehelsen. Flere større, longitudinelle studier som Dunedin-studien fra New Zealand og ACE-studien fra USA, peker på klare sammenhenger mellom ugunstige barndomsopplevelser og/eller psykiske plager og lidelser i barneårene og senere psykisk og fysisk uhelse som voksen.

#### Sykdomsutvikling

Spesialisthelsetjenesten for psykisk helse barn og unge (BUP) ser en utvikling i retning av flere barn og unge med mer alvorlige tilstander både i poliklinikk og dag- og døgn tjenester; spesielt tidlige og alvorlige psykosetilstander, spiseforstyrrelser og traumatiserte unge med selvskading og suicidalitet. Det er store utfordringer å gi effektiv helsehjelp til barn og unge med sammensatte vansker som traumer, alvorlig selvskading, voldelig atferd, samt sosiale vansker knyttet til gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som krever oppvekst i bolig utenfor eller massiv støtte i hjemmet.

#### Fagets utvikling

Gitt befolkningsøkningen er det grunn til å anta at aktiviteten i Oslo-området vil øke i årene frem til 2035. Storbyfaktoren må inkluderes i prognoser for utvikling av fag, kvalitet og pasientsikkerhet og kapasitet. Poliklinikkene i BUP skal gi helsehjelp til 5 % av barnepopulasjonen, etter hvert 9 %. Siden 2011 har tallet vært ca. 2,5 %, noe som vil kreve en dobling og etter hvert mer enn tredobling av kapasiteten. Henvisningene til BUP er økt med 30 % siden 2015. Vi antar at økningen vil fortsette.

Det er nødvendig at førstelinjen tar over noe av behandling og tilrettelegging for de mer alvorlige tilstandene som i dag er i BUP og hele pasientforløpet ved de «lettere» tilstandene som BUP i dag behandler. Dette forutsetter en kompetanseutvikling, samhandling og ressurser i bydelene som per i dag ikke er på plass.

BUP behandler barn i familier og i skole eller barnehage. Forventningene til behandlingseffekt og profesjonalitet i BUPs tilbud er økende, inkludert alle instanser rundt barnet.

Særlig krevende både faglig og ressursmessig er å etablere og se effekt av helsehjelp der omsorgssituasjonen er mangelfull og hvor det er nødvendig med samarbeid med barnevernet og bydelenes tjenester.

Foreldre i konflikt er økende og BUPs behandlere er i økende grad belastet med og involvert i juridiske forhold rundt foreldrekonflikter med forberedelser, møter med advokater og deltakelse i rettssaker.

#### Organisering av pasientbehandlingen

BUP må ha som mål å ha kapasitet og kompetanse til å behandle de mest alvorlige tilstandene. Dette krever god ledelse i samarbeid med behandlere og kontorfaglige funksjoner som kan organisere helsehjelpen slik at ressursene kan utnyttes på best mulig måte til å gi faglig forsvarlige tjenester, med god nok kvalitet og pasientsikkerhet. Lokalene må være hensiktsmessige og

pasientadministrative systemer, faglig metodikk og brukermedvirkning må tilrettelegges for BUPs kliniske virksomhet.

BUP må ha tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å kunne utrede og behandle:

- Spiseforstyrrelser – i samarbeid med somatikk og regionale funksjoner (RASP)
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser med normalt evnenivå, i samarbeid med bydel og kommunehelsetjeneste
- Alvorlige sammensatte saker med mye system- og familieproblematikk og psykososiale problemer inkl rus, der barnet har funksjonsfall og/eller psykiske symptomer, i samarbeid med bydel, kommunehelsetjeneste og barnevern.
- Alvorlige psykiske lidelser, primært psykoselidelser og alvorlige affektive lidelser med utvikling mot personlighetsforstyrrelser.
- Alvorlig emosjonell ustabilitet med selvskading og suicidal atferd.
- Tidlig intervensjon i familier med vurdert risiko for skjevutvikling og traumatisering i foreldre-barn-relasjonen med satsning på tilstrekkelig kapasitet og sped- og småbarnskompetanse, voksen psykopatologi og samspill foreldre-barn.

For pasientgruppene som er BUPs ansvar er det behov for å videreutvikle et høyspesialisert tilbud med flyt av relevante tjenester til rett tid på rett sted mellom poliklinikk, dag og døgn.

Mellomlangsigte tiltak (-2025)	Langsigte tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS vil utrede behov for økning av poliklinisk kapasitet, gitt sykdoms-, henvisnings- og befolkningsveksten, endret oppgavefordeling og økt samhandling.</li> <li>• OUS skal utvikle høyspesialiserte polikliniske tjenester for de mer kunnskaps- og behandlingkrevende tilstandene.</li> <li>• OUS skal beholde, utvikle og kvalitetssikre ledelse og behandlerkompetanse som muliggjør pasientsikker utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse barn og unge.</li> <li>• OUS ønsker å innføre et arenafleksibelt intensivt nivå. Det betyr at pasienter med behov for høyere intensitet og andre rammer får dette uten skille mellom døgn- og dagbehandling, og at vi har mulighet for å benytte rammefinansierte døgnrammer ved indikasjon for de mest alvorlige tilstandene.</li> <li>• OUS skal videreutvikle samhandling og oppgavedeling mellom BUPA, somatikk/habilitering, rus/TSB og spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern for voksne.</li> <li>• OUS bidrar til at fordelingen av oppgaver og</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS skal ha tilstrekkelig poliklinisk kapasitet.</li> <li>• OUS har etablert tilstrekkelig med arenafleksible behandlingsplasser med døgnrammer.</li> <li>• OUS har etablert et tilstrekkelig behandlingstilbud for pasienter med alvorlige tilstander, inkl spiseforstyrrelser.</li> <li>• OUS har bidratt til at pasienten kan behandles hjemme, på skolen, på andre arenaer, i poliklinikk eller i institusjon i psykisk helsevern eller barnevern, alt etter hva som er behovet.</li> <li>• OUS har samlokalisert tjenester til barn og ungdom på intensitetsnivåer over poliklinisk behandling i psykisk helsevern barn og unge med somatiske tjenester (barn) og med voksenpsykiatriske tjenester.</li> <li>• OUS har samlokalisert poliklinikk med psykisk helsevern voksne og rus (BUP+DPS+Ruspol).</li> <li>• OUS har moderne bygg for barn og unge som pasienter, med moderne infrastruktur som gir rett signaleffekt.</li> <li>• OUS er et IKT-vennlig sykehus med optimal bruk av kommunikasjonsteknologi og e-helse både ift</li> </ul>



<p>ansvar mellom førstelinje og annenlinje i årene fremover er mer avklart slik at forebygging, veiledningsansvaret og samhandling er i tråd med pasientenes behov og rettigheter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS skal videreutvikle og tilpasse verktøy i utredning, og som pasientkommunikasjon i behandling, samt elektroniske verktøy som sikrer brukermedvirkning, samhandling og evaluering (f.eks. ReConnect).</li> <li>• OUS bidrar til at det skal satses på forskning. Forskningen må i større grad enn nå forankres i klinikk og kobles til evaluering av behandlingseffekt, og medvirke til utvikling av tjenestetilbudet.</li> <li>• BUPA er i akutt behov for nye og mer hensiktsmessige bygg. OUS skal prioritere at dette er på plass i løpet av de neste fem årene.</li> <li>• OUS har en sikkerhetsavdeling for unge med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse.</li> <li>• Det bør etableres et tilbud til barn og unge med psykisk utviklingshemning/autisme og psykiske lidelser, med særlig behov for oppfølging på regionalt nivå.</li> </ul>	<p>drift, samarbeid og pasientarbeid.</p>
---	---

## 4.7.2 Psykisk helsevern for voksne

### Sykdomsutvikling

Flere forhold kan ifølge Folkehelseinstituttet gi inntrykk av at forekomsten av psykiske lidelser øker i befolkningen. Andelen nye uførepensjoner som er tildelt pga psykisk lidelse har økt de siste 15 år. Det har også vært en sterk økning i antall personer behandlet for psykiske lidelser. Dette handler trolig om at samfunnet håndterer psykiske lidelser på en annen måte enn tidligere. De fleste internasjonale epidemiologiske studiene finner ingen økning i forekomsten av psykiske lidelser. Man tror at forekomsten av psykiske lidelser i Norge er relativt konstant (Mykletun, Knudsen 2010).

Det kommer stadig nye psykoaktive stoffer som gjør at mange tror det vil bli flere komorbide rus- og psykiske lidelser. Samtidig er det en betydelig nedgang i antall unge som bruker rusmidler og i andelen som bruker tyngre stoffer. Fremveksten av nye rusmidler gjennom de siste tiårene har ikke medført økning i alvorlige sinnslidelser; forekomsten av schizofreni har holdt seg stabil over tid.

Det er anslått at økningen av antall eldre vil være relativt mindre i byområder sammenlignet med distriktene. Det er beregnet at 12 % av Oslos befolkning vil være over 70 år i 2040. Samtidig vil det også bli en større andel innvandrere i den eldre befolkningen. Innvandrere utgjør i dag 4 % av alle som er 70 år eller eldre, mens dette er anslått å øke til 27 % i 2060 (Statistisk Sentralbyrå, 2016).

Utdanning og arbeid er viktig for personer med en psykoselidelse. I Norge er arbeidsraten blant personer med schizofrenispektrumlidelser svært lav (10 %), i tillegg til at mange faller ut av utdanningsløp (Evensen et al., 2015). Blant personer med alvorlige lidelser er risikoen for å stå utenfor arbeidslivet 6-7 ganger høyere enn for mennesker uten psykiske lidelser.

Innen psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har man undervurdert sykdomsbyrde og for tidlig død knyttet til psykisk lidelser og rusbruk. 50 % av alvorlige, langvarige psykiske lidelser debuterer før fylte 15 år, 75 % har debutert før fylte 25 år.

Det er i tillegg spesielt fem grunner til at belastningen av psykiske lidelser er undervurdert:

1. Det er en betydelig overlapp mellom psykiske og nevrologiske lidelser.
2. Belastningene ved suicid og selvsykdom har vært undervurdert.
3. Psykiske lidelser spiller en viktig rolle ved kroniske smertetilstander og muskel-skjelett-lidelser.
4. I tidligere beregninger av sykdomsbyrde har man ikke tatt med personlighetslidelsene.
5. Man har undervurdert den høye dødeligheten ved alvorlige kroniske psykiske lidelser.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har 10-20 års kortere forventet levetid enn gjennomsnittet for befolkningen. Den viktigste grunnen er død pga somatisk sykdom og rusrelaterte problemer/lidelser. Den gjennomsnittlige levealderen for mennesker med psykiske lidelser har vært uforandret over lang tid. Samtidig har resten av befolkningen fått høyere gjennomsnittlig levealder, noe som har medført at forskjellene har økt.

I psykisk helsevern voksne er det høy forekomst av somatiske og rusrelaterte problemer og sykdommer. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser har 10-20 års kortere forventet levetid enn gjennomsnittet for befolkningen. Viktigste grunnen er død pga somatisk sykdom. Den gjennomsnittlige levealderen har vært uforandret over lang tid. Samtidig har resten av befolkningen fått høyere gjennomsnittlig levealder. Forskjellen har økt.

Pasientene har sammensatte problemer som forsterker hverandre, og de har en forventning om, og behov for, et sammensatt tjenestetilbud som fungerer helhetlig på tvers av organisatoriske

skillelinjer. Man må både håndtere psykososiale problemstillinger, mer spesifikk behandling i form av psykoterapi og medikamenter, somatiske problemstillinger og rusavhengighet. Pasienten skal aktivt delta i behandlingen (pasientens helsetjeneste). Behandlingen skal i større grad være mestringsbasert. Når pasienten ønsker det, skal pårørende og/eller pasientens nettverk involveres.

### Fagets utvikling

Innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern fra 2018 vil ha betydning for tilbudet som blir gitt. Pakkeforløpene og faglige veiledninger og retningslinjer inneholder krav til samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og mellom deler av spesialisthelsetjenesten (poliklinikk/døgn, somatikk/psykisk helse voksne/tverrfaglig spesialisert rusbehandling/psykisk helsevern barn og unge). Dette innebærer at man må organisere psykisk helsevern på en måte som gjør det mulig å utrede og behandle pasienter uten faglig ubegrunnede forsinkelser, og i samarbeid med andre når det er nødvendig.

Halvparten av alle personer med en psykisk lidelse i Norge fyller kriteriene for ytterligere minst to lidelser. Fremtidens psykosebehandling må forholde seg til et mer komplekst diagnostisk bilde (flyttet fra avsnittet over).

I årene fremover antas det at krav om spisskompetanse og forskningsbasert behandling vil øke, og at behovet for nye nasjonale tjenester dermed vil oppstå.

Felles for nasjonale behandlingstjenester er at det dreier seg om et tilbud om utredning og behandling av en liten gruppe pasienter som har behov for høyspesialisert kompetanse og/eller bruk av spesialisert medisinsk utstyr. Ved å etablere nasjonale eller flerregionale behandlingstjenester sentraliseres behandlingen til ett eller to steder i landet.

OUS og Helse Sør-Øst har i sine styrever vedtatt at det skal bygges et nytt bygg som skal ha til sammen 69 døgnplasser for regional og lokal sikkerhetspsykiatri og pasienter med utviklingshemming/autisme og psykiske lidelser.

### Organisering av pasientbehandlingen

Mellomlangsigtede tiltak (-2025)	Langsigtede tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> <li>OUS skal ut fra den gyldne regel (prioriteringsregelen) og storbyproblematikken argumentere for tilførsel av mer ressurser</li> <li>I løpet av planperioden skal 10 % av midlene som i dag brukes til døgnbehandling på sykehusnivå overføres til poliklinisk, ambulant, dag og åpen døgnbehandling på DPS. Det vil medføre en tilsvarende reduksjon i døgnplasser på sykehusnivå.</li> <li>OUS skal sørge for at brukerne i større grad enn i dag involveres både individuelt og på systemnivå</li> <li>OUS vil utvikle bedre brukerundersøkelser og systematiske tilbakemeldingssystemer basert på interaktive verktøy for å bedre samarbeidet om behandlingen</li> <li>OUS vil gjennomføre opplæring av alle behandlere i bruk av samvalgsmetodikk og bidra til at EPJ utformes slik at journalsystemet støtter opp om og forsterker bruken av samvalg</li> <li>OUS vil videreutvikle tjenestene ved Seksjon for tidlig psykosebehandling.</li> <li>OUS skal opprette en avdeling for konsultasjons- liaison-psykiatri for voksne som skal gi tjenester til alle somatiske avdelinger i</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OUS har etablert et fast, strukturert samarbeid om rusbehandling mellom alle avdelinger i psykisk helsevern og avdeling rus- og avhengighetsbehandling</li> <li>Spesialisert fasespesifikk tidlig psykosebehandling suppleres med arbeidsrettede tiltak</li> <li>FACT-team er implementert i alle seks bydeler som i innhold og dimensjonering legges tettest mulig opp til anbefalt modell</li> <li>I tråd med hjertefriskprosjektet og kommende pakkeforløp for somatisk helse utarbeides det samarbeidsmodeller med fastleger og bydeler for oppfølging av somatisk helse og intervensjon i forhold til uheldige livsstilsfaktorer</li> <li>Et felles akuttmottak rus, somatikk, psykiatri på nytt lokalsykehus Aker er realisert</li> <li>Lukkede døgnplasser er samlokalisert med andre lokalsykehusfunksjoner og akuttpsykiatrisk mottak med tilgang til spesialisert utredning</li> <li>OUS skal bidra til at DPS er lokalisert i eget opptaksområde og samlokalisert med BUP og ruspoliklinikk</li> </ul>

<p>OUS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS vil igangsette et eget EPJ-utviklingsarbeid rettet mot psykisk helsevern voksne, BUP og TSB</li> <li>• OUS etablerer tilbud om undervisning for pasienter og pårørende, knyttet til enhets-, seksjons- eller avdelingsnivå</li> <li>• OUS utvikler interaktive verktøy (apper) som muliggjør tilgang på informasjon som er individuelt tilpasset</li> <li>• OUS vil utvikle et tjenlig e-helsetilbud</li> <li>• OUS vil utrede etablering av ambulante akutenheter som har åpent på kveld/helg med spesialistdekning og tilgang til akuttsenger på DPS – mål 2-4 senger på hvert DPS</li> <li>• OUS etablerer flere brukerstyrte døgnplasser</li> <li>• OUS prøver ut dagtilbud til pasienter med alvorlig langvarig psykisk lidelse i samarbeid med bydeler</li> <li>• OUS bidrar til at det etableres FACT-team i alle seks bydeler som i innhold og dimensjonering legges tettest mulig opp til anbefalt modell</li> <li>• OUS og HSØ har vedtatt at det skal bygges et nytt bygg for regional og lokal sikkerhetspsykiatri og regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme</li> <li>• OUS skal utvikle nasjonale tjenester for lavfrekvente pasientgrupper innen psykisk helsevern. Pasienter med kombinasjon av sansetap med psykisk lidelse og utviklingsforstyrrelser med psykiske lidelser og særlig utfordrende adferd, er et aktuelt område.</li> </ul>	
--	--

### 4.7.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er et ungt fag i spesialisthelsetjenesten som bygger på ny kunnskap samt mange års erfaringsbasert kompetanse. Det finnes i dag forskningsbasert kunnskap som ennå ikke er tatt i bruk i klinikken, samtidig som mange grunnleggende spørsmål fortsatt må studeres.

#### Sykdomsutvikling

Det forventes at pasientmengden vil øke i takt med befolkningsveksten. Parallelt med at vi får en stadig eldre befolkning, blir også ruspasientene eldre. Pasientgruppen vil dermed i økende grad ha somatiske aldersrelaterte sykdommer, samt sykdommer som skyldes langvarig belastning gjennom mange år med rusbruk.

#### Fagets utvikling

OUS skal behandle pasienter med stadig mer sammensatte vansker som trenger spesialistkompetanse innen både rusbehandling, psykologi/psykiatri og somatikk, i tillegg til betydelig sosial oppfølging. Det er avgjørende at TSB OUS optimaliserer samhandlingen med kommunen og med de ulike andre områdene i spesialisthelsetjenesten. Alle pasienter som er i behov av hjelp skal oppleve at veien til spesialisert rusbehandling er kort. Barrierene til behandling for denne sårbare pasientgruppen må bygges ned. OUS har basistjenester for en helhetlig pasientbehandling i TSB. Disse basistjenestene inkluderer akutt-tjenester, avgiftningstjenester, noe ambulante tjenester,

døgnbehandling og lett tilgjengelige polikliniske tjenester. OUS skal etablere effektive, standardiserte og samtidig individuelt tilpassede behandlingsforløp, med økende bruk av e-helsetjenester som et supplement til ordinære tiltak i spesialisthelsetjenesten. Anbefalinger i retningslinjer og behandlingsveiledere må implementeres og kvaliteten i basistjenester skal videreutvikles og styrkes. Det er behov for en langsiktig og strategisk satsning på forskning i TSB OUS, med en forutsigbar oppbygging av infrastruktur og tildeling av ressurser til dette formålet.

Globalt og nasjonalt er det en fagpolitisk diskusjon og utvikling i retning mot avkriminalisering for besittelse av illegale rusmidler til eget bruk. Flere land med slike lovendringer har hatt en dreining vekk fra justis over på helse når personer anholdes for mindre narkotikarelaterte forseelser. TSB OUS støtter en videreføring av statens restriktive ruspolitikk, da dette trolig virker forebyggende på nivået av problematisk rusbruk i befolkningen. Samtidig virker det hensiktsmessig med en styrt og faglig støttet dreining vekk fra straff over til behandling som respons på mindre narkotikarelaterte forseelser. Tiltaket forutsetter en ressursforskyvning fra justis til helse.

### Organisering av pasientbehandlingen

De kommende årene må TSB OUS ha fokus på implementering av evidensbaserte tiltak og behandlingsveiledere. Vi jobber mot standardiserte tilbud knyttet til kartlegging, utredning og behandling, individuelt tilpasset hver enkeltpasients problemer, ressurser, situasjon og preferanser. Med standardisert behandlingstilbud menes at pasienten som et minimum skal sikres et modulbasert tilbud i kronologisk rekkefølge ut fra best mulig kunnskap. Kvaliteten på basistjenestene skal være standardisert på tvers av de ulike seksjonene og de ulike ansatte.

For å kunne nå flest mulig hjelpetrengende må tjenestetilbudet komme nærmere pasienten. Tjenester må kunne tilbys i hjemmet allerede fra det øyeblikk behovet melder seg. Digitaliserte tjenester som strekker seg utover informasjonsbehovet og som kan bidra til en rask og enkel kartlegging av pasientens plager og behov må tas i bruk.

Mellomlangsigte tiltak (-2025)	Langsigte tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS skal utvikle et helhetlig, standardisert modulbasert behandlingstilbud med kronologisk rekkefølge.</li> <li>• OUS skal legge til rette for at pasientens hjemmesituasjon i økende grad kan fungere som utgangspunkt for behandling</li> <li>• OUS skal utvikle og ta i bruk digitale tjenesteverktøy for å heve kvaliteten og forenkle tjenestetilbudene.</li> <li>• For å realisere helhetlige forløp og sikre overganger fremfor gjentatte akuttinnleggelser skal OUS optimalisere organiseringen av basistjenester, som akutt-tjenester, avgiftningstjenester, ambulante tjenester, døgnbehandling og lett tilgjengelige polikliniske tjenester.</li> <li>• OUS skal utvide og videreutvikle poliklinisk tjenestetilbud inklusive ambulerende arenafleksible tjenester.</li> <li>• OUS skal legge til rette for implementering av digitale feedbackverktøy for å styrke brukervedvirkning på individnivå og hindre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS har en pasientflyt hvor all døgnbehandling starter og slutter i poliklinikk</li> <li>• OUS skal legge til rette for informasjonsformidling allerede i pasientens hjem, gjennom digitale tjenester.</li> <li>• OUS har etablert en systematisk utfallsmåling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling</li> <li>• OUS ønsker å implementere et felles journalsystem i samarbeid med primærhelsetjenesten</li> <li>• OUS skal jobbe for utvikling av et journalsystem som automatisk opplyser om henvisningsbehov, enten ved kobling til diagnoser, eller ved kobling til prøvesvar.</li> <li>• Rusakuttmottak er lokalisert sammen med felles akuttmottak for psykisk helse og somatikk i funksjonell nærhet til storbylegevakt i nytt lokalsykehus</li> </ul>

<p>drop-out.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS utvikler et differensiert tilbud for pårørende. Det kan dreie seg om et familiefokus i behandlingen av pasienten, eller selvstendige behandlingstilbud, enten i grupper eller individuelt</li> <li>• OUS vil implementere allerede kjente gode tiltak for utredning og behandling av avhengighetslidelser</li> <li>• OUS vil videreutvikle gjensidig forpliktende samarbeid med det somatiske fagfeltet, slik at pasienter som behandles i somatikken for rusrelaterte hendelser og tilstander tilbys hjelp for sin ruslidelse og motsatt</li> <li>• OUS vil i nært samarbeid med primærhelsetjenesten og tjenestetilbudet i Oslo kommune, sikre oppfølging etter endt spesialistbehandling for å forebygge tilbakefall til rus</li> <li>• OUS vil etablere samhandlingsarenaer ved ambulerende, arenafleksible FACT-team/RUSFACT team, ev. samdrift og samlokalisering med kommunale tjenester i Oslo.</li> <li>• OUS ønsker å inkorporere likemannsarbeid sterkere i behandlingstilbudet. Det er også behov for at brukermedvirkning på systemnivå videreføres og forsterkes i utforming av tjenestene</li> </ul>	
---	--

## 4.8 Habilitering og rehabilitering

Pasientens helsetjeneste innen habilitering og rehabilitering som tilbys på Oslo universitetssykehus i dag og i framtiden tar utgangspunkt i ny definisjon av rehabilitering og habilitering.

*«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene.*

*Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»*

### Sykdomsutvikling og rehabiliteringsbehov

Det er i dag svært mange pasienter og diagnosegrupper som er i behov av rehabilitering. I OUS vil tyngdepunktet utgjøres av høyt spesialisert rehabilitering i OUS i tidlig fase for pasienter innlagt akutt

i sykehusene med komplekse problemstillinger. Det er behov for spesialisert kompetanse og tverrfaglighet («Tverrprofesjonelle rehabiliteringsteam – i akuttmottak»), men også koordinert tidlig oppfølging i blant ved intensivenheter. I tråd med ny definisjon av rehabilitering, som vektlegger brukerens livssituasjon og mål, vil det også være behov for oppfølgende rådgivning til kommunen og rehabilitering i senere faser.

### Fagets utvikling og organisering av pasientbehandlingen

*Strategisk mål for 2035: «en dør inn» og tilbud om koordinert, sammenhengende og kunnskapsbasert rehabilitering til alle pasienter med behov for slike tjenester.*

*Overordnet tiltak: Etablere et rehabiliteringsfaglig tyngdepunkt/Senter for spesialisert rehabilitering, forskning og innovasjon i OUS.*

### Særskilte utviklingsområder frem mot 2035

Endringsfaktor	Mellomlangsigtede tiltak (-2025)	Langsigtede tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> <li>OUS antas å bli «en dør inn» for akutt hjerneslag, og vil dermed ta imot et økende antall hjerneslag kommende år i tillegg til forventet økning i kraft av alderssammen-setningen. Pakkeforløpet vil bidra til behovskartlegging, krav om rehabiliteringstilbud og langsiktige behandlingslinjer.</li> <li>I henhold til Nasjonal traumeplan 2015 skal pasienter med hodeskade, multitraume/traumatiske amputasjoner ha tidlig, intensiv og kontinuerlig rehabilitering med opprettelse av intermedieærnheter og direkte overflytting til spesialisert rehabilitering i definerte regionale avdelinger uten å gå veien om lokalsykehus</li> <li>Utvikling i behandling av hjernetumor antas å gi en økning i antall overlevende pasienter med kognitive funksjonsutfall</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OUS vil ta ansvar for koordinering av forløp, samt koordineringsfunksjonene som kan etableres, som bindeledd internt og eksternt</li> <li>OUS vil bidra til av koordinatorfunksjonen har oversikt over tilgjengelig kompetanse og kapasitet og være en begynnelse på et faglig tyngdepunkt og tydeliggjøring av rehabiliteringsfeltet</li> <li>OUS vil bidra til å få bedre og mer oversiktlig rehabilitering med likeverdige behandlingsforløp basert på behov for rehabilitering <u>uavhengig av diagnose</u></li> <li>OUS vil bidra til at arbeidet startes gjennom å forene spesialist- og kommune-helsetjenesten for felles kompetanse og tilbud/plan for den enkelte, og forankre dette i samarbeidsavtalene</li> <li>OUS vil arbeide for at behovet for veiledning konkretiseres, både mot samarbeidende instanser og brukere</li> <li>OUS vil bidra til at brukere i større grad bli likeverdige partnere i mål og innhold i rehabiliteringsløpene, både på</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>OUS ønsker å etablere et senter for rehabilitering hvor «En-dør-inn» i OUS er akuttmottaket</li> <li>Rehabiliteringssenter har en koordineringsfunksjon</li> <li>OUS vil etablere flere rehabiliteringssenger i rehabiliteringssenter</li> <li>OUS ønsker at senteret også er ansvarlig for samordning av kunnskap og kompetanseutveksling mot samarbeidende instanser.</li> <li>OUS vil etablere telemedisinske løsninger slik at senteret kan utøve veiledning både av helsepersonell og brukere for valg av effektive og gode intervensjoner</li> <li>OUS ønsker at senteret er et forsknings- og innovasjonssenter for implementering og utprøving av ny kunnskap innenfor spesialisert rehabilitering, i et godt samarbeid med andre aktører, som Sunnaas sykehus</li> </ul>

	individ og systemnivå <ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS vil bidra til at digitalisering og elektronisk fremskritt integreres og nyttiggjøres der dette er mulig</li> </ul>	
--	---	--

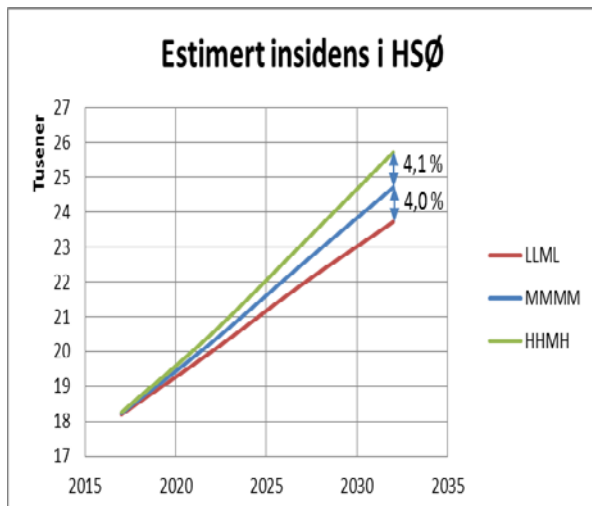
## 4.9 Kreftbehandling

Oslo universitetssykehus ivaretar kreftbehandling både på lokal- og områdesykehusnivå, regionsykehusnivå og i noen situasjoner også gjennom nasjonale behandlingstjenester. Utredning, behandling og oppfølging gjennomføres i hovedsak i et nært samarbeid med andre lokalsykehus i regionen og med primærhelsetjenesten. Krefthyppigheten vil øke i tiden framover, det vil skje en betydelig medisinsk faglig utvikling og funksjons- og oppgavedelingen i helsetjenesten vil endres.

### Sykdomsutvikling

Kreftinsidensen for alle kreftformer samlet øker, i hovedsak som følge av økt folketall og alderssammensetningen i befolkningen. Insidensutviklingen i HSØ er nylig beregnet fram til 2032 i rapporten «Oppfølging av stråleterapi-kapasiteten i Helse Sør-Øst (30.4.17)».

En enkel framskriving tilsier at kreftinsidensen i HSØ i 2035 vil være i størrelsesorden 26 000, dvs. en økning på omtrent 40 % fra dagens nivå.



Utviklingen varierer mellom kreftformene. De siste årene er det hos menn særlig ondartet føflekkreft, annen hudkreft, lymfekreft, blodkreft og kreft i skjoldbruskkjertel som har økt i antall nye tilfeller, mens det hos kvinner særlig har vært lungekreft og kreft i urinveier som har økt, i tillegg til økning i antall tilfeller av lymfekreft, blodkreft, kreft i skjoldbruskkjertel, ondartet føflekkreft og annen hudkreft. Forekomsten av gynekologiske kreftformer er svakt fallende, og forekomsten av lungekreft er fallende blant kvinner i yngre aldersgrupper. For menn har forekomsten av lungekreft og prostatakreft vært fallende den siste femårsperioden.

### Fagets utvikling

#### Kirurgisk behandling

- Hovedtrekkene innen kirurgisk kreftbehandling vil være økt spesialisering, fortsatt dreining mot mini-invasiv kirurgi og større krav til både teknologisk og kirurgisk kompetanse. Dette stiller store krav til opplæring og volum, og teknisk og utstyrskrevede inngrep må samles i større sentra.
- Antall *kreftoperasjoner* i HSØ, angitt som andel av antall nye krefttilfeller (insidens) samme år, var i perioden 2014-16 i underkant av 60 %. Andelen kreftpasienter som behandles med kirurgi eller andre invasive prosedyrer, vil mest sannsynlig øke fordi kompetanse og utvikling vil gjøre det mulig å tilby kirurgi til flere, og også i større grad ved tilbakefall. Kombinasjon av intervensjonsprosedyrer og mini-invasiv kirurgi vil gjøre det mulig å redusere antall behandlingssekvenser. Det vil også innebære at radiologene vil få en viktigere rolle innen



operativ behandling. Kombinasjonsbehandling i form av cellegift, strålebehandling og kirurgi vil øke. Innen noen områder vil onkologisk behandling kunne redusere behovet for kirurgi, på andre områder vil kombinasjonsbehandling føre til at kirurgien kan gjøres mindre omfattende.

- Investeringsbehovet vil være en kraftig driver for økt *sentralisering* og kompetansekravet vil gi økende *spesialisering*. Dette kan redusere omfanget av kreftkirurgi ved mindre sykehus, men vil ventelig øke omfanget ved OUS. Håndtering av alvorlige komplikasjoner med behov for spesialisert intensivbehandling, reoperasjoner og intervensjonsprosedyrer vil ventelig øke belastningen på OUS. Et økt samarbeid i regionen bør i noen grad kunne motvirke denne utviklingen.
- Morgendagens operasjoner vil innebære økt bruk av bildeteknikker som veiledning under inngrep, også innen ordinær kirurgi. Dette vil kreve flere teknologitunge operasjonsstuer, med mange intervensjonsstuer. Teknologisk utvikling vil skje raskere og kreve en hyppigere utskiftingstakt av utstyret. Utstyret vil også kreve at hver operasjonsstue har større areal enn i dag. Teknologiske investeringer av et slikt omfang vil kreve at utstyret utnyttes flere timer per dag og uke enn det som er praksis i dag.
- Robotassistert kirurgi har vært omdiskutert grunnet kostnader og lite evidens for bedre resultater enn ved konvensjonell intervensjon. Imidlertid foreligger det økende evidens for at robot som plattform for mini-invasiv kirurgi vil kunne korte opplæringstiden og bedre supervisjon under opplæring. Dette vil medføre at flere kirurger vil kunne tilegne seg kompetanse på et høyt nivå og vil også bidra til å redusere variasjon. Antall roboter vil ventelig øke kraftig de neste 10 år. Det vil skje en videre teknologisk utviklingen innen robot-plattformen.

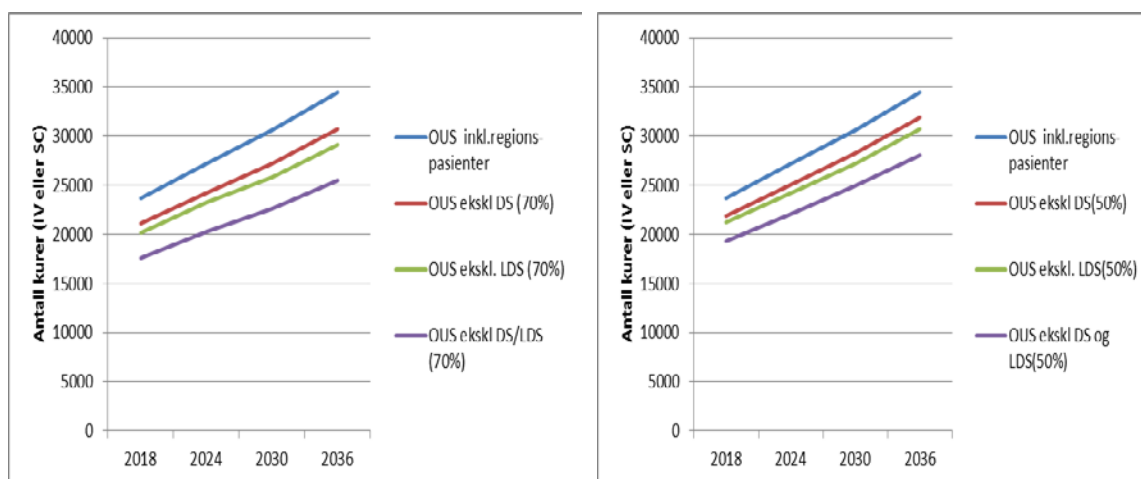
### Strålebehandling

- Det er ventet at omfanget av strålebehandling fortsatt vil øke i regionen fram til 2035, selv om det vil foreligge ytterligere framskritt både innen kirurgi og medikamentell behandling.
- Strålebehandlingen ved OUS fram til 2035 vil være preget av betydelige endringer av kapasitetsbehovet knyttet til oppbygging av stråleterapitilbud i andre sykehusområder i regionen. Som det fremgår av rapporten «Oppfølging av stråleterapikapasiteten i Helse Sør-Øst» vil OUS kunne redusere antall lineærakseleratorer fra 17 til 9 når utbygging av stråleterapi er gjennomført i de andre sykehusområder i regionen. OUS vil imidlertid videreføre sin regionsfunksjon for sjeldne sykdommer og særlig kompliserte behandlingsopplegg. Det er sannsynlig at dette også fram mot 2035 vil representere om lag 20 % av behandlingsseriene i regionen. Disse seriene vil trolig få økt kompleksitet. Etablering av protonterapi ved OUS vil bidra ytterligere til dette, med økt behov for personell og kompetanse.
- Den teknologiske utviklingen vil gi fortsatt forbedring av posisjonskontroll, med økt mulighet til høyere dose til tumor uten økte bivirkninger, eller uendret dose, med færre bivirkninger. Nytt utstyr gir mulighet til enklere og raskere gjennomføring av behandling, og kan derved redusere behovet for antall behandlingsmaskiner. Dette motvirkes imidlertid av at ny teknologi også gir mulighet til mer pasienttilpasset behandling, som ofte krever mer planleggingsressurser (personale og teknisk utstyrskapasitet), og som kan kreve mer tid ved hver behandlingsfraksjon. Etablering av protonterapi ved OUS vil gi betydelige muligheter og utfordringer fram mot 2035.

Dette vil kreve teknisk kompetanseoppbygging, klinisk kompetanseutvikling og et stort omfang av kliniske stråleterapistudier for å utvikle evidensgrunnlaget for behandlingen.

### Medikamentell behandling

- *Omfanget* av medikamentell behandling ved OUS har siden 2011 økt mer enn kreftinsidensen. Andelen pasienter som er hjemmehørende utenfor Oslo, men får medikamentell behandling ved OUS, har vært stabil fra 2014 til 2016. Økningen i antall kurer i denne perioden skyldes derfor trolig tilgangen på nye medikamenter og nye indikasjoner.
- Kapasitetsbehovet ved OUS vil bli redusert som følge av planlagt *overføring* av deler av behandlingen til Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmets sykehus. Her er angitt forventet antall kurer ved OUS som følge av overføring av 70 % eller 50 % av kurene.
- OUS vil videreføre den *regionale oppgavefordelingen*, med regionsfunksjon for sjeldne sykdommer og særlig komplekse behandlinger. Om lag 35 % av de medikamentelle kurene som gis ved OUS i dag gis til pasienter med hjemsted utenfor Oslo. OUS vil videreføre en ledende rolle i tidlig utprøving av nye legemidler. Omfanget av dette vil være avhengig av utviklingen av nye kreftmedikamenter.



- Det er sannsynlig at andelen kreftpasienter som får medikamentell kreftbehandling, og antallet behandlingsserier per pasient, vil øke fram mot 2035.
- Økt innsikt i *cellulære molekulære mekanismer* som utløser eller utvikler kreftsykdom har gitt forutsetning for å utvikle målrettede molekyler som kan motvirke disse prosessene, ofte omtalt som målrettet behandling eller presisjonsmedisin. Det er sannsynlig at denne utviklingen fortsatt vil gi viktige bidrag til bedre kreftbehandling. Ofte er disse målrettede preparatene perorale, slik at de i liten grad vil legge beslag på polikliniske behandlingsplasser, men i betydelig grad vil kreve oppfølging både klinisk, biokjemisk og radiologisk.
- Økt innsikt i samspillet mellom kreftsvulst, lokalt miljø og regulering av immunrespons har også gitt viktige behandlingsframskritt de siste årene. Til nå er dette klinisk utnyttet særlig med såkalte sjekkpunkthemmere, som hemmer spesifikke trinn i immunresponsnettverket på en måte som øker immunresponsen mot tumor. Flere slike medikamenter er under utvikling, og kombinasjon

med andre medikamenter eller andre modaliteter som strålebehandling, cellegiftbehandling og vaksiner, vil trolig prege utviklingen de neste 5-10 årene.

- I tillegg er det sannsynlig at kunnskapen om hvordan immunceller kan omprogrammeres til celler som effektivt dreper kreftceller (eks. CAR-T-celleteknologi) vil gi viktige behandlingsframskritt fram mot 2035. Denne behandlingen krever en omfattende infrastruktur og kompetanseheving, samt samarbeid med andre fagfelt både for gjennomføring av behandlingen og håndtering av bivirkninger. Dette vil måtte være en sentralisert oppgave.

### Diagnostikk

- Behovet for diagnostisk utredning vil øke mer enn kreftinsidensen. Patologikutredningen vil øke både som følge av behov for gjentatte biopsier i sykdomsforløpet og som følge av økte krav til kompleks og omfattende karakterisering av tumor. For å kunne gi pasientene en mer skreddersydd behandling er arbeids- og kompetansekrevene molekylærpatologiske undersøkelser nødvendig.
- Også radiologisk diagnostikk vil gjennomgå en stor teknologisk utvikling fram til 2035. Kapasitetsbehovet vil i stor grad bli styrt av insidensutviklingen, eventuelle screeningprosjekter og ikke minst økt bruk av medikamentell behandling som krever responsevaluering.

### Forskning

- Kreftforskning utgjør en stor del av forskningsaktiviteten ved OUS. Om lag 40% av originale publikasjoner fra OUS er kreftrelaterte artikler. Det er etablert mange samarbeidsprosjekter mellom klinikere, patologer, radiologer og forskere. Dette forskningssamarbeidet bør videreutvikles fram mot 2035.
- For framtidig forskning ved OUS er det sentralt at innhenting av pasientsamtykke og innsamling av materiale til generell kreftbiobank kan skje på en god måte. For klinisk validering av biomarkørfunn, vil opprettelse og vedlikehold av kliniske kvalitetsregistre være nødvendige. Kreftregisteret er i denne sammenheng en helt sentral aktør.
- Den kliniske forskningen fram mot 2035 vil fortsette å være preget av utprøving av nye legemidler, ikke minst innen immunterapi. Klinisk forskning vil også ha større fokus på stråleterapi, herunder kliniske studier innen protonterapi, og forskning innen kirurgi, palliasjon og rehabilitering bør styrkes. Utprøvingen bør bedre integreres med informasjon i kvalitetsregistre.
- Pasientens egen opplevelse av sykdom og behandling vil i økende grad være sentral, også for klinisk forskning. OUS har kompetanse til å bidra i denne utviklingen. Helsetjenesteforskning, herunder forskning innen helseøkonomi, bør øke i omfang, ikke minst på bakgrunn av de betydelige kostnadene som ny kreftbehandling gir.

### Digitalisering og pasientmedvirkning

- Ivaretagelse av pasientperspektivet er grunnleggende og overordnet i all utvikling av helsetjeneste. Pasientene stiller i økende grad krav til hvordan plan for utredning, behandling og oppfølging er kommunisert, og til medvirkning ved beslutninger om behandling og dialog med behandlere underveis i forløpet.

- Denne utviklingen vil kreve videreføring og utvikling av flere tiltak. Standardiserte pasientforløp med standardisert skriftlig pasientinformasjon er ett slikt tiltak som er igangsatt og som må videreutvikles og oppdateres dynamisk. Økt tilgjengelighet for kommunikasjon vil kreve flere pasientkoordinatorer og økt bruk av sykepleiere i poliklinikk.
- Den teknologiske utviklingen med økt grad av digitalisering må også utnyttes for å ivareta pasientperspektivet, så langt personvern hensyn tillater. Sikker elektronisk kommunikasjon mellom pasient og behandlere må utvikles. Dette vil kunne bedre kommunikasjonen, og i noen tilfeller spare ressurser i form av færre polikliniske konsultasjoner og innleggelser. På kreftområdet er dette aktuelt både i behandlingsperiodene og i oppfølging etter behandling. Studier viser at dette kan gi bedre pasienttilfredshet og redusere ressursbruk i sykehus. Digitaliseringen vil også kunne gi bedre samhandling med andre sykehus og med primærhelsetjenesten.

### Ekstern evaluering

- OUS skal ha sterkt fokus på egen kvalitet og utvikling innen pasientbehandling og forskning, og betydningen av ekstern evaluering og rådgivning understrekes. Dette inkluderer aktiv og jevnlig bruk av OUS sine Scientific Advisory Boards, samt bruk av eksterne validerte akkrediteringsprosesser. Gjennomførte eksempler på det siste innen OUS er JACIE-akkrediteringen av celleterapi og OECI-akkrediteringen av både pasientbehandling og forskning innen hele kreftområdet. Eksterne evalueringer og formelle akkrediteringsprosesser bør brukes i økende grad i fremtiden.

### Comprehensive Cancer Centre (CCC)

- Diagnostikk, behandling og forskning innen kreftområdet er i sterk utvikling og er avhengig av et nært samarbeid mellom flere legespesialiteter, andre helseprofesjoner og forskere. OUS har fått godkjenning som Europeisk Comprehensive Cancer Centre (CCC) der etableringen av et koordinerende kreftstyre i sykehuset på tvers av avdelinger og klinikker er sentralt. Videreutvikling og styrking av kreftsentremodellen vil være viktig for kreftvirksomheten i årene fram mot 2035, både innad i OUS og utad nasjonalt og internasjonalt.

### Funksjons- og oppgavefordeling

- OUS har regionsfunksjon for *kirurgisk behandling* av gynekologisk kreft, hode-halskreft inkl. sjeldne eller avanserte tilfeller av kreft i skjoldbruskkjertel, kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever og galleveier, analkanal, lokalavansert brystkreft, sarkom og testikkelkreftspredning. I tillegg er kirurgisk behandling av lungekreft og kreft i magesekk samlet til OUS og Akershus universitetssykehus, mens kreft i urinblære blir operert på tre sykehus i regionen. Bortsett fra en mulig samling av kirurgi ved kreft i magesekk til OUS, ser sykehuset per i dag ikke behov for endringer i denne fordelingen. Situasjonen kan imidlertid endre seg fram til 2035.
- *Strålebehandling* med kurativ intensjon ved kreft i hode-halsområdet inkludert kreft i skjoldbruskkjertel, spiserør, kreft i analkanal, lymfekreft, sarkom, testikkelkreft, lokalavansert brystkreft og gynekologisk kreft er samlet regionalt ved OUS. Dette representerer i størrelsesorden 15-20 % av strålebehandlingsframmøtene i regionen. OUS gir i tillegg enkelte sjeldne, avanserte strålebehandlingsopplegg ved andre indikasjoner. Denne praksisen bør opprettholdes også etter at stråleterapi desentraliseres til flere sykehus i regionen. Etablering av protonterapi ved OUS vil nødvendigvis være et regionalisert tilbud.

- Regionaliseringen av *medikamentell onkologisk behandling* (i tillegg til regionalisert behandling av blodkreft) er stort sett samsvarende med tilstandene der også strålebehandlingen er regionalisert, men med betydelig innslag av igangsetting ved OUS og videreføring av behandlingen ved lokalsykehus. Denne praksisen bør videreføres. I tillegg har OUS som eneste sykehus i regionen en tidligutprøvningsenhet for medikamentell behandling. Dette innebærer at OUS ofte får erfaring med nye behandlingsopplegg først, og derved også får aktuelle pasienter henvist fra andre sykehus. Når kliniske studier på senere stadium er tilgjengelige ved lokalsykehuset, eller behandlingen blir rutinebehandling, overføres behandlingen dit. Også denne praksisen bør videreføres.
- OUS er lokalsykehus for en stor del av Oslos befolkning. Oppgavedelingen med den *kommunale helse- og omsorgstjenesten* må ha et stort fokus i årene fremover. Kreftpasienter er ofte til behandling i sykehuset i perioder og spesielt i de behandlingsfrie periodene er kontakten med primærhelsetjenesten viktig. Det gjelder oppfølging av sykdoms- og behandlingsrelaterte plager og ikke minst psykososial oppfølging. Stadig mer av den medikamentelle behandling gis peroralt, noe som gjør at pasientens kontakt med sykehuset er sjeldnere. Oppfølgingen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er også særdeles viktig etter avsluttet behandling, enten pasienten er sykdomsfri eller har sykdom og er i en palliativ fase. Digitaliseringen bør i framtiden gi langt bedre muligheter for god kommunikasjon mellom sykehuset og primærhelsetjenesten.

#### Kompetanse

- Endringer i kompetansebehov er i stor grad styrt av den teknologiske utviklingen. Bruk av robotassistert kirurgi vil kunne korte opplæringstiden, forenkle supervisjon under opplæring og føre til at flere kirurger vil kunne tilegne seg kompetanse på et høyt nivå, med redusert variasjon. Samtidig kan nye intervensjonsprosedyrer føre til at radiologer får en større rolle ved gjennomføring av operasjoner.
- Ved strålebehandling vil det være økt behov for subspesialisering på grunn av økt kompleksitet og ulikheter i behandlingsopplegg ved ulike kreftformer og indikasjoner. Også her vil det bli økt behov for radiologisk kompetanse. Samarbeidet mellom onkologer, stråleterapeuter og fysikere må styrkes, både på grunn av økt persontilpasset og presis behandling og innføring av protonterapi.
- For rasjonell bruk av nye medikamentelle muligheter må legenes kompetanse om det biomedisinske grunnlaget for behandlingen styrkes, samtidig som patologer, radiologer, molekylærbiologer, statistikere og genetikere vil få en større rolle. Etablering av komplisert immunterapi vil kreve involvering og kompetanseheving innen flere fagfelt. Bivirkningsprofilen ved immumodulerende behandlinger er annerledes enn ved tradisjonell cellegiftbehandling, og vil stille økte krav til samarbeid om pasientene med andre medisinske spesialiteter, som endokrinologi, kardiologi, nefrologi, gastroenterologi og lungemedisin, for å diagnostisere og behandle komplikasjonene adekvat.
- Pasientkommunikasjonen vil kreve økt teknologisk kompetanse for etablering og vedlikehold av sikre informasjonsløsninger, samt økt kompetanse innen koordinering og pasientkommunikasjon.

- Kompetanseekravene blir i mange tilfeller så spesialiserte at de ikke kan dekkes alene gjennom etablerte spesialitetsutdanninger. Rekruttering og utdanning må derfor i økende grad skje målrettet og strukturert internt ved OUS. Endringene i legespesialistutdanningen vil forsterke dette behovet.
- Bemanningsbehovet følger i stor grad aktivitetsendringene som er beskrevet ovenfor. Teknologiske løsninger gir i en del tilfeller effektivisering, mens krav til informasjon og oppfølging av pasienter og pårørende, håndtering av nye typer bivirkninger og mer komplekse og persontilpassede behandlingsopplegg kan trekke i motsatt retning.
- Personalgruppene som har stråleterapi som sentral hovedoppgave (stråleterapeuter, fysikere, ingeniører, leger) vil bli berørt av endringene som er angitt ovenfor ved økt desentralisering av stråleterapi i regionen. Oppbygging av protonsenters vil kreve ny kompetanse. Endringer i medikamentell behandling vil påvirke behov både for leger og sykepleiere.

## 4.10 Nevrofaget

Sykdommene som rammer nervesystemet, representerer en av de største sykdomsgruppene i den europeiske og i den norske befolkningen. Helt ferske tall som er trukket ut av WHO's register over «Global burden of disease» bekrefter at hjernesykdommene er årsak til 30-40 % av den totale sykdomsbyrden i den norske befolkningen. Dette er et lavt anslag basert på tilstander som akutte, livstruende tilstander som hjerneslag (infarkter og blødninger), svulster, alvorlige krampeanfoll og pustestans grunnet nevromuskulær svikt, kroniske sykdommer (hodepine og migrene, nakke- og ryggplager) og progressive nevrologiske lidelser (demens, multippel sklerose, epilepsi og Parkinsons sykdom), tar man også de medfødte eller tidlig ervervede hjernesykdommer og skader som fører til psykisk utviklingshemning, utviklingsforstyrrelser og ofte alvorlig adferdsproblematikk med redusert livskvalitet er sykdoms- og samfunnsbyrden langt høyere.

### Sykdomsutvikling

Nevrofaget har nå blitt så komplekst, mulighetene og viktigheten av detaljert diagnostikk og spesifikk behandling så stor, at det i økende grad kan bli vanskelig for førstelinjetjenesten å håndtere selv enkle og vanlige nevrologiske lidelser. Enten må det utarbeides brukervennlige algoritmer til bruk i førstelinjetjenesten, eller så må spesialisthelsetjenesten overta en større del av ansvaret for pasienter som fram til nå har vært håndtert av fastleger og legevakt

Stadig bedre diagnostiske metoder gir mulighet for mer spesifikk og persontilpasset behandling, men dette gjør det også mer arbeidskrevende å utrede hver enkelt pasient. Pasientene vil dessuten stadig oftere få avansert behandling med risiko for alvorlige bivirkninger og har behov hyppig og langtids spesialistoppfølging Mange får også alvorlige nevrologiske skader, som krever tilpasset oppfølging og rehabilitering. Bedre behandling medfører at flere overlever og vil få et langt liv med kroniske nevrologiske følgetilstander. Bedre behandlingsmuligheter ved medfødte og tidlig ervervede sykdommer medfører at pasienter vokser opp og vil trenge livslang behandling og omsorg. Antallet behandlingsbare medfødte metabolske sykdommer («inborn errors of diseases») som tidligere ikke kunne tilbys terapi og førte til hjerneorganiske sykdom og psykisk utviklingshemning øker stadig. På denne bakgrunn er det et stort behov for bedre kapasitet og kvalitet i diagnostikk, behandling og oppfølgingen av flere nevrologiske sykdommer enn tidligere da det også vil utvikles behandling for degenerative sykdommer i hjernen og nervesystemet. Antall pasienter som krever regelmessig nevrologisk oppfølging over lang tid vil derfor øke betydelig.

Samtidig fører normal variasjon og falske positive prøvesvar til behov for utredning av mennesker som viser seg å være friske mht. neurologisk sykdom.

Den tradisjonelle modellen med triagering og siling av pasienter, fra førstelinjetjeneste og videre oppover i systemet fram til neurologisk spesialistkompetanse, er ikke alltid brukbar. For mange tilstander vil behandling kunne ha dramatisk effekt, forutsatt at den settes inn tidlig. Disse pasientene må direkte til neurologisk vurdering, uten forsinkende mellomledd. For andre grupper er det snakk om å etablere gode livslange pasientforløp helt fra barndom og inn i alderdom, for eksempel cerebral parese. Innenfor nevrofaget finnes det komplekse pasienter og grupper pasienter som ikke passer inn i et forventet forløp slik som mange pasientgrupper gjør. Det er viktig å jobbe med forventet forløp innenfor de grupper med nevro pasienter der det er hensiktsmessig, men samtidig må vi sørge for riktig behandling til de som ikke passer inn i noe forløp.

### **Nevrofagets utvikling**

Det har gjennom de siste 10-20 årene vært en enorm utvikling i diagnostikk og behandlingsmuligheter for neurologiske sykdommer.

Store fremskritt i nevrogenetikk og grunnleggende- og klinisk neurologisk forskning har banet vei for disse nye behandlingsmulighetene og krever mer spesialisert oppfølging. For flere av de nevnte sykdomsgruppene vil tverrfaglige subspecialiserte enheter være eneste måten å sikre optimal behandling og oppfølging på.

Det er helt avgjørende for hele nevrofaget at muligheter for forskning, både kliniske studier, translasjons-studier og bruker-orienterte studier, integreres i den kliniske virksomheten for å sikre et best mulig og oppdatert tilbud til pasientene. Nevrofaget vil være i sterk utvikling. På lik linje med etableringen av «Comprehensive Cancer Centre (CCC)» der diagnostikk, behandling og forskning innen kreftområdet skjer i nært samarbeid mellom flere legespesialiteter, andre helseprofesjoner og forskere må det etableres en liknende ordning innen nevrofaget der synergi i den basale forståelsen av de ulike diagnosegruppene bør være grunnlag for økt årsakforskning, lik tilgang til deltakelse i kliniske studier og tilgang til ny behandling for den enkelte. Personer med kognitiv svikt og demens vil utgjøre den største pasientpopulasjonen innen dette feltet av nevromedisin og vil kreve tverrfaglig spesialistkompetanse. Ved å invitere til bredt nasjonalt samarbeid mellom basalforsknings- og kliniske miljøer vil man i årene fram mot 2035 kunne utvikle en virksomhet som også vil hevde seg internasjonalt

Faget nevrologi har utviklet seg svært mye de siste tiårene, både innen diagnostikk og behandling. Hjerneslag er blitt en sykdom som krever øyeblikkelig hjelp innleggelse med raske radiologiske undersøkelser og intervensjon. Volumet av pasienter er forventet å øke betydelig i årene fremover, både pga befolkningsøkning og endret alderssammensetning, men også fordi det forventes at en økt oppmerksomhet på behandlingsmuligheter i befolkningen og blant helsepersonell. Det er estimert et behov for trombektomier på rundt 500 personer per år, og trombolyseantallet er også forventet betydelig økt.

Dyp hjernestimulering har også fått stadig nye indikasjonsområder og vil fortsette å være en svært viktig behandling for bevegelses pasienter. Volumet av pasienter er forventet å øke av samme grunner som er angitt for hjerneslag.

Teknologiske fremskritt har gitt oss helt nye muligheter for måling og monitorering av hjerne- og nervefunksjon. Dette gjelder både for diagnostikk, monitorering under behandling, og for vurdering av sykdomsprogresjon og behandlingseffekt. Implementering av ny teknologi for disse formål er krevende, og det vil være nødvendig med et spesielt fokus på dette for å sikre at vi kan tilby våre pasienter et oppdatert behandlingstilbud.

Pasientgrunnlaget innenfor nevrokirurgi (regionsfunksjon) er per nå 2.95 mill innbyggere i Helse Sør-Øst. I følge befolkningsframskrivning (metode MMMM) vil pasientgrunnlaget øke til 3,2 mill. i 2020. Avdelingen er lokalisert ved Ullevål og Rikshospitalet med 9 fagseksjoner: Vaskulær, hydrocephalus,

barn, tumor, spinal, nevrotraume, funksjonell, klinisk nevrofysiologi, Vilhelm Magnus Forskningslab. Avdelingen har også nasjonale funksjoner som det er naturlig å beholde i fremtiden. En ny sykehusdrift må ta høyde for betydelig økt behandlingsbehov i befolkningen koblet både til fagets utvikling, populasjonsgrunnlaget og alderssammensetningen.

I påvente av nytt sykehusbygg innen 2035 planlegges fortsatt nevrokirurgisk virksomhet ved begge lokalisasjoner. I årene 2018-2025 vil derfor nevrokirurgisk avdeling jobbe videre med å sikre lik behandling til like diagnosegrupper. Pasientgrupper med sjeldne diagnoser skal behandles av spisskompetente team.

Nevrohabilitering tilbyr utredning, diagnostikk og behandling av store målgrupper med utviklingsforstyrrelser og følgetilstander etter tidlig ervervede hjerneskader. Avdelingen er en foregangsavdeling for målgruppene i Norge og må sikres integrering i planene for en nevroklinikk i et fremtidig sykehus.

Spesialsykehuset for epilepsi har i dag nasjonalt ansvar for flere behandlingslinjer innen epilepsi; kirurgiutredning, diettbehandling, PNES, kompleks tverrfaglig utredning og utprøving av nye medisiner, og vi antar at behovet for tjenesten vil øke i takt med den medisinske utvikling.

### Organisering av pasientbehandlingen

Alle utviklingsområdene kommer til å forandre både avdelingenes drift, utdanningsbehovet innenfor alle spesialiteter, investeringsbehovene og pasientforløpene. Det vil bli viktig å øke nevrokompetansen i alle helsefaglige utdanninger.

Store investeringer på løsninger innen blant annet diagnostikk, nevronavigasjon, DBS, immunterapi og preoperative funksjonelle MR utredninger vil være nødvendig for å være et fremragende sykehus. Det vil også være viktig med større fokus på videreutdanning av helsepersonell for å møte den teknologiske utviklingen.

Mellomlangsigtede tiltak (-2025)	Langsiktige tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS vil videreutvikle tverrfaglig Nevropoliklinikk og dagenhet samt annen dagbehandling innenfor nevrologi/ nevrokirurgi, ved bla. styrking den veletablerte Hukommelsesklinikk (i medisinsk klinikk) med økt nevrologisk, psykiatrisk og geriatrisk kompetanse.</li> <li>• OUS vil legge til rette for en god ansvars- og oppgavefordeling mellom helsepersonell i en slik enhet</li> <li>• OUS vil forbedre behandlingsforløpet for pasienter med hjerneslag</li> <li>• OUS vil etablere at slagsenter hvor all behandling av hjerneslag er samlet et sted for Oslo befolkningen</li> <li>• OUS vil utrede og etablere mulighet for poliklinisk telefonkonsultasjon for nevrokirurgiske pasienter</li> <li>• OUS vil videreutvikle modellen til ParkinsonNet til bruk innenfor andre diagnoser i nevrofaget. Modellen er moderne, brukerorientert, tverrfaglig organisert og har blant annet som</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS vil bidra til en dagenhet som et bindeledd mellom primærhelsetjenesten, og spesialisthelsetjenesten som kan føre til et bedre samarbeid og mer strømlinjeformede pasientforløp</li> <li>• OUS ser for seg at en slik dagenhet også kan bidra til at behandling skjer hjemme eller så nær hjemmet som mulig.</li> <li>• OUS vil bidra til at det i 2035 finnes nettbaserte løsninger slik at pasienter i forkant av innleggelse kan sende inn opptak av anfallsepisoder, og andre relevante symptomer</li> <li>• OUS vil bidra til at elektiv utredning og behandling vil være spesialisert og tilpasset den enkelte. Pasientene vil være genetisk kartlagt før utredningen starter på sykehusene. Genetikken til pasientene vil fortelle hva pasientene er disponert for slik at videre utredning blir mer målrettet.</li> <li>• OUS vil bidra til at resultater av diagnostiske prøver vil i stor grad bli analysert av kunstig intelligens (AI) som hjelper legene med å foreslå</li> </ul>



<p>mål å etablere effektiv kommunikasjon mellom behandlere i spesialisthelsetjenesten og kommunene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS vil bidra til å definere pasientforløp for alle hovedgrupper av nevrologiske pasienter, med algoritmer for håndtering av nevrologiske pasienter i førstelinjetjenesten for utredning, behandling og kriterier for videre henvisning</li> <li>• OUS vil utvikle og bruke digitale verktøy som letter pasientrapportering (App'er, nettsider etc.)</li> <li>• OUS vil videreutvikle digitale løsninger for enkle pasientspørsmål (funksjonell web-portal og andre løsninger)</li> <li>• OUS vil sikre klinisk vurdering, sengeplasser og tid for komplekse utredninger når det er nødvendig</li> <li>• OUS vil videreutvikle spesialisert, tverrfaglig tjeneste for nevrogenetikk med teknologiske ressurser og kompetanse til å analysere og tolke komplekse genetiske data og omsette dette i klinisk relevant innsikt til hjelp i oppfølgingen av den enkelte pasient</li> <li>• OUS vil videreutvikle preoperativ-poliklinikk (prepol), hvor all utredning og prøvetagning må kunne tilbys uten at pasienten må legges inn i avdelingen</li> <li>• OUS vil bidra til at primærhelsetjenesten deltar i team for å bestemme behandlings- plan og ansvar for oppfølging – må fasiliteters gjennom justerte finansierings-former.</li> <li>• OUS skal sikre at tidlig rehabilitering for nevropasienter i akutt fase fortsatt skjer bedside fra dag 1 etter sykdomsdebut.</li> <li>• OUS vil monitorere hjernefunksjon til kritisk syke pasienter i tråd med internasjonale anbefalinger</li> <li>• OUS vil utvikle og bruke høyspesialiserte metoder for å følge sykdomsprogresjon ved ulike nevrodegenerative sykdommer</li> </ul>	<p>diagnoser og behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS vil være et sentralt senter i Norden for kliniske studier av nevrodegenerative sykdommer</li> </ul>
--	---

## 4.11 Indremedisinske sykdommer

Indremedisin er et stort fagområde som består av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp. Med stadig flere eldre i befolkningen, vil pasientbehandlingen bli mer komplisert, da de eldre i dag ikke bare blir lagt inn med hjertesvikt. Eldre pasienter i 2035 vil oftere ha behov for dialyse, KOLS-behandling, oppfølging av diabetes, hjertesvikt, kreft og en rekke andre sykdommer og plager. Sykdomsbildet for den enkelte pasient vil ofte være svært sammensatt. I lys av dette vil det indremedisinske fagområdet også i framtiden være stort og omfattende med store pasientgrupper med akutte og kroniske behov.

Sykdomsutviklingen tilsier at behovet for senger vil øke tross implementering av gode samarbeidsrutiner og samhandling, avansert teknologi og gode innovasjoner. Dette betyr at parallelt med innovasjon, teknologi og avansert behandling må en også sikre tilstrekkelig kvalitet og kompetanse i behandlingen av denne pasientgruppen.

Indremedisin er et fagområde som er svært sentralt i de største akutte pasientforløp i OUS, samtidig som det har store volum av poliklinisk behandling. Sammen skal fagområdet ivareta den økende gruppe av eldre, multisyke pasienter med sykdom i flere organsystem som krever samarbeid mellom fagområdene og samtidig ivaretar fagutvikling og forskning slik at nye, avanserte behandlinger kan etableres.

### Sykdoms- og fagutvikling

Frem mot 2035 må OUS ta i bruk ny teknologi og alternative arenaer for pasientbehandling, og optimalisere samarbeid og samhandling både innenfor og utenfor spesialisthelsetjenesten. Samtidig vil demografi og akkumulering av sykkelighet hos stadig flere pasienter føre til et økende behov for sykehussenger. Selv om en kan forvente en reduksjon i den relative forekomst av behovet for sykehussenger og relativt sett færre innleggelse vil det absolutte tallet for innleggelse og behovet senger kunne øke.

Det er en rekke «drivere» og «dempere» som påvirker sykdomsutviklingen frem mot 2035. En aldrende befolkning, forbyggende helsetjenester og demografi vil være viktige drivere for å øke den indremedisinske pasientpopulasjonen. Samtidig vil (forhåpentligvis) ny teknologi, private aktører og en større andel brukerdrevne aktiviteter bidra til å redusere behovet fra spesialisthelsetjenesten.

Det estimeres at den indremedisinske pasienten i 2035 vil kunne ha fem kjennetegn:

#### 1. Pasienter med sykdommer i flere organsystem samtidig

Dersom utviklingen av sykkelighet og aldring fra de siste 30 år fortsetter, vil en forvente at gjennomsnittlig levealder øker med 3 til 5 år (2-3 måneder per år). Det er en reduksjon i død og økt overlevelse for mange sykdommer (eks hjerteinfarkt, kreft) og flere lever lenger med kronisk sykdom. Mange vil leve med flere kroniske sykdommer, og ved sykehusinnleggelse vil symptomer fa flere organsystem dominere. Dette krever godt samarbeid mellom de indremedisinske fagområdene.

#### 2. Stor andel av øyeblikkelig hjelp

Innleggelse til døgnopphold for det store volumet av indremedisinske pasienter vil fortsatt være preget av øyeblikkelig hjelp. Ulike tiltak for å redusere innleggelse skjer i dag og det vil fortsette å skje. Dette setter også i framtiden krav til god kapasitet samarbeid og logistikk.

#### 3. Pasienter som legges inn som øyeblikkelig-hjelp er mer krevende

Økt omfang av ø-hjelps pasienter, også på grunn av akkumulering antall pasienter som settes på immundempende medisiner eller har implantater med infeksjonsrisiko. Pasientene som legges inn vil være sykere enn tidligere (ønsket utvikling og i tråd med Samhandlingsreformen). Dette gir en ekstra utfordring på de indremedisinske intensivenheter, og når disse er fulle, økt belastning av sykere

pasienter på sengepost. Fokus på spesifikke akutte pasientforløp (sepsis, slag, hjerteinfarkt) gir utfordring til pasientgrupper som faller utenfor slike forløp.

#### 4. Fortsatt behov for døgnseger i spesialisthelsetjenesten

Økning av forventet levealder er et resultat av både primær- og sekundærforebygging, samt behandling av akutt sykdom og dens komplikasjoner. Men uansett god effekt av ulike forebyggende eller behandlende tiltak vil pasientens medisinske problemer mest sannsynlig forskyves slik at pasienten vil ha behov for den kompetanse en kun finner i spesialisthelsetjenesten, til tross for stort fokus på forebygging, alternative behandlingsarenaer, samhandling med primærhelsetjenesten, innovasjon og IKT.

#### 5. Forskning gir nye behandlingstilbud for flere pasientgrupper

Det indremedisinske fagområdet vil fortsatt utvikles gjennom forskning, fagutvikling og med spissing av behandlingstilbudet innenfor de fleste områder. Dette øker behandlingstilbudet som medfører forventninger fra store volum av pasienter. Dette legger press på utviklingen framover. Aktiv pasientmedvirkning vil kunne forsterke dette.

I dette rommet, mellom spisset kompetanse og avansert behandling og behandling av flere akutte sykdommer hos samme pasient, skal det indremedisinske fagområdet finne en fornuftig, hensiktsmessig og pasientvennlig utforming, innenfor økonomiske, demografiske og andre rammer.

#### Ønsket situasjon for pasientens helsetjeneste i en mellomlangsigtig og langsigtig periode:

- Tilstrekkelig sengekapasitet for indremedisinske pasienter som trenger innleggelse (spesielt ø-hjelp)
- God og optimal behandling av pasienter som må legges inn
- IKT/EPJ som optimaliserer og effektiviserer pasientbehandlingen
- Pasienten skal behandles på riktig «nivå»
- Man må ta hensyn til at det blir en absolutt økning av indremedisinske pasienter som trenger sykehusinnleggelse.
- Samarbeid og samhandling internt mellom spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten må optimaliseres og effektiviseres, gjennom IKT, avtaler og god praksis
- Forutsetning for mange av de gevinster som forventes å kunne realiseres innen IKT er at systemene blir brukervennlige.
- Man må ivareta framtidig behov for utdanning, med arenaer for møte mellom lege/helsefagarbeider og pasient.
- Sikre at pasienter involveres i forskning
- Ivareta at IKT gjør pasientbehandlingen mer sømløs og effektiv

#### Tiltaksforslag

##### **Generelt:** Hjemme - poliklinikk via digital løsning

1. Oppfølging av tilstand og symptomer via trådløse elementer og direkte kontakt med pasient.
2. Struktur for behandlingsavslutning og palliasjon i hjemmet

##### **Nyre:** Forskyve dagbehandling på sykehus til hjemmebehandling (dialyse)

1. Utvikling av små bærbare dialysemaskiner til hjemmebruk pågår. Perspektivet er uvisst (Sky-basert)
2. Ved utvikling av e-helseløsninger for overføring av behandlingsdata fra hjem til sykehus og motsatt vil flere pasienter kunne få behandling hjemme

##### **Lunge:** fjernovervåking (trådløs) av ventilasjon

1. IKT-løsninger for hjemmetrening

##### **Infeksjon:**

1. Bygge slik at pasienter som er kolonisert eller infisert med resistente mikrober ikke får dårligere medisinsk service eller hindrer god pasientflyt.
2. Poliklinikk vil bli mer e-Helse - basert for kronikere.

**Indremedisin:** Organisere med større indremedisinske avdelinger som behandler de vanlige indremedisinske sykdommer med spesialavdelinger som ligger i nærheten

**Geriatri:** Overvåkning av symptomer i samarbeid med hjemmetjenesten for å hindre reinnleggelser?

### Sentrale forutsetninger for at man kan ta i bruk gode løsninger for å bedre pasientbehandlingen:

1. Man må sikre at ISF-systemet fanger og honorerer nye driftsformer (dom dagpost, poliklinikk, poliklinikk i mottak).
2. Sikre at IKT-systemer blir enkle å bruke for leger og sykepleiere, slik at de ikke går ut over god flyt i pasientbehandlingen.

### Organisering

Medisinsk klinikk i OUS har i dag 190 ordinære senger, i tillegg til 23 overvåkningssenger. Det er også indremedisinske seksjoner ved andre klinikker i OUS. Målet for utviklingsplanen er å beskrive pasientens helsetjeneste i årene 2020-35. Sykehuset har i dag lokalsykehusfunksjon for bydelene Nordre Aker, Bjerke, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand. Sagene bydel er "utlånt" til Lovisenberg Diakonale Sykehus, og det er overordnede planer som sier at OUS skal ta over lokalsykehusfunksjon for bydelene i Groruddalen (Alna, Grorud og Stovner bydel). Fra 2020 vil for alvor "eldrebølgen" merkes i OUS. "Babyboomer" generasjonen vil gradvis nå pensjonsalderen, og spesielt stor blir økningen i antallet mennesker over 80 år, som øker med nesten 20 000 personer i denne perioden.

Når man ser fram mot 2035 ser man at det er svært sentralt å realisere planen med utbygging av lokalsykehus på Aker så rask som mulig. Akerområdet er allerede regulert til sykehusformål og er optimalt plassert med tanke på kollektivtrafikk (Grønt avtrykk). Storbylegevakten forventes å være ferdig rundt 2023 og vil fungere bedre samlokalisert med et stort og robust lokal/områdesykehus.

### Refleksjoner fra brukerutvalget, sykepleierforbundet og legeforeningen

**Brukerutvalget** - Brukerutvalget trekker frem to faktorer som peker seg ut som premissleverandører for gode helsetjenester. For det første vil den teknologiske utviklingen gi mange føringer og i tillegg er medisinen som sådan i rivende utvikling. Vår evne til å nyttiggjøre oss dette til beste for pasientene er avgjørende for planens suksess.

**Sykepleierne** - Sykehusets ansatte, spesielt sykepleierne, bruker i økende grad mye tid på telefonsamtaler med pasienter, pårørende og andre samarbeidspartnere. Denne virksomheten må i fremtiden bedre understøttes av finansieringssystemet.

Ambulerende team fra hver avdeling vil kunne forebygge innleggelser og bidra til tidligere utskrivelse. Opplæring av hjemmesykepleien i hjemmet til pasienten vil være tidsbesparende og muligheten for oppfølging der pasienten er vil trolig gi pasienten en følelse av medbestemmelse i forhold til å være inneliggende på sykehus. Den ambulerende virksomheten må også finansieres.

Når det forventes at sykepleierne skal øke sin kompetanse, må det legges til rette for fagutvikling og videreutdanning. OUS skal fortsatt være et spesialisert sykehus og sykepleierne må få mulighet til å holde seg oppdatert på forskning og nye prosedyrer. Sykehuset må fortsette å ha spesialiserte avdelinger, men også med mulighet for å kunne ivareta den «generelle» pasienten. Det er viktig å sikre kompetente og stabile fagmiljøer inn i fremtidens OUS.

**Legene** - Legene trekker frem at OUS vil ha behov for avanserte helsetjenester som kun spesialisthelsetjenesten vil kunne tilby. Blant annet gjelder dette:

- Avansert hjertesviktbehandling (re-vaskularisering ved coronarsykdom, pacemakerbehandling, ikke operativ innleggelse av hjerteklaffer med mere).

- En stor diabetespopulasjon som lever lengre (med og uten sykdomskomplikasjoner), men hvor behovet for gode digitale verktøy og samhandling med primærhelsetjenesten blir stort.
- Dialysebehovet vil øke i en aldrende befolkning, et behov som bare delvis kan dekkes av pasientadministrert dialyse eller hjemmedialyse.
- Innenfor gastroenterologien ser man et stadig økende behov for endoskopiske prosedyrer, som delvis vil erstatte behov for kirurgisk intervensjon (tilsvarende som innenfor hjertemedisin).

Sykehuset vil få et stort behov for enerom på grunn av økende forekomst av resistente mikrober i populasjon og en sykehuspopulasjon hvor mange lever med en aller annen type immunsvikt. Selv om «røyke-epidemien» er i tilbakegang vil et stigende antall KOLS-pasienter kreve sykehusressurser, og flere vil få tilbud om ventilasjonsstøtte.

I de siste års helsebudsjett er det lagt inn en effektiviseringsgevinst på ca. 2 % årlig. Flere pasienter behandles, liggetiden i sykehusene går ned, men andelen reinnleggelser er høyt. Med en aldrende befolkning vil det være vanskelig å redusere liggetiden ytterligere. For å kunne gi Oslos og helseregionens økende befolkning et godt helsetilbud de neste 20 år, er OUS avhengig økning i antall senger. For å redusere økningen i sengebehov er sykehuset avhengig av nyinvesteringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU) og nye, tidsmessige arealer.

## 4.12 Hjertesykdommer

Oslo universitetssykehus skal både ivareta lokalsykehusfunksjoner for en økende og aldrende befolkning og spesialiserte funksjoner for Oslo og regionen, samt håndtere nasjonale tjenester. Disse forholdene gjør at man må planlegge for tilstrekkelig fremtidig behandlingsskapitet. Det er viktig at bygg og organisasjon er fleksibelt designet for å kunne ta inn over seg de endringene som kommer. Framtidige arbeidsmetoder vil også utfordre dagens organisering av klinikker og avdelinger. Nedenfor er et sammendrag av forventet utvikling innenfor de største pasientgruppene og innenfor områder der OUS har et særlig ansvar regionalt og nasjonalt. I tillegg beskrives forventede endringer i behandling ut fra ny teknologi og ny medisinsk kunnskap, samt utfordringer dette medfører blant annet for spesialistutdanningen.

### Sykdoms- og fagutvikling

**Hjertesvikt** - Dette er en pasientgruppe som øker i antall. Årsakene er sammensatte, men noe skyldes alder og overvekt. En annen viktig gruppe som vokser i antall i perioden, er pasienter med medfødte hjertesykdommer som nå vokser opp og utvikler hjertesvikt og vanskelig håndterbare arytmier i tidlig voksen alder.

Ekspertene på behandling av hjertesvikt estimerer at nye metoder kan behandle alvorlig hjertesvikt med små pumper som legges inn ved hjelp av mindre (kateterbaserte) inngrep. Dette vil bli et viktig supplement til dagens hjertetransplantasjoner hvor organtilbudet utgjør en betydelig begrensning, og til dagens eksternt bærbare hjertepumper med infeksjonsrisiko. Man ser også for seg at implanterbare sensorer kan muliggjøre monitorering hjemmefra. Arytmibehandling er sentralt i sviktbehandling og beskrives nedenfor.

**Koronarsykdom** - Fremover forventes det fortsatt at koronarsykdom vil være en vanlig sykdom. Befolkningsøkning og et økt antall eldre i samfunnet vil føre til at behovet for behandling forblir stabilt eller lett økende frem mot 2025. To forhold bidrar til å redusere veksten: 1) dødelighet som følge av hjertesykdom er redusert og 2) det har vært en viss tilbakegang av behandlingstrengende pasienter med koronarsykdom.

Opprettelse av nye regionale sentre vil kunne redusere behovet for invasiv kapasitet i OUS. Man må i dette bildet tenke totalkapasitet innen HSØ.

**Arytmier** - Arytmier er et symptom på annen hjertesykdom. Arytmibehandling er en integrert del av behandlingstilbudet ved hjertesykdommer på samme måte som ved koronarsykdom, klaffelidelser, medfødte hjertelidelser og hjertemuskelsykdommer og går altså langt utover det som oftest er tema i den offentlige debatten, nemlig behandling av atrieflimmer.

Dette faget er i betydelig endring. Nye teknologier vil endre måten man behandler og følger opp arytmi-pasienter på, og nye pasientgrupper vil få et behandlingstilbud. Bildedannende teknologier som ultralyd, CT, MR vil i betydelig større grad enn i dag bli integrert del av prosedyrene. Utviklingen vil stille krav til nye laboratorier og sengekapasitet. I tillegg til sine lokal- og regionsfunksjoner har også OUS landsfunksjon innen alvorlig hjertesvikt og medfødte hjertesykdommer (GUCH). Begge disse gruppene vil øke frem mot 2035.

**Klaffesykdommer** - Disse sykdommene er forventet å øke i takt med en voksende og aldrende befolkning. Behandling av klaffesykdommer er i endring fra åpen kirurgi til kateterbasert behandling. Denne utviklingen forventes å fortsette og resultere i økt behov for laboratoriekapasitet og sengekapasitet. Samtidig vil behovet innen kirurgi reduseres tilsvarende.

**Medfødte hjertesykdommer hos voksne (GUCH)** - I 2017 er det ca. 16000 GUCH-pasienter, definert som voksne over 18 år med medfødt hjertefeil. Av disse er det ca. 4000 som er operert. Til og med 2017 er det i tillegg 4000 pasienter < 18 år med hjertefeil som er operert, og som vil ha nådd voksen alder i 2035. Gruppen som er korrigert kirurgisk for sin hjertefeil har OUS et nasjonalt ansvar for og vil utgjøre hovedtyngden av GUCH-pasienter som trenger oppfølging i årene fremover. Hovedutfordringene er utvikling av alvorlig hjertesvikt, alvorlige arytmier, hjertesyke gravide og pasienter som trenger kirurgi for ikke-kardiale tilstander.

**Hjertesykdommer hos barn** - Barnekardiologi er et høyspesialisert fag som omfatter utredning, behandling og oppfølging av hjertesyke barn. Feltet har gjennomgått en dramatisk utvikling i de siste tiårene ved nye og bedre behandlingsmetoder som har medført en betydelig forbedret overlevelse. Hjertesyke barn er en stor og kompleks pasientgruppe ved OUS og behandling av medfødt hjertefeil representerer en av sykehusets nasjonale funksjoner.

Medfødte hjertefeil er vanligste hjertesykdom hos barn. Forekomsten har vært stabil, hos 1,2 % av alle nyfødte (ca. 700 barn per år i Norge). Antallet hjertesyke barn antas å forbli stabilt de kommende årene, noe som betyr at antallet voksne med medfødte hjertefeil fortsatt vil øke. Behandlingen av medfødte hjertesykdommer er en avansert tjeneste som er basert på multidisiplinært samarbeid innenfor sykehuset og tett kontakt med landets barneavdelinger.

Andre hjertesykdommer hos barn er f.eks. rytmeforstyrrelser, hjertemuskelsykdommer og infeksjoner. Nye pasientgrupper vil oppstå, blant annet som følge av genetiske undersøkelser som tidlig avslører risiko for sykdomsutvikling og som følge av innvandring fra land med dårlig tilbud av helsetjenester. Omsorgsbehovet i pasientgruppen øker som følge av økt overlevelse. Flere barn lever med komplekse problemstillinger som øker behovet for oppfølging, re-intervensjoner, transplantasjoner og ikke minst støttetiltak og habilitering. Persontilpasset og tverrfaglig totalomsorg forventes i økende grad.

### **Forskning og utvikling**

OUS har som mål å ligge i front internasjonalt når det gjelder behandling av hjertesykdommer. Dette kan bare skje gjennom systematisk satsing på kvalitet i alle ledd av pasientbehandlingen, forskning,

innovasjon og aktiv bruk av kvalitetsregistre. Dette må derfor være en sentral del av den kliniske virksomheten i tillegg til den forskningen som foregår innen basalfagene og innovasjon.

### Organisering og tiltak

**Genetikk, sykdomsforståelse og behandling** - Ny teknologi med «next generation sequencing» kan undersøke den komplette menneskelige arvemassen. Teknologien øker vår sykdomsforståelse og vil være viktig også innen hjertesykdommer. Genterapi er under utvikling og implementeres allerede ved noen sykdommer.

Tiltak:

- Genetisk tolkning, forståelse og behandling vil bli nødvendig innen alle fagfelt, inkludert hjertesykdommer
- Kompetanse på genetisk sykdom ligger i dag mest ved regionsykehusene, men vil i løpet av de neste 5 – 10 årene kunne fordeles til lokalsykehus etter tverrfaglig opplæring og undervisning og må inn i legenes spesialistutdanning

**Hjertesykdommer og kreft** - Mange pasienter som har blitt behandlet for kreftsykdommer med stråle- og kjemoterapi utvikler hjertesvikt, klaffefeil, hypertensjon, arytmier, koronarsykdom, kardiomyopati og perikarditt. Disse bivirkningene kan oppstå akutt eller mange år etter gjennomgått behandling. Antallet med senvirkninger av kreftbehandlingen vil øke på grunn av øket overlevelse.

Tiltak:

- Mange av pasientene med senvirkninger av kreftbehandlingen kan følges opp av eget sykehus, men mange må også undersøkes ved OUS
- Dette vil kreve økt innsats i bildediagnostiske undersøkelser av hjertet, inkludert CT, ekkokardiografi og MR. Mange pasienter vil trenge kardiologisk behandling, intervensjoner og i noen tilfeller operative inngrep i og rundt hjertet

**Ny utdanningsstruktur for legespesialister** - Den nye strukturen implementeres fra 2019 og de første LIS-3 etter den nye ordningen vil starte i 2022.

Tiltak:

- Foreslåtte læringsmål innebærer at alle LIS også i fremtiden må innom kardiologisk avdeling ved sykehus med thoraxkirurgi
- Den nye ordningen vil kreve mer fleksibilitet og flere ressurser til utdanningen enn i dag. Fram mot 2025 må utdanningsløpet håndtere både gammel og ny modell. Hvordan utdanningen kommer til å endres videre fram mot 2035 er usikkert, men må reflektere den faglige, teknologiske og samfunnsmessige utviklingen.

**Teknologisk utvikling** - Hjertefaget har vært gjennom en betydelig utvikling de siste 20 årene, og det er lite som tyder på at dette ikke fortsetter. Ny kunnskap og teknologi kommer til å endre måten vi behandler pasienter på ytterligere.

Tiltak:

- Bildedannende teknologier (imaging) er sentrale innen diagnostikk og behandling av hjertesykdommer. Den videre utviklingen vil endre måten vi diagnostiserer og organiseringen behandlingen på fordi "imaging" i mye større grad enn i dag vil være en integrert del av denne behandlingen. Dette gjelder både for ultralyd, CT og MR som del av intervensjonskardiologi, arytmi-behandling og kirurgi.

- I tillegg vil de endringene vi i dag ser innen kardiologisk intervensjon og hjertekirurgi komme til å fortsette og dagens organisering av behandlingstilbudene vil utfordres. Virtuelle operasjonsrom, 4D-teknologi, robotteknologi og profesjonsglidning er sannsynlige effekter av økt spesialisering.

**Sentralisering av behandlingstilbud** - Dersom reduksjonen i hjertekirurgi nasjonalt fortsetter, vil det få konsekvenser for OUS.

Tiltak:

- OUS skal ivareta nasjonale tjenester som GUCH, transplantasjoner og alvorlig hjertesvikt og kan komme til å få flere nasjonale funksjoner dersom det hjertekirurgiske faget og behandlingstilbudet svekkes i andre regioner.
- Det samme gjelder innen intervensjonskardiologien hvor også volum og kvalitet henger sammen. Mindre sentra kan få problemer med å utvikle egne behandlingstilbud med tilstrekkelig kvalitet etter hvert som kompleksiteten på behandlingene øker.

**Ny kommunikasjonsteknologi** - Ny kommunikasjonsteknologi vil endre måten vi kommuniserer med både pasienter og samarbeidende sykehus på.

Tiltak:

- Informasjons- og opplæringsoppgaver vil være web-basert for de fleste pasientgrupper. Dette både avlastet og stiller nye krav til helsepersonell.
- Behovet for polikliniske konsultasjoner kan reduseres, mens senger fortsatt vil være nødvendig for de sykeste pasientene.

**Samhandling innen hjertefaget** - Økende spesialisering og kompleksitet innen hjertefaget kan medføre at OUS sine tjenester blir mer etterspurt selv om det ikke dreier seg om formaliserte regionsfunksjoner eller nasjonale tjenester.

Tiltak:

- Etablering av invasive behandlingstilbud (PCI) ved flere helseforetak i regionen vil kunne avlaste OUS for angiografi og PCI.

**Særlige utfordringer i hjertekirurgifaget** - Hjertekirurgifaget har spesielle utfordringer i tiden som kommer. Fallende nasjonale volum og behov for sentraliserte funksjoner til store sentre gjør at OUS vil få et utvidet ansvar.

Tiltak:

- Økende grad av kompleksitet vil øke subspecialiseringen. Rekrutteringen til faget har utfordringer som til dels henger sammen med dette, til dels sammen med fallende volum innen hjertekirurgien og utfordrende vaktbelastninger. OUS må ha et omfattende hjertekirurgisk tilbud i fremtiden.



## 4.13 Muskel- og skjelettsykdommer

Oslo universitetssykehus mottar pasienter med større ortopediske utfordringer enn selve befolkningsøkningen skulle tilsi. Årsaken er en økende andel eldre samt pasienter som kommer fra land med ubehandlede tilstander, inkludert skader (for eksempel fra land med krig).

Et generelt større krav til raskt å gjenvinne funksjon, og beholde ben og armer fremfor amputasjon, tilsier større behandlingsskapitet og økende tverrfaglig tilnærming både med hensyn til indikasjonsstilling for operasjon, den kirurgiske behandling og rehabiliteringen.

Det er en økt tendens til subspecialisering innen ortopedien. Da er det ekstra viktig med samarbeid mellom faggrupper. For eksempel må protesekirurger, som i utgangspunktet arbeider med planlagte operasjoner, være samlokalisert og kunne samarbeide med kollegaer innen skadeortopedien ved brudd rundt proteser og sviktende tidligere bruddfiksasjoner.

Antallet pasienter med implantater og infeksjoner knyttet til dette er økende. Dette krever omfattende kirurgiske tilnærminger i tillegg til spesialtilpasset antibiotikabehandling forordnet i samarbeid med infeksjonsmedisinere og mikrobiologer. Den store andelen infeksjonspasienter er plasskrevende både med tanke på tilpassede rom for operativ behandling, overvåkning og enerom i sengeavdelinger.

Innen noen ortopediske fagfelt er det ønskelig å arbeide ut fra en sentermodell hvor pasienter med felles diagnoser samlokaliseres og behandles ut fra et tverrfaglig perspektiv med enhetlige, gode og effektive behandlingsstrategier.

Det er økende kompetansekrav til alle faggrupper innenfor ortopedien; sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter og leger. En rivende fagutvikling gjør at en er bekymret for om det raskt nok utdannes høykompetente behandlere.

### **Hovedmål**

*Rask og optimalisert pasientbehandling med alle nødvendige faggrupper tilgjengelig innenfor egnede og store nok arealer.*

### **Delmål**

*Effektive og pålitelige elektroniske verktøy med blant annet forbedringer innen lagring av bildedokumentasjon og peroperativ radiologisk navigasjon.*

## Fagets utvikling, mål og tiltak innenfor undergrupper

<p><b>Teknologi</b></p> <p><b>Mål for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tildeling av operasjonstidspunkt når operasjonsindikasjonen er stilt</li><li>• Operasjonsindikasjoner basert blant annet på scoringsverktøy rapportert av pasienten selv</li><li>• Brukervennlige elektroniske verktøy</li><li>• Sykepleierbruk: Talegjenkjenning og automatisk elektronisk registrering av observerte pasientdata</li></ul>	<p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Spesialtilpassede implantater</li><li>• Preoperativ kartlegging av den enkelte pasientens symptomer ved hjelp av dennes egne utfylte scoringsskjema, gjerne elektronisk</li><li>• Mer komplekse operasjoner gir behov for store operasjonsstuer</li><li>• Web-baserte pasientkonsultasjoner med fagpersoner fra andre sykehus, for eksempel for å diskutere operasjonsindikasjon eller ved postoperative kontroller</li></ul> <p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bioaktive medikamenter (lokale og/eller systemiske) for å reparere degenerativt eller skadet vev, for eksempel for å øke brudd-tilheling</li><li>• Perioperativ navigasjon og robotassistert kirurgi for å øke presisjon</li></ul>
<p><b>Samhandling</b> (internt i OUS og med eksterne aktører)</p> <p><b>Mål for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Samlokalisering av det meste av den akutte og den elektive ortopedien</li><li>• Bedre samhandling mellom primærhelsetjenesten og andre eksterne aktører med hensyn til rehabilitering</li></ul>	<p><b>Forventet utvikling for periodene 2020-2025 og 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Intern samhandling på tvers av subspesialiseringer</li><li>• Fellow-ordninger: Systematiske hospiteringsordninger og opplæring av leger og eventuelt andre faggrupper fra andre sykehus som gir felles behandlingsstrategier</li><li>• Økende subspesialisering og samtidig økende samhandling mellom subspesialiteter og faggrupper</li><li>• Økende samhandling mellom primærhelsetjeneste og pasienter med hensyn til behandlingsstrategier</li></ul>
<p><b>Artroskopisk kirurgi</b> (Skuldre, knær, hofter)</p> <p><b>Mål for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Økt tverrfaglig samarbeid og tilnærming med hensyn til konservative behandlingsmetoder</li></ul>	<p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Økt andel skulderkirurgi, spesielt rekonstruksjoner og proteser</li><li>• Spesialtilpassede proteser</li><li>• Sannsynligvis mindre artroskopisk knekirurgi (og muligens skulderkirurgi) for degenerative lidelser</li><li>• Økende behov for samarbeid med fysikalsk medisinere angående konservativ behandlingsmetoder</li></ul>

	<p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bioaktive stoffer som fremmer vevstilheling og regenerasjon av vev basert på biologisk stimulering av kropps-egne celler</li> </ul>
<p><b>Barneortopedi</b></p> <p><b>Mål for perioden 2020-2025:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Flere sengeplasser og bedret operasjonskapasitet</li> <li>Samarbeid med henvisende sykehus, fellow-ordning som sikrer utdanning av flere supspesialister</li> <li>Tverrfaglige møter med pasienter, pårørende, pasientforeninger, primærhelsetjenesten angående enkelte diagnosegrupper</li> </ul> <p><b>Mål for perioden 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Samlokalisering av elektiv og akutt kirurgi</li> <li>Samlokalisering av kirurgisk enhet med alle nåværende fødeenheter og pediatrike avdelinger</li> </ul> <p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Økt sentralisering sannsynlig - men ikke ønskelig for de «letteste» tilfellene</li> <li>Kortere tid fra indikasjon til operasjon innen den elektive kirurgien: økt kapasitetsbehov</li> <li>Mer omfattende kirurgiske prosedyrer med spesialtilpassede implantater</li> </ul>	<p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Økt sentralisering sannsynlig - men ikke ønskelig for de «letteste» tilfellene</li> <li>Kortere tid fra indikasjon til operasjon innen den elektive kirurgien: økt kapasitetsbehov</li> <li>Mer omfattende kirurgiske prosedyrer med spesialtilpassede implantater</li> </ul>
<p><b>Fot- og ankelkirurgi</b></p> <p><b>Mål for perioden 2020-2025:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tettere samarbeid med sykehus i regionen</li> <li>Fellow-ordning for utdanning av flere subspesialister</li> <li>Større operasjonskapasitet og flere sengeplasser</li> <li>Dagkirurgiske sløyfer for enklere kirurgi</li> <li>Desentraliserte poliklinikker i bydelene under supervisjon fra OUS</li> </ul> <p><b>Mål for perioden 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fot- og ankelkirurgisk senter i samarbeid med infeksjonsmedisinere, fagfolk innen diabetesbehandling og yrkesgrupper som arbeider med rehabilitering (spesielt) av amputasjonspasienter</li> </ul> <p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En økende andel pasienter blir kirurgisk behandlet for skader, degenerative lidelser og infeksjoner</li> <li>Rekonstruktiv kirurgi fremfor amputasjoner</li> </ul>	<p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>En økende andel pasienter blir kirurgisk behandlet for skader, degenerative lidelser og infeksjoner</li> <li>Rekonstruktiv kirurgi fremfor amputasjoner</li> </ul>

<p><b>Ortopediske infeksjoner</b></p> <p><b>Mål for perioden 2020-2025:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Etablering av separat ortopedisk infeksjonspost drevet i samarbeid mellom infeksjonsmedisinere og geriatere</li> <li>Forskningssamarbeid, ikke bare med infeksjonsmedisinere, men også med veterinærer og odontologer som driver utstrakt forskning på implantatinfeksjoner</li> </ul> <p><b>Mål for perioden 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennombrudd mht. forebygging og behandling av infeksjoner hos pasienter med implantatinfeksjoner</li> </ul>	<p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Økende antall infeksjoner i muskel- og beinvev hos pasienter med og uten implantater</li> <li>Økende antall diabetespasienter med store sår som krever kirurgisk behandling</li> <li>Økende antall pasienter fra utlandet med utilstrekkelig behandlede infeksjoner, ofte infisert med mikrober som er mindre hyppige i Norge</li> <li>Spesielt implantatinfeksjoner krever omfattende kirurgisk og medikamentell behandling som blant annet er kompetanse- og arealkrevende (enerom). Radikal kirurgi er nødvendig spesielt ved infeksjoner med resistensutvikling</li> </ul>
<p><b>Protesekirurgi</b></p> <p><b>Mål for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Økt tverrfaglig tilnærming</li> <li>Operasjons- og sengekapasitet tilsvarende behov</li> </ul>	<p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025 og 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Flere pasienter med behov for protese - spesielt i kneleddet</li> <li>Økende behov for krevende revisjonskirurgi (utskifting av protesedeler) spesielt hos eldre, pasienter med samtidig flere sykdommer og hos pasienter med infeksjoner</li> <li>Mer systematisk og omfattende forebyggende behandling av artrose i tidlige stadier. Tverrfaglige tilnærminger og i samarbeid med primærhelsetjenesten</li> <li>Økt kompetansebehov innen sykepleierfaget spesielt med hensyn til overvåkning, observasjon og pleie av pasienter som har gjennomgått omfattende protesekirurgi</li> <li>Økende behov for samarbeidsarenaer mellom spesialsykepleiere og primærhelsetjenesten</li> </ul>
<p><b>Ryggkirurgi</b></p> <p><b>Mål for perioden 2020-2025:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Felles, sentralisert ryggvakt for alle spinale skader</li> <li>Bedre rehabiliteringsløyper for pasienter med spinale skader og andre som har gjennomgått kompleks ryggkirurgi</li> <li>Team for peroperativ nevromonitorering</li> </ul> <p><b>Mål for perioden 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Etablering av spinalkirurgisk senter, samlokalisering av elektivt og akuttkirurgisk tilbud for pasienter i alle aldre og med hele spektret av ryggskader - og lidelser.</li> <li>Tverrfaglige behandlingsteam bestående av ortopeder, fysikalsk medisinere, nevrokirurger og spesialfysioterapeuter og nevrologer med tilsynsfunksjon.</li> </ul>	<p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sentralisering av avansert og noe mindre avansert, ryggkirurgi</li> <li>Flere kirurgisk krevende prosedyrer for å optimalisere pasientens funksjon</li> <li>Kostbare, men pasientvennlige, prosedyrer hos barn og unge med ryggskjevhet (skoliose)</li> <li>Navigasjon og robotassistert kirurgi for å øke kirurgisk presisjon</li> </ul> <p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Allmenn medikamentell osteoporosebehandling gir relativt sett mindre behov for kirurgisk behandling av ryggbrudd hos eldre</li> </ul>

<p><b>Traumatologi (skadebehandling)</b></p> <p><b>Mål for perioden 2020-2025:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samlokalisering av subspesialiteter, fortsatt samarbeid mellom kirurger som arbeider med elektive og akutte problemstillinger</li> <li>• Tilgjengelige gode preoperative planleggingsverktøy basert på radiologiske undersøkelser</li> <li>• Bedre perioperative radiologiske metoder (CT, navigasjon, bildeoverføring til elektronisk pasientjournal)</li> <li>• Etablering av raskere tilgjengelige rehabiliteringsløyper</li> </ul> <p><b>Mål for perioden 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablering av senter for geriatrisk bruddbehandling og høyenergiskader</li> </ul>	<p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2020-2025:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilpasning og utvikling av implantater spesielt til pasienter med osteoporose og beindefekter</li> <li>• Økende behov for behandlingsskrevende nerve- og bløtdelsrekonstruksjoner, noe som stiller krav til kompetanse, operasjonsstuer- og tiden pasientene er innlagt</li> <li>• Økt behov for operasjonskapasitet til tidlige intervensjoner</li> <li>• Større rekonstruksjoner og økende behov for å gjenopprette pasientens funksjonsnivå, gir større behov for tverrfaglig tilnærming fra flere subspesialiteter (plastikkirurger og nevrokirurger)</li> </ul> <p><b>Forventet fagutvikling for perioden 2025-2035:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bioaktive midler utvikles for å bedre bruddtilheling</li> </ul>
---	--

## 4.14 Bildediagnostikk og nukleærmedisin

Oslo universitetssykehus har organisert bildediagnostikken i Klinik for radiologi og nukleærmedisin. Klinikken har betydelig radiolog- og radiograffaglig kompetanse innen alle modaliteter og radiologiske «subspesialiteter», har landets største nukleærmedisinske avdeling med omfattende kompetanse innen fagets ulike disipliner, inkludert PET/CT, samt en avdeling for diagnostisk fysikk. Fagområdene har tilknyttet omfattende forskning innen 13 forskningsgrupper og har et stort antall innovasjonsprosjekter.

### Aktivitet og utstyr

Klinikkens ansatte utfører ca 700 000 undersøkelser per år og gransker i tillegg ca 70 000 eksternt utførte undersøkelser. Virksomheten har hatt en sterk vekst i aktivitet og personell de siste årene, vesentlig pga. en stor vekst i CT, MR og PET/CT-undersøkelser.

Til tross for at den radiologiske kapasiteten er blitt betydelig bedret, er den fortsatt for lav til at undersøkelser og svarrapporter kan foreligge når klinikere ønsker det. Årsakene til dette er endringer i behandlings- og kontrollopplegg, krav til raskere diagnostikk og utredning, klinisk forskning, teknologisk utvikling, mer intervensjonsradiologi og mer deltakelse i sykehusets og regionens multidisiplinære team (MDT)-møter.

Virksomheten har omfattende medisinsk teknisk utstyr ved de ulike sykehuslokalisasjoner og har årlig et stort investeringsbehov for vedlikehold og fornying av utstyrspark.

Klinikken har i 2018 to ulike RIS/PACS-systemer og har et stort behov for samordning i felles system både innad i sykehuset og med resten av regionen.

### Fagets utvikling

De radiologiske og nukleærmedisinske fagområdene vil som mange andre fagområder i stadig sterkere grad være preget av kravene til presisjonsmedisin/personiltilpasset medisin. Dette vil innebære flere bildediagnostiske undersøkelser av den enkelte pasient og kortere tidsintervaller mellom undersøkelsene. Sammen med befolkningsvekst og en relativ økning av den eldre del av befolkningen, setter dette store krav til bildediagnostisk kapasitet i årene som kommer.

### **Molekylær bildediagnostikk og behandling**

- Fremtidens bildediagnostikk vil i mye større grad enn i dag utforske «rotårsaken» til sykdom, ikke bare visualisere sykdommens makroanatomiske manifestasjoner. Rotårsaken til mange sykdommer er å finne i dysfunksjonelle cellulære og subcellulære fysiske og kjemiske prosesser, eksempelvis mitokondriell dysfunksjon. Slike prosesser kan visualiseres og måles med avbildningsteknikker som samlet går under betegnelsen molekylær bildediagnostikk.
- Molekylær bildediagnostikk kan kombineres med modaliteter som PET, SPECT, MR, CT, ultralyd, samt nyere teknikker.
- Molekylær bildediagnostikk benytter spesielle kontrastmidler som kan tilkobles et terapeutisk agens, f.eks. en radioaktiv substans som leverer målrettet strålebehandling. For radiologi og nukleærmedisin vil dette innebære at personalets kompetanseområde må utvides og at tett samarbeid med andre profesjoner blir enda viktigere. For OUS vil det ha avgjørende betydning å ha nærhet til og kontroll med produksjon og utvikling av radiofarmaka til både diagnostikk og terapi.

### **Mikro- og makroanatomisk bildediagnostikk**

- Den teknologiske utviklingen av kjente bildediagnostiske modaliteter som PET/CT, CT, MR og ultralyd vil føre til at det per undersøkelse blir produsert enda flere bilder med bedre kvalitet på kortere tid. Modalitetene vil bli mer kostnadseffektive, men informasjonen som den enkelte diagnostiker skal prosessere etter hver undersøkelse, vil øke.
- Programvarer for bildeanalyse er under kontinuerlig utvikling og vil føre til at analyser som i dag er eksperimentelle eller forbeholdt forskning, i morgen vil være tilgjengelige i vanlig klinisk drift. Dette vil innebære en heving av den diagnostiske kvaliteten og derved føre til enda bedre pasientbehandling. Det vil gi en mer presis fremstilling av mikroanatomisk struktur og funksjon.

### **Bilediagnostikk og kunstig intelligens**

- Vanlige radiologiske og nukleærmedisinske digitale bilder inneholder langt mer informasjon enn den som er synlig ved å betrakte bildene på en skjerm. Denne «skjulte» bildeinformasjonen kan analyseres av datamaskiner og sammenlignes med andre data (billedata, kliniske data, gendata) i store databaser og derved gi opphav til en langt mer presis diagnose. Denne form for «kunstig intelligens» kan kalles automatisert computertolkning og -diagnose, eller på engelsk clinical decision support, CDS. Analyse av «skjult» bildeinformasjon kalles gjerne «radiomics». Dette vil gi beslutningsstøtte for presisjonsmedisinen. Potensialet er stort, kanskje aller størst innen onkologien.
- Radiologenes implementering av kunstig intelligens vil være helt nødvendig for å kunne håndtere den økende informasjonsmengden og for å kunne innfri samfunnets (og pasientenes) krav til bedret sensitivitet og spesifisitet i bildediagnostikken. Kunstig intelligens vil ikke erstatte radiologene, men vil avlaste dem i rutinepreget arbeid og vil kunne peke på suspekte funn utenfor «oppmerksomhetsområdet».

### **Bildeveiledet pasientbehandling - intervensjonsradiologi**

- Endovaskulær behandling ved hjerneslag (trombektomi) er nå en anerkjent metode som sammen med trombolyse har revolusjonert behandlingen for denne pasientgruppen. Man må forvente en betydelig økning av denne virksomheten.

- Innen hjerte/thorax- og karkirurgi ser man at pasienter nå kan tilbys behandling med minimalt invasive metoder uten stor kirurgi, som behandling av aortaklaffesykdom med perkutan klaffeimplantasjon. Det samme ser man ved behandling av sykdom i hovedpulsåren, med perkutan behandling av hele aorta inkludert aortabue med avgående halskar.
- Endovaskulær metode med utvikling av aorta stentgraft med åpninger eller grener til arterier til tarm, nyrer og bekkenorganer forventes å fortsette, slik at færre pasienter trenger åpen kirurgi. Det samme gjelder behandling av oblitererende aterosklerose i bekken- og underekstremitetsarterier.
- Endovaskulær behandling har de senere år blitt aktuelt innen nye områder, som ved embolisering av arteriene til prostata ved benign prostatahyperplasi. Bruk av denne metoden forventes å øke i kommende år.
- Intervensjonsonkologiske metoder, for eksempel selektiv intern radioembolisering, kjemoembolisering og ulike ablasjonsmetoder, supplerer eller erstatter i økende grad både kirurgi og tradisjonell kjemoterapi, og bidrar til at et økende antall pasienter har et behandlingstilbud.
- Bruk av intervensjonsradiologiske metoder for å stanse blødninger, enten blødningen skyldes skade eller sykdom, vil trolig tilta i takt med faglig utvikling og bedre utstyr.
- Samlet vil utvikling av ny teknologi, økningen av kombinerte prosedyrer og forventet økning i antall eldre pasienter, kreve økte ressurser innen intervensjonsradiologi. Intervensjonsradiologene vil i økende grad arbeide klinisk, i tett kontakt med kliniske avdelinger.

### Kompetanse

Noen av kravene (og forventningene) til fremtidens profesjonsutøvere innen radiologiske og nukleærmedisinske fag kan oppsummeres som følger:

- Økt grad av subspesialisering, med et godt samarbeid med subspesialiserte klinikere. Dette vil bidra til optimalisering av diagnostikk og kontroll av påvist sykdom.
- God og empatisk kunnskapsformidling til pasienter og pårørende for å sikre gode samvalg ved diagnostikk og behandling
- Deltakelse i regionale og nasjonale faglige nettverk for å innfri pasientenes og myndighetenes krav til optimal diagnostisk kvalitet uavhengig av bosted. Dette vil til en viss grad føre til en sentralisering av avansert diagnostikk, men vil også gi mulighet for desentralisert tilstedeværelse av radiologer eller nukleærmedisinere.
- Deltakelse i tverrfaglige team med fysikere, matematikere, ingeniører, statistikere o.a. Kravet til tverrfaglighet vil øke med innføring av molekylær avbildning, mer avanserte bildeanalyser, kunstig intelligens.
- Involvering i utviklingen og innføringen av programvare for bildediagnostikk, inkl. kunstig intelligens.
- Oppbygging av store radiomics-databaser, nødvendig for utviklingen av beslutningsstøtte for presisjonsmedisin.

## Utdanning

- Utdanningsløpet for medisinstudenter og leger i spesialisering (LIS) er i endring. Utdanning innen bildediagnostikk må følge fagenes utvikling, være kunnskapsbasert og gjenspeile de siste forskningsresultater og internasjonale trender. Fagenes utvikling forventes å gjenspeile seg i økende deltakelse i master- og doktorgradsprogrammer.
- Den teknologiske utviklingen med nye bildegenererende teknikker vil påvirke fremtidige kompetansebehov og utfordre utdanningssystemene. Effektiv kompetanseutvikling vil kreve gjennomtenkt arbeidsdeling mellom de ulike profesjonsutøvere innen radiologiske og nukleærmedisinske fag.

## Forskning og innovasjon

OUS er i ferd med å etablere et bildeforskningscenter, ImTECH, der utvikling av fremtidens bildediagnostikk vil få en sentral plass. Senteret vil bl.a. være tungt involvert i utviklingen av medisinsk teknisk utstyr og programvare for bildeanalyse og radiomics.

## Kommunikasjon og samhandling

Frem mot 2035 forutsettes at all kommunikasjon av pasientopplysninger og tilhørende bildeundersøkelser foregår digitalt og pasientsikkert på en langt mer smidig måte enn i dag. Dette vil heve både kvaliteten og effektiviteten for bildediagnostiske avdelinger og deres samarbeidspartnere. Følgende dataløsninger bør komme på plass i løpet av de neste 5-10 år: Nasjonalt RIS/PACS, nasjonalt multimediearkiv integrert med EPJ, strukturert henvisning med beslutningsstøtte, strukturert svarrapport med lenker til alle relevante bildeserier, samt deling av all bildeinformasjon med henvisende lege og pasient.

## Intern samhandling

Innen et 5-års perspektiv forutsettes at følgende er på plass og bidrar til bedre intern samhandling:

- Felles RIS/PACS. Dette er nødvendig av hensyn til pasientsikkerheten, vil være ressursbesparende for alle og gi en bedre utnyttelse av kapasitet og kompetanse.
- Elektronisk henvisning med beslutningsstøtte. Dette vil gi bedre ressursutnyttelse av bildediagnostiske tjenester og bidra til riktigere valg av modalitet.
- Strukturerte svarrapporter. Dette vil bidra til bedret rapportkvalitet og sikre at rapporten inneholder all nødvendig informasjon for den aktuelle problemstilling. En strukturert rapport vil ha lenker til relevante bildeserier og legger til rette for uthenting av data til statistisk analyse.
- Mer bruk av videokonferanser innad i OUS og fullverdige RIS/PACS-løsninger for «hjemmekontoret» vil kunne bidra til mer effektiv drift.

## Samhandling med andre sykehus

- Effektiv samhandling med andre HF vil kreve gode IKT-løsninger, enten i form av felles RIS/PACS (regionalt og evt. nasjonalt) eller gode kommunikasjonsløsninger for ulike RIS/PACS. Samfunnets økte krav til lik kvalitet innen diagnostikk og behandling uavhengig av bosted, vil gi OUS økt belastning i form av regranskning (2nd opinion) av undersøkelser utført ved andre HF, og trolig også primærgranskning av mer kompliserte undersøkelser utført ved andre HF. Det må vurderes om pasientgrupper som i dag kontrolleres ved OUS, i stedet blir kontrollert, både klinisk og bildediagnostisk, ved sitt hjemsykehus. Dette vil trolig kreve både økt kapasitet og økt kompetanse ved andre HF, ikke minst gjelder det PET-kompetanse i regionen.



- Kravene til optimal diagnostisk kvalitet uavhengig av bosted vil kreve større grad av standardisering av undersøkelsesprotokoller enn hva som er praksis i dag. Undersøkelsesprotokoller bestemmes ut fra klinisk problemstilling, men blir også påvirket av hvilket utstyr man har til rådighet. For viktige kliniske problemstillinger bør det utarbeides evidensbaserte retningslinjer for hva en adekvat undersøkelse skal omfatte av bildeopptak på et overordnet nivå. Slike retningslinjer må jevnlig oppdateres i takt med utvikling av faget.

### Samhandling med andre eksterne

- Det vil også i fremtiden være behov for private tjenester innen radiologi og nukleærmedisin. For enkelte diagnosegrupper og undersøkelsestyper har konkrete avtaler mellom HF og private aktører vært til gjensidig nytte og til glede for pasientene. Slike avtaler må stille krav til kvalitet og responstider og forutsetter et godt samarbeid, inkludert utveksling av protokoller og prosedyrer.
- Samhandling med primærhelsetjenesten vil bli fremmet av elektronisk henvisning (IHR) med beslutningsstøtte. Behovet for beslutningsstøtte ved henvisning til bildediagnostikk er trolig større i primærhelsetjenesten enn i sykehus.

### Bruk av nye digitale løsninger

Implementering av kunstig intelligens og radiomics har mange utfordringer:

- Standardisering av bildeopptak. Skal stordata bildeanalyser bli konsistente og valide, må de data som skal analyseres (f.eks. histogramanalyse, mønstergjenkjenning) være innhentet på en standardisert måte
- Oppbygning av store databaser. Store databaser i radiomics-sammenheng vil være nasjonale og internasjonale, og etablering og oppbygning av slike vil kreve nye løsninger for å ivareta personvern og datasikkerhet.
- Deling av data på tvers av institusjoner og land. Dette vil kreve tilgang til skyløsninger på tvers av institusjoner, regioner og land, noe som krever sikrere IT-løsninger og oppdatert lovverk.
- Standardisering av analyseverktøy. Skal analyser av stordata bli sammenlignbare og pålitelige, må også verktøyet som benyttes til analysene, bli standardisert

### Oppsummering av fremtidig behov

- Frem mot 2035 vil antall pasienter øke mer enn befolkningsveksten. Andelen eldre blir større, og de gamle blir enda eldre med flere tilfeller av kreft og større komorbiditet.
- Behovet for bildediagnostikk og bildeveiledet intervensjonsbehandling vil øke mer enn økningen av antall pasienter. Antall bildediagnostiske undersøkelser per pasient vil øke, og de mest ressurskrevende undersøkelsene (CT, MR, PET/CT, PET/MR) vil øke mest.
- For OUS vil behovet for bildetolkning øke mer enn behovet for økt egenproduksjon.
- Det forventes økende bruk av radiologiske modaliteter ved ulike kirurgiske inngrep.

## 4.15 Laboratoriemedisin

God laboratoriediagnostikk er avgjørende for å sikre god behandling av alle pasientgrupper, og avdelingene i klinikk for laboratoriemedisin bidrar med dette inn i alle pasientforløp. Klinikkenes virksomhet påvirkes av samfunnsutvikling og demografi samt av fag- og teknologiutvikling.

### Fag- og teknologiutvikling - Implikasjoner for klinikk for laboratoriemedisin

**Persontilpasset medisin** - Persontilpasset medisin, presisjonsmedisin og skreddersydd medisin er begreper som brukes om en medisinsk behandling som er spesialtilpasset den enkelte pasient på en helt annen måte enn i dag. Alle sykdomsgrupper har et stort potensiale for forbedret behandling gjennom mer persontilpassing av behandlingen.

Mot 2035 antas en utvikling med stort behov for integrert analyse av data fra genomikk, proteomikk, metabolomikk og digitalisert bildediagnostikk av celler og vev for alle fagfelt i tillegg til kliniske data.

Etablering av de viktigste muliggjørende teknologiene for PM vil måtte skje i avdelinger i KLM. Storskalateknologiene som er aktuelle har ulik klinisk modenhet. Genomikken er den mest modne og er allerede i noe omfang etablert diagnostikk i KLM. Andre «omics»-teknologier som proteomikk og metabolomikk forventes å videreutvikle seg fra forskningsverktøy til nyttige diagnostiske metoder i årene som kommer. De analytiske plattformene for å undersøke metabolomet brukes allerede ved mistanke om medfødte metabolske sykdommer, men har et potensiale for anvendelse i utredningen av en rekke andre vanlige sykdommer og tilstander som for eksempel diabetes og stoffskiftesykdommer. Et annet viktig utviklingstrekk er at den enkelte pasients evne til å respondere på og tolerere aktuell behandling får økende betydning og derved at farmakogenomikk blir et sentralt fundament for persontilpasset medisin. Innen laboratoriefag ses nå en økende bruk av digitaliserte bilder slik man har sett innen radiologi. Innen 2025 foregår antakelig det meste av morfologisk diagnostikk i patologi på en digital plattform, og ikke i mikroskop. Innen bakteriologi forventes også en overgang fra tradisjonell avlesning av dyrknings-skåler til digital bakteriologi. Kunstig intelligens (KI)-støtte til diagnostikk forventes også å få økende betydning.

**Farmakometri** - Farmakometri innebærer å bruke objektive matematiske algoritmer/modeller med systematisk pasientinformasjon til å kalkulere konsekvens for legemiddelbehandlingen. Beregningsmodellene er basert på omfattende datamateriale i den aktuelle pasientpopulasjonen. Dette brukes sammen med den individuelle pasientens kliniske data (eks. farmakologi, fysiologi, demografi, genetikk) til å predikere og simulere kliniske utfall ved ulike behandlingsvalg, og gir dermed nyttig beslutningsstøtte for videre behandling. Dette forventes å bli et viktig element innenfor persontilpasset medisin.

**Digital patologi** - Prognosen tilsier at antall krefttilfeller vil øke betydelig framover, samtidig som flere overlever kreft. Flere av de som overlever kreft i første omgang vil imidlertid ha en «kronisk» kreftsykdom og seneffekter etter behandling som krever diagnostisk oppfølging/monitorering. Omfanget av arbeid per laboratorieprøve øker fordi det hele tiden utvikles nye tester som skal gjøres på tumormaterialet for å gi pasienten optimal behandling. Disse tre forholdene tilsier at belastningen på patologilaboratoriene vil øke sterkt framover. Digitalisering er en metode som kan åpne for endrede driftsformer innen patologi, og som kan redusere flaskehals. Rasjonalet for digitalisering av patologi er godt dokumentert.

**Big Data** - Storskala analysemetoder er i noen grad alt implementert i laboratoriediagnostikken, og vil øke betydelig i omfang i årene som kommer. Det vil føre til behov for en IKT-infrastruktur for

tungregning og tunglagring. Digitalisering av bildediagnostikk (digital patologi) vil medføre det samme behovet.

**Selvmonitorering** - Parallelt med storskala analyser i diagnostikk og digitalisert bildebehandling innen patologi, forventes økende bruk av selvmonitoreringsutstyr hos pasienter. Slikt utstyr vil kunne bli knyttet opp mot automatiserte IKT-algoritmer for kontinuerlig monitorering og diagnostikk. Å samle ansvaret for selvmonitoreringsløsninger i ett miljø vil kunne sikre kvalitet, pasientsikkerhet og kostnadseffektivitet bedre enn om en lang rekke ulike kliniske miljøer skal etablere separate løsninger for bruk av slikt utstyr. En samlet organisering vil også bedre kunne trygge hensynet til personvern og etterlevelse av personvernforordningen.

### Organisering av laboratoriemedisin

Mellomlangsigtede tiltak (-2025)	Langsigtede tiltak (-2035)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS tilbyr diagnostikk basert på genomikkanalyser innført for analyser innen alle laboratoriespesialiteter.</li> <li>• OUS sørger for at målrettet medikamentkartlegging («drug screens») i kulturer av kreftceller er innført i større grad.</li> <li>• OUS har utvidet bruk av hurtigdiagnostikk for rask påvisning av smittestoff og resistensbestemmelse.</li> <li>• OUS legger til rette for at allerede etablert screening for livmorhalskreft (HPV), brystkreft og tykktarmskreft kontinueres, og høyriskopasienter plukkes ut for videre undersøkelser (selektert screening) på basis av arvelighet, arbeidsmiljø og livstil.</li> <li>• OUS er pådriver for videre digitalisering av patologiaget.</li> <li>• OUS sørger for økende grad av automatisering av laboratorieanalyser innen all laboratediagnostikk - også innen tradisjonelt manuelle laboratedisipliner som bakteriologi og patologi.</li> <li>• OUS bidrar til at ny generasjon av laboratoriespesialister med kompetanse innen storskala molekylære analyser og «big data analytics» er under utdanning.</li> <li>• OUS ansetter i større omfang nye yrkesgrupper (f.eks. med bioinformatikk- og biostatistikkkompetanse, kombinert med høy IKT-kompetanse).</li> <li>• OUS bidrar til implementering av selvmonitorering for enkelte pasientgrupper.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nytt laboratoriebygg ved OUS er ferdigstilt</li> <li>• OUS bidrar til at genomsekvensering av hele befolkningen er blitt rutine m.t.p. screening og fortløpende diagnostikk basert på ny kunnskap («in silico» rekvirering av analyser).</li> <li>• OUS sørger for at mikrobiom (diagnostisk kartlegging av bakteriesammensetning og bakterielle faktorer hos mennesket) er innført som rutinediagnostikk for en del sykdommer.</li> <li>• OUS legger til rette for at andre storskala analytiske metoder (metabolomikk, proteomikk) er etablert for en del sykdommer.</li> <li>• OUS etablerer et «mottakssenter» for pasientnær monitorering og analyse</li> <li>• OUS bidrar til etablering av regionalt og/eller nasjonalt IKT-senter for tungregning og tunglagring OUS etablerer en «avdeling» for «big data analytics» innen diagnostikk En ny «forskningsbiobankavdeling» bør opprettes, med ansvar for alle prospektive biobanker ved sykehuset, og som samler materiale fra klinikkens prøvetilganger.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS sørger for at kliniske beslutningsstøttesystemer og kompetanse til utvikling av dette er etablert i laboratoriefagene.</li> <li>• OUS sørger for at laboratoriefagene forblir hoveddeltakere i de tre prospektive biobankene: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kreftbiobank.</li> <li>○ Nevrobiobank.</li> <li>○ Hjerte/karbiobank</li> </ul> </li> </ul>	
--	--

Mye taler for at diagnostikk generelt vil organiseres annerledes i fremtiden. Den kan bli mer sykdoms- eller temaorientert, slik at alle labfag på en hensiktsmessig måte samarbeider om å løse det diagnostiske problem for den enkelte pasient. I fremtidens OUS bør prøver som samtykkes anvendt til forskning, samles effektivt og være optimalt tilgjengelig for videre forskning. Dette krever at prøveinnsamlingen til biobanking følger prøvestrømmen til analysene ved KLM ved integrering av biobanking med øvrig rutinedrift.

Videre teknologisk utvikling av laboratoriefagene, inkludert automasjon, digitalisering og IKT-støtte, vil ha stor betydning for mer rasjonell utnyttelse av ressurser, prøveflyten i laboratoriene, anvendelse av billedanalyse i diagnostikken og for økt funksjons- og oppgavedeling mellom sykehus og regioner. Patologifaget har et langt større utløst potensiale på disse områdene. Økt forekomst av kreft, nye screeningprogrammer og mer satsing på persontilpasset medisin vil kreve både økt volum og mer avansert diagnostikk i patologi, og nye og økte kompetansekrav krever økt satsing på rekruttering til patologifaget. OUS har en nøkkelrolle i den nye spesialistutdanningen, og det kreves økt utdanningskapasitet i patologi for hele regionen.

Tilgang til tung IKT-infrastruktur og avansert IKT-kompetanse blir avgjørende for utvikling av nødvendige IKT-verktøy for (semi-)automatisert analyse av svært store datamengder. OUS vil arbeide for å etablere et regionalt (evt. nasjonalt) tungregnesenter for helsetjenesten i samarbeid med UiO.

Den medisinske og teknologiske utviklingen i laboratoriefagene vil utfordre mulighetene for helseforetakene til å tilby tilstrekkelig avansert diagnostikk lokalt. For at pasientene i regionen skal sikres et likeverdig helsetilbud for laboratoriediagnostikk, må regionsykehuset i større grad bidra i kompetanseoverføring og annen bistand til øvrige HF. Regionsykehuset bør også i større grad kunne ta på seg å utvikle og levere CE-merkede «in house» reagenser og produkter til øvrige HF der dette ennå ikke kan leveres fra industrien.

En tilstrekkelig kapasitet i OUS til å levere laboratoriediagnostikk både til de private ideelle sykehusene og egne sykehus er avgjørende for å kunne sikre et likeverdig helsetilbud i Oslo sykehusområde. Videre vil det være viktig at OUS har tilstrekkelig kapasitet til å kunne ha hovedansvaret for laboratorietjenestene for primærhelsetjenesten og avtalespesialistene i eget sykehusområde, på linje med andre HF i HSØ. Dette krever økning i kapasiteten i forhold til i dag, men vil også gi en mer rasjonell driftssituasjon.

Utvikling av et godt faglig nettverk i laboratoriemedisin i Helse Sør-Øst vil kunne styrke forutsetningene for bedre funksjons og oppgavefordeling og samhandling mellom helseforetakene i regionen. Dette krever gode IKT-løsninger.

## 4.16 Traumatologi

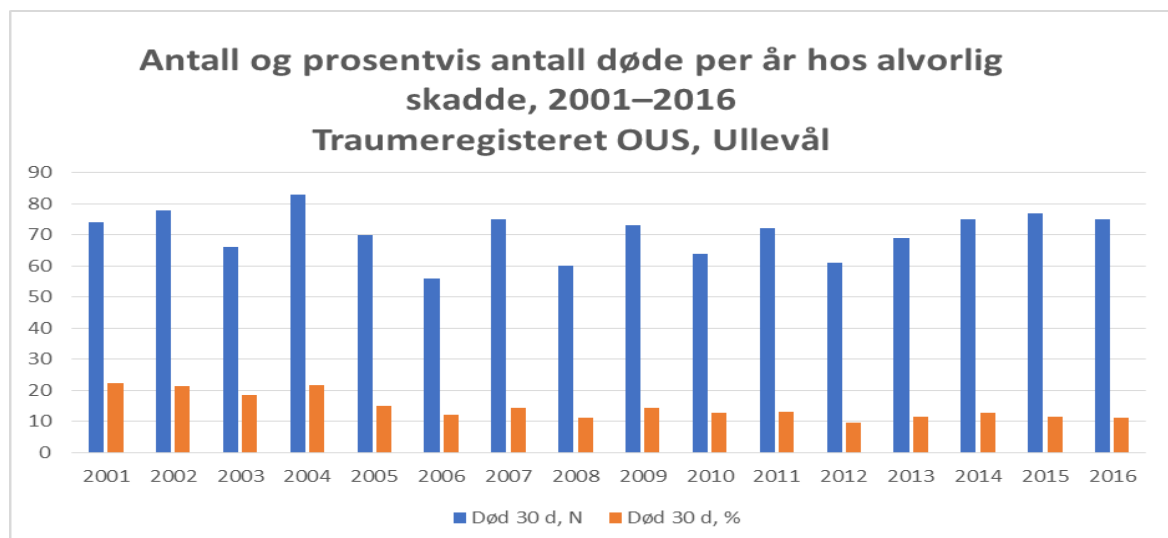
Traumatologi er i sin natur tidskritisk, tverrfaglig, og forutsetter høyspesialisert akuttkompetanse. Oslo universitetssykehus, Ullevål har landets største akutt- og beredskapsmiljø.

Det er en rekke gjensidige avhengigheter mellom akuttmedisin, akuttkirurgi og traumatologi som stiller krav til tett samarbeid mellom spesialiteter og volum for vedlikeholdt kompetanse. Både nasjonalt og internasjonalt er det økende fokus og forventinger til beredskap, spesielt for store hendelser og terror. Figuren til venstre viser at mortaliteten i denne gruppen er halvert, og har gått ned fra 22,4% i 2001 til 11,4%. Antall døde med ISS > 15 er omtrent konstant til tross for at pasientinkludering har økt fra 843 i 2001 til 2062 i 2016

Det er bred enighet om at nøkkel til suksess i ekstraordinære beredskapssituasjoner er et velfungerende system i det daglige og at den samme jobben skal gjøres i en beredskapssituasjon som i daglig drift.

Antall alvorlig skadde behandlet ved OUS, Ullevål har vært jevnt økende og vanligste skademekanismer er veitrafikkulykker, fritids- og arbeidsulykker samt vold, ofte i kombinasjon med rus. Skader er hyppigst forekommende dødsårsak i aldersgruppen 1–40 år. Adekvat organisering av traumatologi i Norge er godt beskrevet i «Nasjonal Traumeplan», inkludert krav til traumesenterfunksjon. [www.traumeplan.no](http://www.traumeplan.no). Videre har OUS utarbeidet eget «Policydokument» for traumatologien i OUS.

**Figur 16: Antall døde og %-vis antall døde i gruppen av pasienter med alvorlig skade (Injury Severity Score (ISS) > 15) for perioden 2001–2016. Basert på seleksjon av 8.124 pasienter**



### Sykdomsutvikling

Bedrede levekår og økt forventet levealder, tilflytting og nybygging i større byer samt økt økonomisk og sosial frihet tilsier at de vanligste skademekanismene som nevnt over vil fortsette å generere mange alvorlig skadde.

Eldre og sykere pasienter vil overleve med økt bruk av sykehusressurser, spesielt intensivavdelinger og avdelinger for rehabilitering.

### Fagutvikling 2020-2025

Den sykehusbaserte traumatologien vil i minimal grad bli påvirket av nye trender innenfor helsetjenesten i form av bedret teknologi, telemedisin, skifte fra inneliggende til poliklinisk behandling samt hjemmebaserte tjenester, robotkirurgi etc. Når det gjelder teambasert tidskritisk behandling vil telemedisin alltid utgjøre et dårligere tilbud enn tilstedeværelse.

- Det er økende subspecialisering i alle fag. Dette gjør det vanskeligere å samhandle i akutte situasjoner.
- Økende ikke-operativ behandling av skader er en ressurskrevende kirurgisk beslutning som krever erfaring.
- Økende krav til reell kvalitetssikring i hele behandlingsskjeden.
- Mindre toleranse i befolkningen for uønskede hendelser og feil.
- OUS er i betydelig og økende grad regional akutt bakvakt.
- Økt sentralisering både for traume/akuttkirurgi/akuttmedisin.
- Økende ansvar mot regionen, oppfølging og fagutvikling.

### Fagutvikling 2025-2035

- Terrorberedskapen vil bli stadig viktigere. Dette krever et stort og høyspesialisert akuttmiljø som vedlikeholder bred kompetanse (på samme lokalisasjon).
- Mer uttalt subspecialisering innen mange fagområder, mer høyspesialisert akuttmedisinsk behandling.
- Mer krevende å vedlikeholde akuttmedisinsk kompetanse.
- Strengere kompetansekrav til behandling av barn.
- Flere eldre – økt behov for samarbeid med medisin/geriatri – økt komorbiditetsproblematikk.
- Endring i infeksjonsbilde/resistensproblematikk – behov for isolater vil øke. Beredskapsaspektet må ivaretas.
- Videreutvikling av diagnostikk – utvidet samarbeid med radiologisk fagområde.
- Videreutvikling av resusciteringsstrategier – nært samarbeid med blant annet laboratoriemedisin og blodbanken.
- Samlokalisering av traumebehandling med annen akuttvirksomhet, for å opprettholde god kvalitet.

### Organisering

Med tanke på å ha god beredskap ved ekstraordinære hendelser eller terror bør OUS øke bevisstheten knyttet til fremtidig kapasitet innen øyeblikkelig hjelp, herunder overvåkningskapasitet. Videre vil det være viktig å vurdere behovet for flere rehabiliteringsplasser.

**Hovedmål: Ingen unngåelige dødsfall**

#### **Delmål:**

- *Dagens kvalitet på tjenestene innen traumatologi og beredskap opprettholdes eller bedres.*
- *Alle spesialiteter som driver med akuttbehandling av pasienter må være umiddelbart tilgjengelige. Traumatologien må organiseres rundt pasienten for å unngå forsinkelser på grunn av transport av pasienter og personell.*
- *Følge samfunnsutviklingen med økt beredskap for ekstraordinære hendelser og terror.*

### Forutsetninger for å lykkes med tiltakene

For å lykkes med tiltakene må noen forutsetninger ligge til grunn ved OUS:

- Øke kapasiteten for å holde tritt med veksten i traumatologien og akuttmedisinen.
- Bevare bred tverrfaglig høyspesialisert kompetanse i akuttforløpene.
- Akutt usortert utredning og behandling holdes samlet.

- Akuttpsykehuset bør være hovedarbeidssted for alle som behandler akuttpasienter.
- Vurdering av hvor mye akutt- og lokalfunksjon som kan skilles fra traume for å vedlikeholde regional høyspesialisert akutt bakvakts- og beredskapsfunksjon.

Tiltak på mellomlang sikt 2020-2025	Tiltak på lang sikt 2025-2035
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitetssikre og risikovurdere sykehusets fremtidsplaner i lys av traumatologi og øvrig akuttmedisinsk beredskap.</li> <li>• Sikre tilstrekkelig behandlingsskapasitet innen traumevirksomheten, herunder personell, utstyr og areal.</li> <li>• Utrede kostnader ved å opprettholde forventet kvalitet og kapasitet innen beredskap lokalt, regionalt, nasjonalt.</li> <li>• Sikre et triagerende akuttinntak i OUS – en dør inn – der pasienten er i fokus.</li> <li>• Etablere traumekirurgisk sengepost med optimalisering av pasientforløp inkludert dedikerte spesialfunksjoner som sosionom, ernæringsoppfølging etc.</li> <li>• Øke antall rehabiliteringssenger på traumesenteret, dvs. 2 senger per 500.000 innbyggere Etablere brannskadeavsnitt i OUS, med plastikkirurgisk seksjon samlokalisert på Ullevål.</li> <li>• Allokere ressurser til kompetanseheving for alt involvert personell i de ulike akuttforløpene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sikre tilstrekkelig behandlingsskapasitet i akuttpsykehuset, herunder personell, utstyr og areal. Idefaserapporten anslår at akutt- og lokalsykehusfunksjon for minst 60 % av pasientgrunnlaget i nåværende OUS må følge traume.</li> </ul>
<p><b>Effekt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedlikeholde dagens kvalitet tross økende subspecialisering - som kan bli negativ for traumatologi og beredskap da disse feltene krever tverrfaglig, bred tidskritisk tilnærming.</li> <li>• Sikre nødvendig kapasitetsøkning.</li> <li>• Bedret kvalitetssikring i hele behandlingssløyfen.</li> <li>• Økt pasientsikkerhet og overlevelse.</li> </ul>	<p><b>Effekt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adekvat modell som skissert vil sikre kvalitet i pasientbehandlingen og adekvat fremtidsrettet beredskap.</li> <li>• Alle spesialiteter som er involvert i akuttbehandlingen må være umiddelbart tilgjengelige, for å opprettholde god akuttmedisinsk beredskap lokalt, regionalt og nasjonalt.</li> </ul>

## 4.17 Kvinnesykdommer

### Tilbudet til fødende

- Fødeavdelingen har de siste årene hatt i underkant av 10 000 fødsler per år, fordelt på Ullevål og Rikshospitalet. Avdelingen har en «lavrisikoenhet» som støtter kravet fra Helsedirektoratet om et *differensiert fødetilbud*.
- Sykehuset har regions- og landsfunksjon for syke fødende. Dette gjelder kvinner med kroniske sykdommer, organtransplanterte kvinner og gravide med hjertesykdommer.

Fødeavdelingen har regionsfunksjon for HSØ mht. kompliserte svangerskap og landsfunksjon for hjertesyke gravide. Man forventer at nye diagnosegrupper vil få et tilsvarende tilbud i framtiden.

- Selv med et differensiert fødetilbud må enhver fødsel ha kort avstand til en neonatalavdeling. Ved kompliserte fødsler vil det kunne være behov for gynekologisk støtte i form av kirurgisk kompetanse. Tilgang til anestesiresurser, gastrokirurgisk kompetanse og intervensjonsradiologi er sentralt.
- Det arbeides for å tilby kvinner med ukompliserte fødsler hjemreise kort tid etter fødsel, i nært og gjensidig forpliktende samarbeid med kommunehelsetjenesten.
- Reproduksjon i familier med arvelig risiko for alvorlige sykdommer benyttes preimplantasjonsgenetisk diagnostikk til å undersøke om befruktede egg etter in vitro fertilisering (IVF) er friske eller ikke. Det er ønskelig at OUS i framtiden kan tilby behandling. Preimplantasjonsgenetisk screening for å undersøke om embryoet som er tenkt satt inn i en kvinne etter (IVF) ikke bærer kromosomfeil, kan også bli aktuelt å innføre. Flere nye reproduksjonsmedisinske teknologier er under utvikling for å behandle infertilitet eller forebygge overføring av alvorlig arvelig sykdom til fremtidige barn. Foreløpig er ikke eggdonasjon tillatt i Norge.
- Fertilitetsbevarende tilbud for pasienter som skal gjennomgå behandling som kan skade fruktbarheten, f eks kjemoterapi eller bestråling av gonader, er et viktig tiltak for en bedre livskvalitet for pasienter som blir friske etter alvorlig sykdom. Økt bruk av fertilitetsbevarende behandling vil kreve en sterkere infrastruktur.
- Videre utvikling av det reproduksjonsmedisinske tilbud forutsetter et tett samarbeid med bl.a. basalmedisinske fagmiljø, medisinsk genetikk og gynekologi (fertilitetsbevarende kirurgi, endometriosebehandling).

#### **Prenatal diagnostikk / fostermedisin**

- Prenatal diagnostikk er regulert av Bioteknologiloven. I dag har omlag 10% av de gravide tilgang til slik diagnostikk, men det er mulig at denne andelen vil øke betydelig i tråd med situasjonen i enkelte andre land.
- Utviklingen innen genteknologi har de siste årene påvirket prenatal diagnostikk, bl.a. med non-invasiv prenatal test hvor fritt føtalt DNA i mors blod benyttes til diagnostikk. Foreløpig er metoden bare tilgjengelig for bruk innen enkelte diagnosegrupper. Det forventes en snarlig utvikling av metoden for flere diagnosegrupper. Dette vil påvirke behovet for invasive diagnostiske tester. Ny genteknologi vil påvirke all form for prenatal diagnostikk.
- I dag er ultralyd den foretrukne bildemodaliteten som benyttes i fostermedisin og i generell svangerskapsomsorg. Høyst sannsynlig vil dette gjelde i lang tid framover, med videre utvikling av ultralydteknologien. Imidlertid vil MR i større grad kunne benyttes i framtiden.
- Enkelte føtale misdannelser/tilstander er det i dag mulig å operere intrauterint (fosterkirurgi). Mye av denne kirurgien er eksperimentell og nytten må balanseres med økt risiko for preterm fødsel. Man vil forvente et lavt, men økende volum av pasienter hvor dette er aktuelt. Samtidig vil det sannsynlig bli mindre behov for intrauterine blodtransfusjoner.
- Av tilstander/sykdommer som har behandlingsmessig konsekvens i nyfødtp perioden diagnostiseres ca. 50 % i fosterlivet. Det er å forvente at prosentandelen vil øke. Mange av tilstandene vil trenge snarlig behandling i neonatalperioden. Mye av denne behandlingen er regionalisert. Man forventer et utvidet samarbeid mellom svangerskapsomsorgen, fostermedisin og nyfødttmedisin.



## 4.18 Barne- og ungdomsmedisin

Barnemedisin (pediatri) har både høy andel øyeblikkelig-hjelp innleggelse og en stor andel pasienter med kronisk alvorlig sykdom med langvarig oppfølging og etter hvert overføring til voksenmedisin. Med effektive vaksiner avtar akutte infeksjoner noe, men utgjør fortsatt en hovedårsak til øhj innleggelse for barn etter nyfødtp perioden. Med stadig bedre og mer avansert behandling av alvorlig sykdom som nyfødte og barn tidligere døde av, utgjør langtidsoppfølging av kronisk syke barn og ungdom en stadig viktigere oppgave.

### Kronisk sykdom

- Mange medfødte og også noen ervervede sykdommer lar seg i begrenset grad kurere helt, og mange overlever med betydelig restsykdom og sekveler etter behandling. Dette gjelder både for tidlig fødte, barn med medfødte hjertefeil, langtidsoverlevende etter kreftbehandling og barn med annen medfødt, ofte nevrologisk sykdom, men også ved sykdommer som diabetes hvor senkomplikasjoner i stor grad først viser seg i voksen alder. Oppfølging hos disse viser dessverre mange alvorlige senfølger i mange organer og systemer som hver for seg både krever spesifikk behandling og oppfølging og som krever tiltak og tilrettelegging (habilitering og rehabilitering) for å legge til rette for et best mulig liv. Kronisk sykdom krever bred tverrfaglig innsats.
- Endring av sykdomspanoramaet med en økt andel barn og unge med kronisk og/eller alvorlig somatisk sykdom øker behovet for en tverrfaglig, helhetlig, multifaktoriell biopsykososial sykdomstilnærming. Dette er viktig både ved alvorlig somatisk sykdom og for den økende pasientgruppen med store funksjonsutfall hvor bred utredning ikke påviser tydelig somatisk årsak.
- Kronisk og/eller alvorlig somatisk sykdom hos barn og unge medfører en betydelig økt risiko for psykisk lidelse og psykososiale og familiære problemer. Dette innebærer at 30-50% av disse også har en barnepsykiatrisk diagnose. Integrasjon av den somatiske virksomheten med *barne- og ungdomspsykiatrien* faglig og organisatorisk med tverrfaglige utrednings-/behandlingsteam og pasientforløp vil være viktig i framtiden.

### Utvikling av ny behandling

- Det pågår en rask utvikling av ny og ofte svært kostbar behandling for alvorlig, ofte arvelig sykdom. Flere og flere sjeldne, alvorlige sykdommer lar seg både diagnostisere (som ved utvidet nyfødtscreening og nye genetiske sekvenseringsmetoder) og spesifikt behandle når årsak og patogenese i større grad er kjent. Persontilpasset behandling omfatter både behandling tilpasset patogenesen, samt genterapi hvor gener endres og repareres.
- En av de store utfordringer fremover er å kunne tilby kostbar ny behandling til barn der det er forventet å kunne gi betydelig gunstig effekt og oppfattes som etisk forsvarlig. Her er det behov for å utvikle felles nasjonale kriterier for både oppstart av og avslutning av behandling, sammen med nasjonale oppfølgingsregistre.
- For mange alvorlige sykdommer hvor målrettet behandling er mulig, gjelder at jo tidligere sykdommen oppdages og behandling iverksettes, jo bedre er effekten. Nyfødtscreeningen er en nasjonal behandlingstjeneste i OUS. Denne ble i 2012 utvidet fra 2 til 23 sykdommer og fra 2018 til 25 sykdommer. Ytterligere utvidelser forventes de neste årene.

### Samhandling og oppgavedeling

- Etter hvert som diagnostikk og behandling av alvorlig sykdom forbedres, blir det stadig vanskeligere å avslutte diagnostikk og/eller behandling av alvorlig sykdom på lokalsykehus uten involvering av regionsykehuset (OUS). Dette kan bidra til sentralisering. Dette kan kompenseres gjennom godt samarbeid med øvrige sykehus om pasientforløp,

behandlingsprotokoller og oppfølgingsveiledere slik at alle får tilgang til den beste behandlingen samtidig som det som kan ivaretas lokalt, blir ivaretatt lokalt.

- Videreutvikling av regionale og nasjonale IKT systemer og innføring av elektroniske pasientkonsultasjoner vil være avgjørende for effektivt samarbeid.
- Innleggelse i sykehus må unngås der det er mulig. Dette kan ivaretas både gjennom fortsatt overgang til dagbehandling og poliklinikk samt ved ytterligere utvidelse av avansert hjemmesykehus hvor sykehuspersonell reiser hjem til pasienten for å gi behandling, samt tilse pasient med elektronisk overvåkning. Det planlegges at det etablerte hjemmesykehuset for barn utvider til døgn drift og at antallet senger/plasser utvides.
- De barna som må være innlagt i sykehuset blir stadig sykere. Intermediær enheter/barneovervåkning med personell med særlig opplæring og erfaring og godt samarbeid med barneintensiv og øvrige sengeposter vil bli stadig viktigere.
- Moderne, helhetlig barnemedisin krever tverrfaglig samarbeid, hvor mange ulike yrkesgrupper jobber sammen om å gi et best mulig tilbud. Det er viktig i framtiden at utvalgte medarbeidere innen ulike yrkesgrupper får utvidet ansvar innen spesifikke mer avanserte oppgaver sk jobbglidning.
- Ungdomshelse og overgang fra barn til voksen ved kronisk sykdom er områder som må ivaretas og videreutvikles spesielt. Å være ungdom med kronisk sykdom gir spesielle utfordringer som må møtes på en god måte. Mange erfarer at overgangen fra barnealder med tett oppfølging fra foreldre og barneavdeling til et voksenliv hvor man forventes å ta over ansvaret selv samtidig som sykehusoppfølgingen ofte blir mindre tett, er vanskelig. Barnelegeforeningen har utarbeidet en modell for barn og unge med diabetes og denne vil bli brukt som mal for andre pasientgrupper.

#### Tiltak som kan påvirke forekomst av sykdom

- Tidlig fosterdiagnostikk og ev. preimplantasjonsgenetisk diagnostikk vil kunne bidra til at færre barn med misdannelser og alvorlig arvelig sykdom fødes. Dette kan i framtiden redusere forekomsten av bl. a. alvorlig medfødt hjertesykdom slik dette har skjedd bl. a. i Danmark.
- Forbedret allmenn helse og bedret svangerskapsomsorg kan redusere andelen for tidlig fødsel, som vil kunne redusere antallet nyfødte med alvorlig sykdom.
- En konkret og betydelig økende utfordring er smitte mellom pasienter, pårørende og ansatte med resistente bakterier ev. smittsomme virus. Økende reisevirksomhet, flyktninger og barn med medfødt eller behandlingsindusert immunsvikt bidrar alle til at smitte og risiko for smitte er et betydelig problem. Smitteproblemet og resistensutvikling forventes å øke fremover. Omfattende tiltak må iverksettes for å møte disse utfordringer, som klok antibiotikabruk, gode daglige arbeidsrutiner og bedre byggstandard.

#### Internasjonalt samarbeid

- Internasjonalt samarbeid vil bli viktigere innen persontilpasset medisin for sjeldne sykdommer og sykdommer som krever høyspesialisert behandling. EU vektlegger de 24 nylig etablerte ERN (European Reference Networks) innen ulike sykdomsområder med mål om at disse skal være sentrale innen både behandling av enkeltpasienter, utvikling av felles behandlingsprotokoller, utdanning og forskning. OUS planlegger å delta i flere av disse nettverkene i årene framover.

#### Utvikling innen ulike fagområder

- **Nyfødtmedisin** - Virksomheten inkluderer tung intensivmedisinsk behandling av livstruende syke barn og støttende behandling eller utredning av mindre intensiv karakter hos mindre alvorlig syke barn. Ved OUS forventes en fremtidig økende aktivitet innen nasjonale og regionale funksjoner og med større andel som krever intensivbehandling. Dette gir areal- og

utstyrmessige utfordringer, økt behov for kompetent personell samt investeringer i fagutvikling og forskning. Norsk nyfødtd medisinsk kvalitetsregister er sentralt i arbeidet.

- **Hjertesykdommer** - Barnekardiologi har gjennomgått en dramatisk utvikling i de siste tiårene ved nye og bedre behandlingsmetoder som har medført en betydelig forbedret overlevelse. Hjertesyke barn er en stor og kompleks pasientgruppe ved OUS. Behandling av medfødte hjertesykdommer representerer en av sykehusets nasjonale funksjoner, basert på multidisiplinært samarbeid innen sykehuset og tett kontakt med landets barneavdelinger. Omsorgsbehovet i pasientgruppen øker som følge av økt overlevelse. Flere barn lever med komplekse problemstillinger som øker behovet for oppfølging, re-intervensjoner, transplantasjoner og ikke minst støttetiltak og habilitering.
- **Barnenevrologi/nevrohabilitering** - Fagområdet omfatter alle medfødte og ervervede misdannelser, sykdommer og funksjonsforstyrrelser i nervesystem og muskulatur. Mange pasienter har flere helseproblemer, og langvarig oppfølging og habilitering er ofte nødvendig. I de siste årene har man sett en rask utvikling innen grunnleggende nevrovitenskapsforskning, genetiske teknikker og bildediagnostikk. Det kreves tverrfaglig tolkning av analyseresultater. I framtiden forventes vekst i ny medisinsk persontilpasset behandling, stamcellebehandling, genterapi og immunmodulerende terapi. OUS vil ha en sentral rolle i forskning på og oppstart av slik behandling, i samarbeid med lokale sykehusavdelinger.
- **Barnekreft og blodsykdommer** - Mer presis molekylærgenetisk diagnostikk med direkte behandlingsekvenser vil få stor betydning for differensierte kliniske behandlingsvalg hos barn med kreft. Det medfører overgang til individuelle strategier med skreddersydd behandling for spesifikke diagnosegrupper som hver inkluderer få eller kun en pasient årlig. Mer høyspesialisert og kostnadskrevende diagnostikk og behandling vil kreve større ressurser og vil innebære en sentralisering. Det generelle behandlingstilbud må desentraliseres. Stadig flere barn overlever kreftsykdom grunnet forbedret behandling, men mange utvikler til dels invalidiserende seneffekter som må kartlegges og behandles.
- **Allergi og lungesykdommer** - En forventer på mellomlang sikt videre økning av allergi, særlig matvareallergi inkludert anafylaksi. På lang sikt forventes mer effektiv behandling og forebygging som reduserer forekomsten av allergi. Innen lungesykdommer forventes videre økning i kronisk respirasjonssvikt hos barn som er født premature og hos barn med komplekse misdannelser og syndromer som overlever nyfødtp perioden, samt økning i lungekomplikasjoner relatert til transplantasjon og immunsvikt. Monitorering av langtidsmekanisk ventilasjonsstøtte, medisinbruk og lungefunksjonsmåling vil i framtiden lettere kunne foregå i hjemmet og resultatet overført elektronisk. Innen de sjeldne genetiske lungesykdommene vil det bli en utvikling i «persontilpasset medisin» med gentilpasset behandling. Det forventes at lungetransplantasjon blir aktuelt også for barn.
- **Spesialisert barnemedisin og transplantasjonsmedisin** - Pediatrisk hepatologi, nefrologi, immunologi og medfødte stoffskiftesykdommer er alle høyt spesialiserte fag med mange sjeldne diagnoser. Med ny genteknologi vil man forvente at flere diagnoser vil bli satt. Nye biologiske medikamenter med nye bivirkningsprofiler og nye indikasjoner vil ses. Dette stiller økende krav til kompetanse og tverrfaglig samarbeid.
- **Barneendokrinologi inkl. diabetes** - Endokrinologifaget preges av mange små diagnosegrupper med unntak av *type 1 diabetes* som er en av de hyppigst forekommende kroniske sykdommer i barnealder. Diabetesomsorgen vil framover være preget av bruk av pumper og sensorer, dvs. tekniske løsninger som læres bort til pasienter og foreldre til

egenbehandling. Dette kan forenkle hverdagen for pasienten, men det vil kreve mer støtte fra helsepersonell, og det vil ikke redusere behovet for opplæring og oppfølging. Endokrinologien forøvrig er et utredningstungt fag, med mange blodprøver og tester som følges opp mellom polikliniske konsultasjoner.

- **Gastroenterologi** -Inflammatorisk tarmsykdom hos barn (IBD) har stigende forekomst med krevende diagnostikk og behandling i et samarbeid mellom mange sykehusspesialiteter og yrkesgrupper. Det er økende forekomst av pasienter med «korttarm»/tarmsvikt, med store ernæringsutfordringer. OUS har regionsfunksjon for flere og alvorlige gastroenterologiske problemstillinger. Det vil også framover være stort behov for god samhandling med lokalsykehusene om disse pasientene. Det vil være et stort behov for personell spesielt knyttet til endoskopier og ernæringsbehandling.
- **Infeksjoner** - Det er forventet en fortsatt økende forekomst av resistente mikrober, som stiller store krav til riktig antibiotikabruk og smitteverntiltak. Sykdomspanoramaet er endret etter at rotavirusvaksinen ble innført. Resistente mikrober gir i økende grad infeksjoner med et alvorlig langtrukket forløp, med behov for sykehusinnleggelse. OUS har regionale funksjoner når det gjelder å følge opp og behandle barn med HIV, hepatitt B og C.
- **Nyfødtscreeningen** - Nyfødtscreeningen er en nasjonal behandlingstjeneste som gir alle nyfødte i Norge tilbud om screening for 25 alvorlige medfødte tilstander. Tjenesten er regulert av egen Forskrift nr. 1706 av 17. desember 2010. OUS har som overordnet mål å gi tilbud av internasjonal ledende kvalitet innen nyfødtscreening, diagnostikk og pasientoppfølging.
- **Sjeldne sykdommer** -OUS har både fire av Norges 9 nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser og den samlede overordnede strukturen for alle 9 sentre: NKSD (Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser). Det arbeides i NKSD for etablering av et demografisk oversiktsregister for sjeldne diagnoser ([www.sjeldenregisteret.no](http://www.sjeldenregisteret.no)).

## 4.19 Øyesykdommer

Innen øyesykdommer er OUS lokalsykehus for Oslo og Akershus (minus Asker, Bærum og Vestby). Avdelingen er Norges desidert største øyeavdeling og har regionale oppgaver for 1/3 av landets befolkning (all netthinnekirurgi), flerregionale oppgaver (uveale melanomer) og nasjonale oppgaver, og har i realiteten et nasjonalt ansvar for kompliserte øyelidelser. Avdelingen er hovedansvarlig for øyeforskning i landet. Avdelingen ble nylig sertifisert av European Board of Ophthalmology som den første øyeavdeling i Norge.

14 % av alle operasjoner på OUS gjøres i dag på øyeavdelingen. Øyesykdommer som katarakt, glaukom, maculadegenerasjon og diabetes vil i framtiden øke kraftig, tilsvarende den forventete demografiske utvikling. På bakgrunn av erfaringene de siste 5 årene vil tilgang av pasienter øke med 25 % frem til 2025.

### Framtidig utvikling

Utvikling av nytt utstyr vil gi nye muligheter når det gjelder kirurgi ved lidelser i netthinnen og hornhinnen. Robotkirurgi innen begge disse områdene vil etableres innen 2025. Det vil komme automatisert digital screening av synstruende komplikasjoner i netthinnen, spesielt ved diabetes. Behandling av arvelige netthinnesykdommer vil bli en etablert behandling innen 2025. Avdelingen vil mest sannsynlig gjøre transplantasjon av deler av netthinnen innen den tid.

Avdelingen er et eksempel på at man kan oppnå store faglige og forskningsmessige gevinster ved å slå sammen to mindre miljøer (2004) Denne erfaringen er viktig for tilsvarende fremtidige prosesser

på OUS. Det er en fare for at dette kan gå tapt dersom avdelingen ikke fortsetter som en faglig samlet, autonom avdeling. Det er helt avgjørende for avdelingen at man tar hensyn til dette gjennom idefasen for de bygningsmessige alternativer.

Øyeavdelingen har tett samarbeid med kollegaer fra plastikk, øre-nese-hals, kjevekirurgi og nevrokirurgi, samt fra barneavdelingen og endokrinologisk avdeling. Avdelingen bør i framtiden geografisk ligge med nærhet til omtalte samarbeidende enheter.

Det er utarbeidet en samarbeidsavtale med avtalespesialistene. Det er enighet om at avtalespesialister i hovedsak bør være andrelinjetjenesten, og ha hovedansvaret for de vanligste oftalmologiske tilstandene. Øyeavdelingen bør være en tredjelinjetjeneste, med hovedvekt på avanserte kirurgiske inngrep og poliklinisk utredning av de mer kompliserte og sammensatte tilstandene. Avdelingen bør ha et eget ansvar for barn med øyesykdommer og ha et regionalt ansvar for kompliserte øyeskader.

## 4.20 ØNH - sykdommer

ØNH-avdelingen er i hovedsak en regionsavdeling med en mindre del øhjelp og ordinære områdefunksjoner. Den største pasientgruppen er kreft i hode og halsområdet. Den nest største aktiviteten er cochleaimplantat (CI, landsfunksjon for barn) og CI-teamet ved OUS ligger langt framme i utviklingen. Høyspesialisert laryngologi og rhinologi er også viktige oppgaver.

Kreft i hode-halsområdet øker med 5 % per år, og denne utviklingen vil fortsette. Spesielt øker HPV-relatert orofarynxkreft. Medisinsk og teknologisk utvikling gir nye muligheter i framtiden. Det gjøres rekonstruksjon etter store kirurgiske reseksjoner i økende grad med frie mikrovaskulære transplantat som er ressurskrevende, men gir bedre funksjon. Orofacial rehabilitering etter kirurgi og strålebehandling er et satsningsområde som har blitt prioritert. Transoral robotkirurgi, robotassistert cocleaimplantasjon og 3D videoassistert mikrokirurgi vil endre behandlingen framover. En forventer en økning på 25-50 % i pasientgrunnet for regionsfunksjonene i løpet av de neste 10 årene, samt behov for betydelige investeringer i medisinsk teknologi.

## 4.21 Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi

Den elektive virksomheten er konsentrert om behandling av medfødte misdannelser, kreftrelatert kirurgi/rekonstruksjon samt andre ervervede lidelser. I tillegg behandles traumer, brannskader, alvorlige infeksjoner, samt tilstander etter annen kirurgi ved OUS (vesdefekter). Virksomheten ivaretar landsfunksjon for behandling av store hemangiomer og vaskulære malformasjoner, transseksualismer og kraniofaciale lidelser i samarbeid med andre kirurgiske spesialiteter.

Det forventes en økning i virksomheten, spesielt knyttet opp til økning i krefttilfeller, profylaktisk brystkirurgi og kjønnsdysfori/transseksualisme. Utvikling av mikrokirurgiske teknikker gir nye muligheter.

## 4.22 Kjeve- og ansiktskirurgi

Virksomheten innbefatter behandling av kraniofaciale misdannelser, bittkorreksjon, kjeveleddskirurgi og rekonstruktiv kirurgi, og er sentrale i sykehusets traumebehandling. Dette er en høyspesialisert virksomhet som forventes å øke, både innen traumer og elektiv virksomhet.

## 4.23 Urologi

Avdeling for urologi (URO) dekker hele fagområdet urologisk kirurgi (urologi) og har ansvar for både lokale, regionale og nasjonale oppgaver. Avdelingen er per i dag funksjonsfordelt mellom tre ulike lokalisasjoner i OUS med fagseksjoner ved Aker, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Avdelingen har

seksjoner med fagområdene generell urologi, stein- og endoskopisk kirurgi, urologisk onkologi og rekonstruktiv og nevrourologisk urologi.

Utviklingen med økt poliklinisering og kortere liggetid for inneliggende pasienter vil fortsette i hele planperioden. Eksempler er transurethral reseksjon av blæresvulster som i økende grad gjøres på poliklinikken. Fokal behandling av kreft er på vei for flere kreftformer og embolisering av svulster og hyperplasier medfører kortere opphold i sykehus. Sammedagsinnleggelse gjelder for ca. 75 % av pasientene og kan trolig økes noe. Opprettelse av flere avtalespesialister i urologi kan påvirke trenden med et økende antall henvisninger, men det betinger at det inngås forpliktende avtaler med avtalespesialistene.

Spesialiseringen og kravene til oppdatert medisinsk-teknisk utstyr vil fortsette. En konsekvens av dette kan bli økt sentralisering til større enheter med bredere kompetanse både i forhold til kvalitet og kvantitet.

Urologisk avdeling i OUS var tidlig ute med å ta i bruk endoskopisk utstyr til utredning og behandling og er fortsatt ledende i dette i Norge. Andre sykehus har i økende grad også tatt i bruk disse teknikker, noe som framover ventelig vil dempe den veksten i aktivitet avdelingen har hatt på dette området. Det har over lengre tid vært en sentralisering av kreftkirurgien, men det er vanskelig å forutsi hvordan behovet for kapasitet til urologisk kreftkirurgi i OUS vil bli i årene fremover. Fremveksten av private tilbud i inn- og utland bidrar også til usikkerhet om dette.

Det er ønskelig i framtiden å samle funksjoner innad i sykehuset og etablere mer robuste fagmiljøer. Etablering av Prostatasenteret ved Radiumhospitalet i 2023 når nybygget står ferdig vil gi en slik struktur. Prostatasenteret vil romme poliklinisk utredning, behandling og oppfølging av prostatakreftpasienter. Resterende del av urologien vil bli lokalisert i de nybygg som nå planlegges i pågående konseptfase. Denne urologiske virksomhet bør samlokaliseres med annen kirurgi i et sterkt bløtdelskirurgisk fagmiljø.

## 4.24 Gastroenterologisk kirurgi

Avdeling for gastro- og barnekirurgi (AGK) dekker hele fagområdet gastroenterologisk kirurgi (gastrokirurgi) og har ansvar for både lokale, regionale og nasjonale oppgaver. Avdelingen er funksjonsfordelt mellom de ulike lokalisasjonene i OUS med fire fagseksjoner, for øvre gastrokirurgi (Ullevål), nedre gastrokirurgi (Ullevål), HPB-kirurgi (Rikshospitalet) og onkologisk bekkenkirurgi (Radiumhospitalet). I tillegg har avdelingen en stor dag- og fedmekirurgisk aktivitet (Aker).

Virksomheten har vært preget av økende sentralisering med behov for multimodale behandlingstilbud og kompleks kirurgi. Det er et utstrakt og økende samarbeid med andre avdelinger i sykehuset. Gastrokirurgene har et stort ansvar for øyeblikkelig hjelp i Oslo og for multitraumefunksjonen med traumeteamsledere. Virksomheten har høy vaktberedskap og tilgang på spesialiserte funksjoner innen radiologi, anestesi og intensivmedisin. Avdelingen har nasjonal behandlingstjeneste for CRS-HIPEC ved abdominalt mesoteliom, pseudomyxom og peritonealspredning fra colorektal cancer, samt regionsfunksjoner for lokalavansert rectumcancer og abdominalt sarkom.

Avdelingen har også regionsansvar for kreftpasienter med sykdom i lever, galleveier, pankreas som kan ha nytte av kirurgisk behandling. Klinikken har et nasjonalt kompetansesenter for nevroendokrine svulster og utfører den kirurgiske delen av behandlingen.

Sentraliseringstendensen innen kirurgisk behandling vil med stor sannsynlighet gi økning i pasientvolum i årene framover.

Robotassistert laparoskopisk kirurgi vil ventelig bli tatt i bruk innenfor alle deler av gastroenterologisk kirurgi. Det vil skje en teknologisk utvikling med bedre instrumenter for disseksjon og vevsforsegling og mer realistisk bildegjengivelse (økt oppløsning, 3D m.m.).

I planarbeidet for nybygg på Aker og Gaustad vil lokalisering av gastrokirurgi stå sentralt, med etablering av ulike sentre, samt relasjon til akuttmottak og multitraumebehandling. Det må vurderes om f.eks. benign gastrokirurgi i større grad kan lokaliseres til andre sykehus, som Diakonhjemmet Sykehus.

## 4.25 Barnekirurgi

Barnekirurgiske fagmiljøer finnes ved OUS og ved St. Olavs Hospital. Barnekirurgi er den eneste kirurgiske hoved- eller grenspesialiteten som kun behandler barn (<18 år). Nyfødtkirurgi (gestasjonsalder < 44 uker), inklusive medfødte misdannelser, og kirurgisk behandling av solide svulster utenfor CNS gjøres i Norge i all hovedsak av barnekirurgene på St. Olavs Hospital og OUS. De aller fleste av tilstandene som barnekirurgene er alene om å operere, forekommer i meget lave antall per år i Norge (fra <1 opp til 20).

Barnekirurgisk seksjon på OUS har regionsansvar for HSØ og behandler også pasienter fra de andre helseregioner. Seksjonen har virksomhet både ved Rikshospitalet (i hovedsak regionsfunksjon) og ved Ullevål sykehus (lokalsykehusfunksjon og traumatologi)

Mange barn i Norge opereres av kirurger fra andre hoved- og grenspesialiteter. Med økende spesialisering innenfor både kirurgi og anestesi har det i løpet av siste 10 år blitt vanlig at små barn med "enklere barnekirurgiske tilstander" henvises til OUS i stedet for å bli operert på nærmeste sykehus. Samling av hele den barnekirurgiske virksomheten i OUS på en lokalisasjon kan først gjennomføres når det er bygget nytt sykehus på Gaustad.

## 4.26 Organtransplantasjon

OUS forvalter den nasjonale den nasjonale behandlingstjenesten for organtransplantasjon. Transplantasjonsprogrammet omfatter transplantasjon av hjerte, lunger, nyrer, lever, pancreas samt pancreas-øyceller. For drive transplantasjonsvirksomheten trenger man et bredt anlagt sykehus med mange høyspesialiserte spissfunksjoner slik de finnes i OUS, Rikshospitalet. Dette skyldes dels de organsvikt-tilstander som trenger et transplantasjonskirurgisk tilbud, dels nødvendig utredning, samt håndtering av organsvikt i intensivmedisinsk sammenheng og behandling av alvorlige komplikasjoner til transplantasjon og immunsuppresjon. For å bedømme volumendring frem mot 2035, er det nødvendig å betrakte de enkelte organsystemer særskilt.

### Organdonorer

Norge inngår som partner i Scandiatransplant samarbeidet ([www.scandiatransplant.org](http://www.scandiatransplant.org)).

Hvert av landene i Norden er populasjonsmessig for så for å sikre god matching på vevstyper. Formålet med denne organisasjonen som er etablert av Nordisk Råd og som eies av de 10 aktive transplantasjonssentrene i Norden er to-delt:

- Å utveksle organer på definerte match-kriterier slik at det blir optimalt samsvar mellom giver og mottaker
- Å sikre et «Urgent-listing» system ved akutt svikt i vitale organer (lever, hjerte, lunge).

Hvert år meldes mellom 300-330 potensielle organgivere til Rikshospitalets transplantasjonskoordinatorer. Hos disse pasientene foreligger det intracerebral sykdom/skade som kan lede til opphørt blodsirkulasjon til hjernen. Ca 50 % av donorene avslås fordi de ikke tilfredsstiller medisinske kriterier. Hos 20-30 % av de gjenværende giverne velger de pårørende å si nei til organdonasjon. Samlet sett gjør dette at man har ca 100-120 donorer pr år, eller 20-22

donorer pr million innbyggere. Den mest nærliggende måten å sikre at tallene opprettholdes eller eventuelt øker i framtiden er å arbeide for at flest mulig sier ja til organdonasjon, samt at deteksjon av potensielle donorer i landets intensivavdelinger er nærmere 100 %.

Internasjonalt har stadig flere land startet med donasjon etter sirkulatorisk død, DCD, (hjerrestans). Det er en pågående diskusjon i Norge om metoden også skal innføres i Norge. Skulle metoden bli innført kan man forvente en økning i antall organgivere av bukorganer på mellom 10-30 %, og dette er derfor en viktig forutsetning for at ventelistene for organtransplantasjon, og dermed mortaliteten på ventelisten skal øke vesentlig.

### **Nyretransplantasjon**

Den årlige insidensen av terminal nyresvikt (ESRD – End Stage Renal Disease) er omkring 100 pasienter pr million innbyggere. Alderssammensetning og større grad av flerkulturell befolkning gjør at det er rimelig å anta at insidensen kan øke med ca 10-15 % i perioden frem mot 2035. Omkring 60 % av disse pasientene er transplantasjonskandidater. Årlig transplantasjonsbehov for nyrer er nå ca 300. Behovet kan bare dekkes ved at man også benytter levende givere i størst mulig grad. Målsettingen er at minst 30 % av transplantasjonene skal komme fra levede giver. Basert på de ovenstående betraktninger, og gitt at Norge tar i bruk DCD-donasjon, vil det være rimelig å anta at årlig nyretransplantasjonsvolum øker til 350 nyretransplantasjoner i perioden.

### **Levertransplantasjon**

Antall levertransplantasjoner i Norge er ca 20 pr million innbyggere pr år. I et mer flerkulturelt samfunn er det rimelig å anta at behovet med dagens indikasjoner vil øke med 10-15 % på grunn av endret insidens av virushepatitt, og økning av livsstilssykdommer. Ventetiden for levergraft er i 2018 median ca 6-8 uker. Gitt en økning i antallet givere vil man i større grad kunne tilby transplantasjon ved primær leverkreft og til selekterte pasienter med sekundære leversvulster. Tilgangen kan også til en viss grad økes ved å benytte del-lever transplantasjon til utvalgte grupper. Bruk av levende giver har så langt ikke vært nødvendig i Norge annet i enkelte tilfeller hos barn. Samlet sett kan man forvente at årlig lever-transplantasjonsvolum vil kunne øke til over 25 transplantasjoner pr million innbyggere per år.

### **Pankreas og øyceller**

Transplantasjon av helorgan pankreas skjer enten som kombinert nyre-pankreas transplantasjon til diabetikere med nyresvikt, eller som isolert pankreastransplantasjon til pasienter med diabetes som ikke kan reguleres medikamentelt. Volumet er ca 30-50 transplantasjoner pr år. Det forventes ingen stor økning i antallet framover.

Øyceller isolert fra pankreas fra avdøde givere kan transplanteres til diabetikere med lavt insulinbehov. Dagens volum er kun 10-12 pasienter per år, med mulig økning til ca 50 i perioden. På dette området skjer en betydelig medisinsk og teknologisk utvikling med stamcelle baserte løsninger og computerstyrt hormontilførsel.

### **Hjerte- og lungetransplantasjoner**

Transplantasjonsvirksomheten for hjerte- og lunger er med dagens teknologi en operativ ø.hj. aktivitet, mens utredningen for transplantasjon med få unntak er elektiv.

Aktiviteten begrenses av donortilgangen. For hjerte- og lungepasienter har dette vært organgivere med kunstig opprettholdt sirkulasjon og andre organfunksjoner etter total og irreversibel hjerneskade. Ca. 35 hjertetransplantasjoner og 35 lungetransplantasjoner utføres hvert år.

Gjennom Scandiatransplantsamarbeidet det vært mulig å utføre flere transplantasjoner både for kritisk syke pasienter og andre som er akseptert til venteliste for transplantasjon. Selv om transplantasjonsratene er relativt høye i Norge er det et stort frafall på transplantasjonslistene. Uten en nettoimport av lungetransplantater ville aktiviteten vært lavere og sannsynligvis med et større frafall på ventelistene.



Følgende kan øke organtilgangen og redusere ventelistene for transplantasjon samt dødelighet på ventelistene:

- Sikre at organisasjon og personell arbeider etter de føringer som er gitt i Transplantasjonsloven
- Sikre at det er ressurser slik at alle organtilbud kan utnyttes fullt ut.
- Innføre teknikker som kan optimalisere funksjon i alle transplantater som er tilgjengelige ved x-vivo perfusjon og «rekondisjonering»
- Anvende DCD teknikker for å øke antall transplantater
- Anvende hjertepumper som «*permanent behandling*» til et større antall hjertesyke, som er *mindre egnet* for allogen transplantasjon.
- Anvende ECMO som «*bro til transplantasjon*» for kritisk lungesyke
- Utvikle insentiver slik at andelen av donorer fra lokalsykehus kan økes

Det er i dag et udekket nasjonalt behov for hjerte- og lungetransplantasjoner i Norge basert på frafall fra ventelistene. Gjennom nevnte tiltak bør det være mulig å øke antall transplantasjoner med ca. 50 per år fram mot 2035.

### Generelle utviklingstrekk

Fram til 2035 er det en rekke utviklingstrekk som kan påvirke volumenslagene som er berørt over:

- Maskinperfusjon av organer kan gi mulighet for rekondisjonering og behandling av graft ex-vivo slik at flere organer som i dag avslås for transplantasjon kan benyttes.
- Utviklingen av induserbare pluripotente stamceller kan lede til at man kan designe deler av eller hele organer til utvalgte mottakere, uten bruk av immunsuppresjon. Dette vil dermed kunne lede til betydelige endringer i operasjonsvolumer og indikasjonsstillinger, spesielt innenfor kreftområdet. Det er vanskelig å anslå hvilke praktiske implikasjoner dette har på kort sikt, men det er sannsynlig at denne type teknologi vil påvirke transplantasjonsmedisinen i et 15 års perspektiv.
- Forskningen omkring immunologisk toleranseutvikling vil ved gjennombrudd kunne lede til fundamentale endringer i indikasjonsstilling, analogt med momentene nevnt i punkt 2.

## 4.27 Revmatologi, dermatologi og klinisk immunologi og infeksjonsykdommer

Fellesnevner for disse fagområdene er sykdommer hvor inflammasjon og auto-immune mekanismer spiller en sentral rolle i sykdomsutviklingen, ofte med et kronisk forløp. Mye av behandlingen er derfor rettet mot immunsystemet. Kroniske auto-immune sykdommer utgjør en stor og heterogen pasientgruppe med økt dødelighet og høy sykdomsbyrde. Det er anslått at 3-5% av befolkningen til en hver tid har en kronisk auto-immun sykdom og forekomsten har økt gjennom de siste 30 år. Mye tyder på at denne økningen vil fortsette.

**Revmatologi** er i dag funksjonsfordelt mellom Diakonhjemmet og OUS. OUS har ansvar for pasienter med systemiske bindevevssykdommer, systemiske vaskulitter og artrittsykdommer med alvorlige organskomplikasjoner. Tilbudet til barn med revmatologisk sykdom ligger i sin helhet på OUS.

**Klinisk immunologi og infeksjonsmedisin** tilbyr utredning og behandling av pasienter med immunsvikt, uklare febertilstander, multiorgansykdommer som kan ha infeksjons eller immunologisk/inflammatorisk bakgrunn, kompliserte infeksjoner og infeksjoner hos immunkompromitterte pasienter.

**Dermatologi** er den eneste dermatologiske spesialavdelingen og utdanningsinstitusjonen i Helse Sør-Øst. Hoveddiagnosene er psoriasis, eksem, allergiske sykdommer, blemmesykdommer, genetiske hudsykdommer, hudkreft og kroniske sår.

**Venerologisk seksjon** tilbyr rådgivning, undersøkelse og behandling av pasienter med seksuelt overførbare infeksjoner og er lokalisert i egne lokaler i Oslo sentrum.

### **Forventet utvikling mot 2035**

En sterk vekst i bruk av persontilpasset immunmodulerende behandling. Dette vil omfatte flere nye pasientgrupper og større andel innen de pasientgruppene som allerede får slik behandling i dag.

Større krav til klinisk forskning og translasjonsforskning for å forstå sykdomsmekanismer og virkning av avansert biologisk behandling.

Behov for betydelig mer avanserte utredningsmetoder, blant annet innen genteknologi, molekylærbiologi og billeddiagnostikk.

Økt antall pasienter som har fått immunmodulerende behandling over lengre tid og derfor har utviklet medikamentpåført immunsvikt og andre bivirkninger (hudkreft).

Økt levealder som vil gi økning i antall pasienter med kroniske auto-immune sykdommer, sår og alle former for hudkreft.

- Økt behov for poliklinisk virksomhet og dagbehandling, samt opplæringsfasiliteter for pasienter med kroniske sykdommer.
- En økning i behov for poliklinisk behandling vil kreve et mer formalisert og forpliktende samarbeid mellom avdelingen og avtalespesialister i regionen.
- Sengebehovet vil sannsynligvis tilsvare dagens på tross av mer effektiv behandling, grunnet økt levealder, multimorbiditet og bivirkninger fra aggressiv immundempende behandling.

## **4.28 Smertemedisin**

Arbeidet med å optimalisere behandlingen av kronisk smerte er i en brytningstid. Det vil føre til strategiske valg for Oslo Universitetssykehus i planperioden. WHO's arbeid med «Global burden of disease» har ført til et viktig fokus-skifte: Tidligere var det mer ensidig fokus på lidelser som tok liv. Nå er det samtidig fokus på livskvalitetstapet ved langvarige lidelser som ofte rammer mange tidlig i livet. Det dreier seg ofte om smerter etter skader, ulykker og muskel-skjelettlidelser, ofte kombinert med psykiske lidelser og rusproblematikk. Norske tall viser at tilstedeværelse av smerte som symptom er den viktigste enkeltfaktoren som forklarer.

Kroniske sykdommer inklusive smertetilstander må i stor grad tas hånd om i primærhelsetjenesten, men krever også spesialistvurderinger, spesialisert behandling og forskning, samt kompetansespredning. OUS vil ha en naturlig plass som nav i et kompetansenettverk regionalt og nasjonalt, med en bred internasjonal kontakflate, og med et tilbud som krever samarbeid med mange subspecialiserte fag-grupper. Som eksempel kan nevnes behandlinger som repetitiv transcraniell magnetisk stimulering (rTMS), motor cortex stimulering som krever samarbeid med dedikerte nevrokirurger, og genetisk kartlegging med persontilpasset medisin.

Det er behov for store, robuste tverrfaglige og multidisiplinære enheter som kan være med å lage nasjonale veiledere for behandling av store pasientgrupper. OUS vil være et «Comprehensive Pain Center». Dette betyr satsing på spesialisert behandling, kompetanseoppbygging og kompetansespredning i regionen og nasjonalt.

## **4.29 Prehospitale tjenester**

Endringer i sykehusstruktur og behandlingstilbud i både spesialist- og primærhelsetjenesten vil påvirke de prehospitale tjenester i stor grad. Endring i demografi og forventninger hos befolkningen vil med stor sikkerhet gi en økt aktivitet. Andelen av eldre i befolkningen vil øke. Dette er en gruppe

som hyppig trenger prehospitaler tjenester. De siste årene har det vært en økning i bruk av ambulansetjenester også til yngre aldersgrupper. Den teknologiske utvikling går stadig raskere og vil gi nye muligheter for prehospital diagnostikk og behandling samtidig som kommunikasjon mot pasienter og samarbeidspartnere vil bli endret.

I 2017 utførte Prehospital klinikk 122 ambulanseoppdrag/1000 innbyggere, noe som i internasjonal sammenheng er lavt. Med et befolkningsgrunnlag per dags dato på ca. 1,5 mill mennesker i Oslo, Akershus og Østfold mottok AMK ca. 180 000 113-samtaler. Pasientreiser organiserte ca. 800.000 transporter i Oslo og Akershus og Luftambulanseavdelingen utførte ca. 6000 oppdrag med bil, helikopter, intensivambulanse og ambulansesfly over store deler av Norge.

En fremskriving av aktiviteten frem til 2035 ut fra prognosene for antall innbyggere og alderssammensetning vil innebære en betydelig økning av aktivitet. Man må på grunnlag av demografien forvente en dobling innen 15 år. Utviklingen innen spesialist- og primærhelsetjenesten vil ha avgjørende betydning for hvordan fremtiden vil bli for de prehospitaler tjenester. Oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt mellom de ulike sykehusene vil påvirke virksomheten.

### **Framtidig utvikling**

Det vil åpne seg nye muligheter for prehospital diagnostikk og behandling. De prehospitaler tjenester må være innovative og ta i bruk ny teknologi som vil bedre behandlingstilbudet gjennom bedre diagnostikk, som gir muligheter for riktig behandling på et tidlig tidspunkt og triage til rett sykehus med riktig hastegrad. Befolkningen vil i økende grad ta i bruk apper som gjør smarttelefonene i stand til å overvåke den enkeltes helse på en helt annen måte, noe som vil endre måten helsevesenet kontaktes på og den informasjon som må håndteres.

Kunstig intelligens vil være en viktig del av denne utviklingen. Ny teknologi vil øke treffsikkerheten i arbeidet og vil kunne begrense bruk av de mest kostbare beredskapsenhetene til oppdrag hvor disse vil ha betydning for pasientutfallet. Prediksjons- og flåtestyringsprogrammer vil gjøre det mulig å optimalisere beredskapen og utnytte denne på mest mulig effektiv måte. Det vil være sentralt at det drives forskning innen de prehospitaler tjenester i årene som kommer.

### **Organisering**

De prehospitaler tjenester er organisert i en egen klinikk for å kunne gi pasientene i opptaksområdet et godt tilbud på en kostnadseffektiv måte. Klinikken må i fremtiden være innovativ og endringsrettet slik at en kan møte endringer i resten av helsetjenesten og ta i bruk teknologiske nyvinninger på en god måte.

Utviklingen i den prehospitaler delen av spesialisthelsetjenesten ser ut til å gå mot større enheter som betjener større områder, en utvikling som vil gi en mer robust beredskap samtidig som den er kostnadseffektiv. OUS er i dag AMK-sentral for Østfold og skal fra 1/1-19 overta ansvaret for de prehospitaler tjenestene i Glåmdalskommunene fra Sykehuset Innlandet. Dette innebærer at klinikken vil dekke et større geografisk og befolkningsmessig område i fremtiden. En videre utvikling mot enda færre og større enheter i vår region kan synes fornuftig og vil i så fall medføre ytterligere endringer i ansvarsområdet, både i forhold til geografi og befolkning.

Det vil være svært viktig at de operative avdelingene i klinikken (AMK, Luftambulanseavdelingen, Ambulanseavdelingen og Pasientreiseavdelingen) er tett på hverandre. Klinikken må bygge opp beredskap slik at kapasiteten blir riktig i forhold til de enkelte pasienters behov.

De prehospitaler tjenester påvirkes i stor grad av hvordan resten av helsetjenesten er organisert. Ut fra befolkningsvekst og fremtidig alderssammensetning forventes aktiviteten å øke betydelig frem mot 2035. Innovasjon, ny teknologi og forskning vil kunne bidra til bedre pasientbehandling og optimalisere ressursutnyttelsen.

## 4.30 Antibiotikaresistens

### Trusselen

Antibiotikaresistens er i følge Verdens helseorganisasjon (WHO) en av de største helsetruslene i verden. Hvis denne utviklingen fortsetter, anslås det at det i 2050 vil dø flere mennesker av resistente bakterier enn av kreft. Kostnadene anslås til 3 % av verdens «brutto nasjonalprodukt». I OUS ses økende resistens, spesielt av ESBL-produserende tarmbakterier hvor siste behandling er meropenem, men mer bruk av dette vil gi meropenem-resistente bakterier = totalresistens.

### Hvorfor blir bakteriene resistente?

Resistensutvikling er proporsjonal med antibiotikaforbruket, spesielt av bredspektrede midler. Når bakteriene påvirkes av antibiotika endrer de sitt arvestoff (DNA) slik at antibiotika ikke virker. De resistente bakteriene kan spres til andre pasienter. Antibiotika endrer også kroppens normale bakterieflora og selekterer frem sjeldne og vanskelige bakterier, sopp og *Clostridium difficile*.

### Er det mulig å redusere eller forsinke resistensutviklingen i OUS?

Det er ikke kommet nye antibiotika på 30 år, så inntil det eventuelt kommer nye antibiotika, må vi forlenge levetiden til eksisterende antibiotika ved å redusere unødig bruk. Det er opprettet et tverrfaglig *antibiotikateam* i OUS for å fasilitere et antibiotikastyringsprogram (ASP). Det er vist at ASP kan halvere forekomsten av resistente bakterier og *Clostridium difficile*. Effekten av ASP forsterkes av smitteverntiltak.

Antibiotikateamet har fire fokusområder

1. Økt etterlevelse av de nasjonale/lokale retningslinjene for antibiotikabruk
2. Revurdere/innsnevre bredspektret antibiotikabehandling etter 24-78 timer
3. Korter behandlingstid (ved hjelp av procalcitonin)
4. Avdelingslederne skal ha oversikt over kvaliteten av antibiotikabehandling

Alle avdelingene har en antibiotikakontakt (lege) som skal være bindeleddet mellom antibiotikateamet og avdelingen. Temaet kan hjelpe med undervisningsmaterieell og støtte til f.eks. lokale audits med feed-back (revisjon) som er en effektiv måte å forbedre antibiotikabruk på. Det er også aktuelt å bruke kliniske farmasøyter og sykepleiere i dette arbeidet. Det vil bli gjort pilotprosjekt på utvalgte avdelinger.

### Raskere og bedre mikrobiologisk diagnostikk

Det er behov for ett felles laboratedatasystem, behov for å kunne trekke ut statistikk på en enkel måte, mulighet for å få inn nytt utstyr for å ligge i front (særlig utstyr til hurtigdiagnostikk og automasjon), mulighet til å bygge ut dypsekvensering for typing ved utbrudd, resistenskarakterisering mv - med tilhørende IKT-kapasitet og kompetent personell (inkl bioinformatikere), samt tilstrekkelig areal i laboratorium nær Infeksjonsavdelingen.

### IT-løsninger

Et elektronisk styringsprogram som gjør at legene må angi en diagnose når de forskriver antibiotika, må implementeres. Programmet er integrert i Metavision, men bør utvides til DIPS. Dataene genererer en diagnose/resept database. Dette er et styringsverktøy for avdelingsleder som kan se på kvaliteten av forskrivingen. Systemet gir også mulighet for beslutningsstøtte, som f.eks. automatisk stoppordre ved antibiotikaprofylakse eller advarsel når man har brukt et bredspektret middel i 2-3 dager.

### Kostnader

Kostnadene øker pga. økt liggetid, økt prøvetaking, dyrere medikamenter, bruk av engangsutstyr, isolering av pasienter etc. Pasienter med infeksjoner som man før kunne behandle po. Må legges inn til iv. behandling. I tillegg kommer indirekte kostnader som produktivitetstap, tidlig uførepensjonering, lengere sykefravær etc.

#### Tiltak mot resistensutvikling OUS frem mot 2035

- Man kan aldri vinne kampen mot resistens, men sykehuset kan bremse resistensutviklingen lokalt ved å redusere antibiotikabruken og forbedre smittevern.
- Dette er et ledelsesansvar. Det trengs investeringer til raskere diagnostikk og resistensbestemmelse, IT-løsninger for antibiotikastyring og flere isolater.
- Forskningen på dette feltet må intensiveres.
- Jo tidligere man setter inn tiltak, jo mindre blir utgiftene. Man kommer ikke videre uten at fastlegene og sykehjemmene integreres i dette arbeidet.
- Hvis helsetjenesten ikke tar et koordinert tak nå, kommer menneskene til å dø av vanlige infeksjoner, og moderne medisin blir umulig uten virksomme antibiotika.

### 4.31 Legemiddelhåndtering

Fremtidens legemiddelbehandling vil gå mer i retning av persontilpasset medisin. En del av legemiddelproduksjonen i forbindelse med persontilpasset medisin er svært krevende, og vil kreve betydelig endringer av både tilvirkningsenheter og legemiddellogistikk. Det vil mest sannsynlig bli større grad av internasjonalisering, lang transportvei for enkelte medikamenter og i tillegg kort holdbarhetstid. Dette vil sette store krav til effektiviteten i legemiddeldistribusjonsskjeden, slik at man sikrer effektiv behandling og hindrer unødvendig kassasjon. Slik behandling vil også bli økonomisk krevende og utfordrende for helseforetakene, og en del av slik behandling vil mest sannsynlig bli sentralisert til de store regionssykehusene for å sikre god kvalitet og kostnadseffektive prosesser. Det skjer store endringer på legemiddelområdet ikke bare innenfor nye terapier og pasientrettet legemiddelbehandling, men også i forhold til teknologiske løsninger. En stor utfordring for sykehusene i framtiden vil være problemstillinger knyttet til finansiering, oppfølging og bruk av kostbare legemidler innen flere terapiområder.

En god og funksjonell legemiddelkjede skal i framtiden omfatte *lukket legemiddelsøyfe (LLS)*.

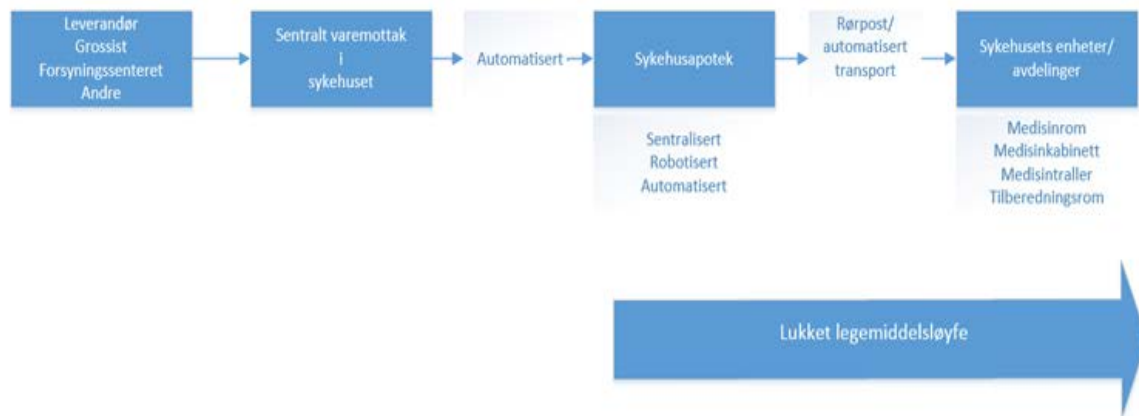
Ulike deler av sykehuset vil ha ulike behov, og behovene vil trolig bli best dekket ved å tilrettelegge for en optimal kombinasjonsløsning for LLS i OUS. Dette vil få store følger for planleggingen av legemiddelhåndteringen og –distribusjonen/-forsyningen i OUS. En målsetting bør være å redusere tilvirkning ute på de enkelte enheter/avdelinger, og at dette sentraliseres til sykehusapotekene eller til spesialtilpassede enheter ute i sykehuset for best mulig kvalitetssikring av de produktene som tilvirkes. Dette vil øke pasientsikkerheten og bidra til færre avvik på dette feltet.

Det vil mest sannsynlig bli økt bruk av «ready to use»-medikamenter (ferdigfylte sprøyter etc.) og halvfabrikata for enkelte legemidler ute på enhetene/avdelingene, f. eks. antibiotika. Økt teknologiutvikling vil medføre økt grad av robotisering, både i sykehusapoteket og i sykehuset. Det blir viktig å planlegge hvilke løsninger man vil satse på, og hva slike løsninger krever av areal.

Spesifisering av løsningene mht legemiddelhåndtering og –distribusjon må bli ivarettatt i de framtidige planleggingsprosessene. Det må sikres et tilstrekkelig antall medisinerom dimensjonert, utformet og lokalisert etter de prosessene som skal utføres der mht legemiddelhåndtering. Varemottak, ekspedering og utlevering av legemidler vil skje i henhold til en lukket legemiddelsøyfe. Pakke- og klargjøringsprosessen må være automatisert og robotisert.

Et tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper knyttet til legemiddelhåndtering vil gi økt pasientsikkerhet, og vil være et viktig bidrag i den framtidige legemiddelbehandlingen. Det blir viktig å ta høyde for framtidig legemiddelberedskap. Momenter som må vurderes er hvor beredskapslagrene skal ligge, hvilke legemidler som skal lagres og volumet av disse. Dette må ses i sammenheng med nasjonal legemiddelberedskap, og beredskapslagring av væsker. Mange områder må utredes nærmere, blant annet hvordan legemidler skal forsynes til sykehuset. Etablering av elektroniske løsninger vil kunne bidra til å gi rask og adekvat beslutningsstøtte for riktig legemiddelbruk og -håndtering, oversikt over forholdene i forsyningskjeden av legemidler og effektiv håndtering av legemiddelmangel- og beredskapssituasjoner. Legemidlene som leveres i LLS må være elektronisk identifiserbare på endosenivå.

Figur 14: Skisse for sannsynlig vareflyt i framtidig forsyningskjede



## 4.32 Simulering

Simulering og trening på realistiske modeller og situasjoner lik det virkelige liv får stadig større plass i undervisningstilbudet. Dette skyldes både den teknologiske utviklingen som gjør slik trening mulig, og økte krav til ferdigheter før helsepersonell møter pasienter. I tillegg er det en rekke sjeldne og farlige situasjoner der simulering er eneste mulighet for å trene på individuelle ferdigheter og samspill i team. Utover innlæringen er det også økende fokus på å verifisere og dokumentere kunnskaper og ferdigheter med realistiske testsituasjoner. Dette gjelder både undervisning til studenter og etterutdanning for helsepersonell.

### Dagens situasjon

Det er i dag to enheter ved OUS som har simulering og tilhørende undervisning som sin hovedoppgave: *Simuleringssenteret OUS* som er lokalisert på Ullevål og *Ferdighetssenteret UiO* som er lokalisert på Rikshospitalet. I tillegg er det ved mange avdelinger mindre installasjoner for spesialisert ferdighetstrening.

Simuleringssenteret OUS har i dag 12 ansatte og disponerer fire simuleringlaboratorier. Senteret tilbyr et bredt spekter av tverrfaglig teamtrening, veiledning, undervisning i hjerte-lungeredning og en rekke ulike kurs. Senteret er i ferd med å utvide virksomheten ved å ta i bruk lokaler som tidligere ble brukt til dagkirurgi, til undervisnings- og simuleringsevne. En undervisningslab for bruk av ultralyd er etablert i disse lokalene i samarbeid med UiO.

### Utvikling fram mot 2025

Interessen og etterspørselen for simulering ved OUS og UiO øker kraftig, og henger sammen med flere andre store initiativer: ny studieplan for medisinstudiet, nye ordninger for spesialistutdanning av leger og utvidelser av utdanningsprogrammer for spesialsykepleiere. Omlegging av diagnostikk, behandling og omsorgsformer medfører stort behov for etterutdanning. Økt fokus på pasientsikkerhet fører til krav om trening både på individuelle ferdigheter og på samspill i team. Mange av de ledende universitetssykehus og undervisningsinstitusjoner satser tungt på simulering, nye undervisningsformer og nye måter å verifisere kunnskaper og ferdigheter på.

På kort sikt er målet å utvide virksomheten ved å ta i bruk eksisterende lokaler som kan tilpasses med enkle tiltak. Det er behov for investeringer i utstyr: simuleringsskinner og tilhørende styrings-systemer, medisinsk teknisk utstyr, grunnutstyr for møterom og undervisningsrom, IKT-utstyr og mobilt utstyr som kan brukes til in-situ simulering. Det er også behov for å øke den pedagogiske grunnbemanningen og for å knytte til seg flere instruktører.

Følgende spesialrom er under etablering:

- To operasjonsstuer til teamtrening, ferdighetstrening og «utsjekk»
- Treningsplass for opplæring i kirurgisk håndvask
- Treningsplass for hjemmebaserte spesialisthelsetjenester.
- Ferdighetslab for håndtering av luftveier (voksne og barn)
- E-læringslab

Andre viktige behov:

- Treningsrom for pasientsamtaler og undersøkelser. Bruk av IKT sammen med pasienter.
- Treningsrom for legemiddelprosesser; klargjøring og administrasjon av legemidler
- Treningsrom for endoskopiske teknikker
- Treningsrom for suturteknikk

## Utvikling 2025-2035

De eksisterende lokalene ligger i dag på Ullevål. Allerede i konseptfasen er det viktig å tenke gjennom innplassering av nye lokaler for simulering og undervisning i tilknytning til nybyggene på Gaustad, Aker og Radiumhospitalet. Denne typen infrastruktur gir også muligheter for innovasjon, forskning og testaktiviteter for nytt utstyr eller nye arbeidsformer.

### 4.33 Oppgavedeling og samhandling

Spesialisthelsetjenesten vil i framtiden være en aktør i et åpent økosystem som konstant samhandler rundt pasientens behov.

#### Målbilde for oppgavedeling:

- All utvikling på feltet oppgavedeling skal gjøres i dialog med brukerne
- Oppgavedelingen skal bidra til at befolkningen drar nytte av helsetjenestenes egenart og komplementære kompetanse, og til at ressursene i helsetjenesten samlet sett, og innenfor hver enhet, brukes på en god måte.
- Spesialisthelsetjenesten skal ikke videreføre eller etablere oppgaver som kan løses i kommunehelsetjenesten.
- Mer avansert behandling enn før skal kunne gis i pasientens hjem, i et dynamisk og likeverdig samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og pasient/bruker.
- Den teknologiske utviklingen, inkludert digitalisering og kommunikasjonsteknologi må fullt ut tas i bruk når oppgaver skal fordeles i fremtiden.
- Pasientens stemme skal systematisk etterspørres og lyttes til.
- Pasientens rolle skal styrkes, ved at pasienten etter evne og situasjon får oppgaver knyttet til å medvirke i eget behandlingsforløp og ivareta egen helse. Også her må tilgjengelige digitale verktøy tas i bruk, på en måte som styrker egenomsorg og mestring og forebygger overforbruk av helsetjenester.

#### Tiltak for å nå målbildet

- **Fordeling i et likeverdig samarbeid** - Fordeling av oppgaver må skje i et likeverdig, åpent samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, brukere, kommunehelsetjeneste og fastleger. Privatpraktiserende avtalespesialister må med i samarbeidet. For å få til en ønsket omfordeling av oppgaver, må fagmiljøene utfordres til å bidra til endring. OUS må i hele planperioden ta hensyn til både begrensninger og muligheter knyttet til nåværende og planlagte geografiske plassering av funksjoner og bygninger. OUS ønsker å unngå *unødvendig* dublering av kliniske tilbud på og mellom alle nivåer i helsetjenesten.
- **Kunnskapsbasert fordeling av oppgaver og ansvar** - Oppgavedeling bør så vidt mulig være kunnskapsbasert. Det er viktig å styrke kunnskapsgrunnlaget, særlig der større omfordelinger av oppgaver finner sted. Det må legges til rette for felles forskning mellom OUS og kommunehelsetjenesten, hvor brukere deltar og kan initiere prosjekter. Effekt av endring i oppgaver og ansvar må dokumenteres.
- **Ressursfordeling følger oppgavefordeling** - Ressurstilgangen i helsetjenestene (sykehus og primærhelsetjeneste) må utvikles koordinert, i et samarbeid, for å understøtte riktig oppgavefordeling.
- **Kompetanse i alle ledd** - Ved all overføring av oppgaver må det avklares at nødvendig kompetanse er tilstede for dem som overtar ansvaret. Kunnskapsgrunnlaget som primærhelsetjenesten skal handle etter når nye oppgaver overføres, må utvikles i primærhelsetjenesten, i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. OUS ønsker å ha en aktiv rolle i utvikling av lovpålagt gjensidig veiledningsplikt i helsetjenesten.
- **Gode pasientforløp er førende for oppgavedelingen** - Pasientens diagnose avgjør ikke alene hvor i helsetjenesten behandlingen skal skje. Det er det pasientens egne prioriteringer, den



samlede kliniske tilstand, og hvor vedkommende befinner seg i sykdomsforløpet, som avgjør. Forløpene må være effektive og sikre best mulig utkomme for pasienten. Pasienter som trenger det, har kontaktlege og koordinator.

- **Ansaret er klart for alle** - Det skal være klart for pasienter og helsearbeidere, nedfelt i samarbeidsavtaler og retningslinjer, hvem som gjør hva og hvordan ansvar overleveres i pasientforløp.
- **Oppgavefordelingen må vurderes jevnlig** - Oppgavefordeling mellom sykehus og kommune bør regelmessig (planmessig) vurderes på en strukturert måte i etablerte samhandlingsfora.
- **Unngå overdiagnostikk og overbehandling** - Oppgavefordeling og samarbeid må sikre rettidig diagnostikk (ikke for tidlig og ikke for sent) og tilpasset behandling. Vi vil bidra til å begrense overdiagnostikk og overbehandling (overforbruk av behandlingsressurser), og til å avslutte behandling som ikke tilfører pasienten verdi.
- **Avgrense samlet forbruk av helsetjenester** - En stor felles utfordring for helsetjenesten framover, vil bli å *avgrense omfanget av oppgaver, samlet sett*. På den ene siden: *Nye tilbud* innen diagnostikk, behandling og oppfølging av sykdom må komme befolkningen til gode. *Samtidig* er det viktig å stimulere til dialog om hva som er best mulig forvaltning av begrensede ressurser. Befolkning, politikere og brukere vil ha store forventninger til hva offentlig helsetjeneste skal kunne tilby. Debatten om prioritering må ivaretas på en god måte. OUS har, som samfunnsaktør, en viktig rolle, både ved å delta i debatten sammen med sine brukere, men også og ved å fremme viktige tema i relevante fora på regionalt og nasjonalt nivå.
- **Økonomiske ordninger må understøtte oppgavedeling som er til pasientens beste** - En forutsetning for å få til endringer er at både sykehus og kommunehelsetjeneste får finansieringsordninger som understøtter dokumentert hensiktsmessig oppgavedeling og bruk av ny teknologi. Dette må starte helt fra begynnelsen av planperioden. Et eksempel er oppfølging av pasienter med KOLS. Det er dokumentert at bruk av «KOLS-koffert» bedrer pasientforløpet og er samfunnsøkonomisk besparende. Det samme gjelder modeller for Ambulant sårteam og Ambulerende team i palliasjon.

### Målbilde for samhandling

#### ***OUS vil utvikle sin kultur for samhandling, både internt og eksternt***

God samhandling gjør pasienter og pårørende trygge på at aktørene i helsetjenesten er på samme lag; at den ene trygt og informert tar over der den andre slipper, i hele forløpet. Pasientens stemme etterspørres og lyttes til. Pasienten får tilpasset opplæring og medvirker i oppfølging av egen helsesituasjon, med hjelp fra helsetjenesten når dette er nødvendig. Pasienter som trenger det, har kontaktlege og koordinator.

- Det er klart hvordan pasienten involveres og hvem som har ansvar for pasienten til enhver tid, og hvordan ansvaret overleveres
- Det er god logistikk i pasientforløpene
- Det faglige innholdet har god kvalitet, i alle ledd
- Forløpene inngår i en helhetlig kontekst for pasient og pårørende
- Forløpene gir trygge overganger og kontinuitet for pasientene
- Nødvendig og tilstrekkelig medisinsk informasjon følger pasienten
- Kunnskapskilder/nettsider om samhandling er tilgjengelige for pasienter, pårørende og helsepersonell

Samarbeid mellom OUS og kommunehelsetjenesten	Samarbeid og faglig dialog med fastlegene
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samarbeidsarenaer.</li> <li>• OUS vil aktivt bruke etablerte samarbeidsarenaer: Samarbeidsutvalget, Direktørmøtet og samarbeidsforaene. Etablering av nytt forum for samarbeid for barn og unge skal styrke samhandling på dette feltet. Gjennom Samarbeidsutvalget og Møteplass Oslo vil OUS bidra til at samhandling i helsetjenesten utvikles koordinert i hele Hovedstadsområdet.</li> <li>• Samarbeidsavtaler</li> <li>• OUS vil arbeide for at samarbeidsavtaler og retningslinjer er kjent og blir brukt i helseforetaket og primærhelsetjenesten. Nye avtaler skal utvikles knyttet til oppgavefordeling og samhandling, der det er behov.</li> <li>• Koordinert utvikling. Det er enighet med Oslo kommune om behovet for styrket samarbeid og koordinering på feltet rehabilitering/habilitering, rus, psykisk helse, avhengighet og hjerneslag (vi viser til de klinikkvise planene vedrørende dette). Oslo kommune har et stort forebyggende fokus rettet mot barns helse og utviklingsmuligheter. Dette gir grunnlag for et styrket samarbeid om barns psykiske helse, ikke minst på området tidlig identifisering og tidlig intervensjon ved psykiske lidelser hos barn og ungdom. Det er også ønske fra begge parter å bedre det døgnbaserte habiliteringstilbudet til ungdom med svekket kognitiv funksjon og alvorlige psykiske funksjonsforstyrrelser.</li> <li>• Utvikling og deling av kompetanse: OUS vil i større grad enn tidligere gi behandling og dele kompetanse med kommunehelsetjenesten i pasientens hjem, gjennom hjemmesykehus og ambulante tjenester. Vi vil avklare med kommunehelsetjenesten hvilken kompetanse sykehuset skal bidra med, og på hvilken måte, men også aktivt invitere kommunehelsetjenesten til å dele sin kompetanse med sykehuset.</li> <li>• OUS vil følge nøye forsøkene med primærhelseteam og oppfølgingsteam i kommunehelsetjenesten, og søke samarbeid, gjerne i felles prosjekter, slik at disse får en god funksjon knyttet til oppgavefordeling og samhandling.</li> <li>• OUS vil følge kommunens utvikling på feltet velferdsteknologi med tanke på samarbeid, synergier og koordinert utvikling. OUS og Oslo kommune har gjennom sitt samarbeid i C3 (Senter for forskningsdrevet innovasjon) en unik mulighet for felles teknologisatsning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS støtter det igangsatte planarbeidet for fastlegeordningen i bydelene, og vil følge utviklingen i ordningen nøye når det gjelder kapasitetsutvikling og organisering. OUS vil styrke samarbeidet med fastlegene gjennom</li> <li>• Møteplass Oslo. Møteplass Oslo kan være arena for faglig oppdatering for allmennlegene i kommunen, men også bidra til at leger i sykehus får innsikt i allmennt medisinsk metodikk og arbeidsmåte.</li> <li>• Det er viktig at fastlegene deltar i utarbeidelsen av pasientforløp. OUS vil gjennom Møteplass Oslo bidra til at dette skjer, og har forventning om at kommunen understøtter en slik utvikling.</li> <li>• Deltagelse i kommunens samfunnsmedisinske nettverk gir mulighet til informasjonsdeling og koordinert utvikling.</li> <li>• Vi vil søke samarbeid med Oslo kommune om spesialistutdanning av allmennleger (ALIS). En god felles plan for «sykehus-året» til kommunens leger vil bidra til utveksling av kunnskap, holdninger og kultur.</li> <li>• Vi vil øke bruk av gjensidig veiledning og beslutningsstøtte mellom leger i og utenfor sykehus, både telefonisk, ved felles konsultasjoner og gjennom dialogmeldinger. Det er særlig nødvendig å bedre samarbeidet på feltet psykisk helse.</li> </ul>

**Nye samarbeidsformer** - Det er behov for å teste ut dynamiske samarbeidsformer hvor pasientene kan delta likeverdig i dialogen: Dialogmeldinger, felleskonsultasjoner, brukerstyrte tjenester. I noen fagområder, ikke minst psykisk helse, bør det vurderes å erstatte tradisjonell henvisning med en faglig dialog mellom fastlege og psykologspesialist/psykiater – i håp om å oppnå faglig dialog og at de rette pasientene velges ut til tilbud i spesialisthelsetjenesten. Innføring av pakkeforløpene innen psykisk helse vil gi anledning til å teste ut en slik modell. Økning av ambulant virksomhet er sterkt ønsket fra kommunens side, blant annet innen palliasjon og psykisk helse. En styrking på dette feltet vil kreve at det legges til rette økonomisk for alle parter. Det samme gjelder utvikling av hjemmesykehus, som også ønskes fra begge parter.

**Elektronisk samhandling** - Det er et stort behov for utvikling av brukervennlige data-verktøy for helsearbeidere, i og utenfor sykehus. Dataverktøy må gjøre det enkelt for helsepersonell å dokumentere og dele dokumentasjon med andre. Verktøyene må understøtte samhandling og trygge pasientforløp. All dobbelføring av helseopplysninger og legemiddellister må opphøre. OUS er avhengig av utvikling og prioritering på nasjonalt nivå og vil følge nøye med på utviklingen av EIEJ (EnInnebyggerEnJournal). Denne kommer også til å ha en løsning for kommunehelsetjenesten, men vil ikke bli tilgjengelig før (tidligst) om 10-15 år. OUS vil derfor også fokusere på mer kortsiktige tiltak:

#### **Utnytte fullt ut mulighetene som allerede foreligger**

- Sørge for at meldinger til samarbeidsparter sendes når oppfølgingsansvar overleveres
- Samme dags epikrise for alle pasienter
- Integrere henvisningsstøtte i primærhelsetjenestens journalsystemer.
- Bedre kvaliteten i journaldokumentasjon og elektronisk kommunikasjon (Eksempler: PLO – meldesystemet, henvisninger og epikriser)
- Vedlikeholde e-resepter og legemiddellister
- Skype-møter med samarbeidsparter
- Dokumentere i og bruke kjernejournalen

#### **Ta i bruk tilgjengelige løsninger i elektronisk samhandling med pasienter**

- E-konsultasjoner
- Sørge for at alle helsearbeidere er kjent med og kan veilede befolkningen i bruk av pasientportalene helsenorge.no

#### **Påvirke nasjonale prioriteringer vedrørende utvikling av elektronisk samhandling og prioritere nye løsninger så snart de foreligger.**

- *Dialogmeldinger. OUS kan ikke avvike bruk av FAX før dialogmeldingene kommer!*
- Modeller som styrker brukerrollen

OUS vil, overfor rette instanser, gi innspill til finansieringsordninger som understøtter gode samarbeidsformer.

## 4.34 Forskning og innovasjon

### 4.34.1 Forskning

#### Forskningsstrategi 2016-2020:

Oslo universitetssykehus har en forskningsstrategi for perioden 2016-2020, som realiseres gjennom klinikkovergripende og klinikkvise handlingsplaner. Strategien har følgende visjon:

**Vi skal styrke vår posisjon som et internasjonalt fremragende universitetssykehus og bidra til å skape et fremtidsrettet helsetilbud med høy kvalitet. Strategien peker på viktige kontinuerlige mål og følgende strategiske hovedmål:**

- Skape flere fremragende forskningsmiljøer, basert på kvalitet og faglig bredde
- Styrke den kliniske forskningen, i aktivt samarbeid med brukerne
- Forbedre forskningsorganiseringen og styrke samarbeidet med universitets- og høyskolesektoren
- Styrke vårt internasjonale samarbeid
- Styrke forskning basert på bruk av forskningsbiobanker og medisinske kvalitetsregistre

Strategien følger opp langsiktige prioriteringer i den nasjonale forsknings- og innovasjonsstrategien innen helseområdet, HelseOmsorg21-strategien (2014), samt Regjeringens langtidsplan for forskning og høyere utdanning (revideres av Kunnskapsdepartementet 2018). Regional forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF er under revisjon og vil ventelig speile de samme prioriteringer som i HelseOmsorg21-strategien. Føringerne fra disse strategiene legges til grunn for Utviklingsplan 2035.

#### Utviklingstrekk som påvirker forskningen og behov for tiltak for å møte utviklingen:

- 1. Forventning om å utvikle flere verdensledende miljøer, som løfter kvaliteten i forskningen og konkurrerer godt nasjonalt og internasjonalt om de store bevilgningene; fra brillante individer til brillante miljøer.**

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none"><li>Tilstrebe økt omfang ekstern finansiering til store satsinger, i samarbeid med UiO.</li><li>Styrke tverrfaglig samarbeid mellom forskningsgrupper fra OUS og UiO</li><li>Styrke internasjonal mobilitet og samarbeid, med økt mulighet for karrierevei innen forskning</li><li>• Legge til rette for at en større andel av toppforskningsgruppene ved UiO-OUS er aktive i europeiske satsinger (EU/ERC)</li><li>• Samordne metode-/kompetansmiljøer</li><li>• Arbeide forskningspolitisk for en utvidelse av den nye HOD-finansierte ordningen «Forskningssentre for klinisk behandling» (nå tematisk begrenset)</li><li>• Sørge for at grupper med overlappende problemstillinger/forskningsområder samarbeider</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utvikling og modernisering av bygg og annen forskningsinfrastruktur (jf omtale nedenfor).</li></ul>

## 2. Forventning om økt omfang, kvalitet og pasientdeltagelse i kliniske studier

Det er et faglig, politisk og samfunnsmessig krav om økt omfang og kvalitet i forskerinitierte studier, studier i samarbeid med/bidrag fra industri og industrifinansierte oppdragsstudier. Det er også ønske om større studier, med deltagelse fra flere regioner/helseforetak, med lik mulighet for deltagelse uavhengig av geografi.

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Styrke kapasitet for å gjennomføre kliniske studier, særlig innen sentrale støttefunksjoner som studiesykepleiere, radiologi, genetikk og laboratoriestøtte</li><li>• Styrke de kliniske forskningsposter</li><li>• Arbeide for bedre finansiering av forskerinitierte kliniske studier</li><li>• Legge til rette for økt deltagelse i industrifinansierte studier ved å rekruttere flere miljøer og flere/større studier</li><li>• Sikre faglig bredde i legemiddelutprøving og andre intervensjonsstudier, med god fordeling mellom tidligfasestudier (fase I og II) og fase III- og IV-studier.</li><li>• Sikre god oversikt over kliniske studier, for å kunne monitorere totalomfang, antall pasienter i kliniske studier og type studier</li><li>• Planlegging av skjermet forskningstid for personell som kombinerer klinikk og forskning</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at kliniske forskning er fullt integrert i klinisk behandling, for å bidra til best mulig behandling og læring</li><li>• Implementere registerrandomiserte studier (R-RCT)</li><li>• Bidra til at pasienter kan rekrutteres til kliniske studier i Norden</li></ul>

## 3. Forventning om økt samfunnsnytte/relevans av forskningen og styrket brukermedvirkning.

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mer tverrfaglighet og sektorsamarbeid, herunder samarbeid med akademia, næringsliv og primærhelsetjenesten</li><li>• Bidra til klinisk forskning innenfor pasientgrupper med stor sykdomsbyrde og få behandlingsmuligheter, og forskning innen selekterte behovsidentifiserte områder.</li><li>• Øke vektleggingen av helsetjenesteforskning og helseøkonomiske vurderinger</li><li>• Øke bevisstheten om nødvendighet og nytte av brukermedvirkning i forskning, blant annet for å identifisere problemstillinger og endepunkter i kliniske studier sammen med brukerne, samt bringe inn nye perspektiver i analyse og fortolkning av resultater.</li><li>• Bedre tilrettelegging for rekruttering og involvering av relevante brukere i hele forskningsprosessen (planlegging, gjennomføring, utnyttelse av resultater)</li><li>• Sikre finansiering av brukermedvirkning</li><li>• Veilede forskere i å utarbeide plan for implementering av resultater og beskrivelse av nytteverdi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sikre at kunnskap ervervet gjennom forskning er anvendbar og tas i bruk i klinisk praksis</li><li>• Øke kapasiteten til å gjøre helseøkonomiske vurderinger der det er relevant</li><li>• Arbeide for flere mulige karriereveier for forskningspersonell uten medisinsk/helsefaglig bakgrunn (realfagsbakgrunn, teknologi etc).</li></ul>

#### 4. Mer forskning rettes mot utvikling innen persontilpasset medisin.

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

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none"><li>Økt implementering av persontilpasset medisin i diagnostikk og behandling</li><li>Øke satsing på tverrfaglighet, integrerte analyser og systembiologi</li><li>Stimulere til flere helseøkonomivurderinger i forbindelse med persontilpasset medisin</li><li>Øke felles deltakelse UiO-OUS i europeiske satsinger (EU/ERC) om persontilpasset medisin</li><li>Sambruk av avansert utstyr</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Større satsing på infrastruktur nasjonalt, regionalt og lokalt, når det gjelder datalagring og analyse, sekvenseringsutstyr og annet avansert utstyr til storskalaanalyser.</li><li>Bygge opp tilstrekkelig kompetanse og personell som bistår i implementering av persontilpasset medisin i klinisk praksis.</li><li>Ved sjeldne lidelser må man gjennomføre internasjonale multisenterstudier, da relativt små pasientgrupper i hvert land ikke egner seg for nasjonale studier. Oslo universitetssykehus må planlegge for selv å kunne ta ledelsen av flere internasjonale multisenterstudier.</li><li>Utvikling av ny design og forskningsmetodikk for persontilpassede kliniske studier</li></ul>

#### 5. Økt bruk av registre og biobanker i forskning, herunder bedre systemer for kobling av registerdata og gjenbruk av forskningsdata.

Det forventes at etablering og drift av forskningsbiobanker blir en integrert og sentralisert del av sykehusets virksomhet, med økt krav til logistikk, areal og IT-systemer.

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none"><li>Etablere effektive løsninger for deling av data</li><li>Sikre tilgang på hensiktsmessige og kostnadseffektive registerverktøy</li><li>Sikre tilstrekkelig registerstøtte og databasehåndtering</li><li>Etablere prospektive forskningsbiobanker innen alle relevante områder</li><li>Etablere automatiske uttrekk av strukturerte pasientdata til kvalitetsregistre og forskningsregistre</li><li>Få på plass strukturert elektronisk pasientjournal basert på arketyper</li><li>Etablere felles ressurser for prøvetakning og innsamling av biologisk materiale i forbindelse med kirurgi og annen invasiv virksomhet</li><li>Legge til rette for mer gjenbruk og deling av eksisterende data i forskningssamarbeid, med ivaretagelse av personvern</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Etablere institusjonell biobankvirksomhet med sentral overvåking, automatiserte lagre og en prøveflyt som integrert del av klinisk praksis, nær operasjonsstuer og laboratorier</li><li>Rutinemessig innhenting av biologisk materiale i forbindelse med blodprøvetakning, kirurgi og annen invasiv virksomhet</li><li>Bidra til løsninger for langtidsopbevaring og deling av data</li><li>Arbeide for samordnet lovregulering og håndtering for kvalitets- og forskningsregistre</li></ul>

#### 6. Økt behov for digitalisering, avanserte IKT-verktøy, metodekompetanse og avansert utstyr.

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

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Øke tungregningskapasitet</li> <li>• Øke lagringskapasitet og lagringsløsninger</li> <li>• Videreutvikle datalagringsløsninger i samarbeid med UiO</li> <li>• Etablere intern regional skyløsning i HSØ</li> <li>• Samarbeide med e-Helsedirektoratet om en helseanalyseplattform</li> <li>• Forskningsutstyr: Utarbeide et lokalt veikart for utstyrsbehov i aksens sykehus/universitet, herunder hva som bør inngå i nasjonal og/el. Europeisk forskningsinfrastruktur. Det vil særlig være behov for avansert billedteknologi, som MR og avansert mikroskopi, og apparatur til biologiske analysemetoder som genomikk, genekspressjonsanalyser, proteomikk, metabolomikk etc (såkalte multiomics-teknologier).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mer biostatistisk og matematisk analysekompetanse og -kapasitet (big data)</li> <li>• Legge til rette for bruk av data fra pasientbærbare enheter (wearables)</li> <li>• Styrke sykehusets kompetanse innen digitalisering og teknologisk utvikling innen helse for å kunne utnytte multiple datakilder</li> <li>• I større grad organisere avansert utstyr som kjernefasiliteter, i samarbeid med UiO.</li> <li>• Tilstrebe sømløs integrering av avanserte teknologiske plattformer og data til videre bruk i behandling/diagnostikk, med ivaretagelse av personvern</li> </ul>

### **7. Behov for klinikknære, fleksible og moderne forskningsarealer som følge av økt faglig integrasjonsbehov mellom forskning og klinikk.**

Forskningsarealer og arealer for klinisk/diagnostisk virksomhet bør være så integrert som mulig. Samtidig er det behov for å sentralisere mye av den avanserte infrastrukturen.

Tiltak på mellomlang sikt (2020-2025)	Tiltak på lang sikt (2025-2035)
<p>I eksisterende bygg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dynamisk og tydeligere prioritering av forskningsarealer, herunder kontorarealer</li> <li>• Bedre lagringsfasiliteter for biobanker</li> <li>• Planlegge for tilstrekkelige forsøksdyrslokaler, burkapasitet og tilhørende laboratoriefasiliteter, herunder større grad av samordning med UiO.</li> </ul>	<p>I nye bygg (kfr. pågående arealutviklingsprosjekt):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov for en kombinasjon av <ul style="list-style-type: none"> <li>(i) forsknings- og undervisningsarealer som er integrert i klinisk virksomhet</li> <li>(ii) enkle laboratoriearealer for translasjonsforskning og tilhørende kontorarealer og møterom i nærheten av den kliniske virksomheten, eventuelt inkludert arealer for lokale biobanker der dette er nødvendig, som med fordel kan konsentreres i form av en egen etasje eller deler av en etasje i hver bygningsdel,</li> <li>iii) rene forsknings- og undervisningsarealer.</li> </ul> </li> <li>• Tilstrekkelige arealer for komparativ medisin ved flytting av dyrestaller fra Ullevål</li> <li>• Moderne lagringsfasiliteter for biobanker</li> </ul>

Utover de foreslåtte tiltakene beskrevet ovenfor ønsker OUS å utvide samarbeidet innenfor forskning med både Oslo kommune og OsloMet-storbyuniversitet.

Ikt, ehelse, digitalisering, brukerfokus og økende etterspørsel etter spesialisthelsetjenester tettere på hjemmet vil prege utviklingen av helsetjenester fremover og vil ikke kunne realiseres til sitt fulle potensial og med den beste kvalitet uten god samhandling mellom aktørene i helsevesenet.

OsloMet er den største aktøren i Oslo innen helseforskning, med unntak av medisin. OsloMet har hatt en ekspansiv utvikling med over 120 stipendiater på deres doktorgradsprogram i helsevitenskap. Deres publikasjoner de siste årene viser at OsloMet en viktige samarbeidspartner for OUS innen forskning. En videreutvikling av de gode samarbeidet med OsloMet er viktig for å dekke beskrevet behov for tverrfaglig forskning hvor øvrige helsefagene er inkludert.

## 4.34.2 Innovasjon

Utviklingstrekkene i samfunnet betyr at dagens løsninger ikke er tilstrekkelig i fremtiden. De store utfordringene vi møter gjennom den sterke økningen i behovet for sykehusets tjenester, og en stadig vanskeligere ressurstillgang, fordrer nytenkning. Innovasjon vil måtte gjøre seg gjeldende på mange plan. Som landets største sykehus vil politikere, ansatte og befolkningen kreve at Oslo universitetssykehus tar i bruk og utvikler nye kvalitetsmessige og effektive diagnostiske metoder og behandlinger, nye effektive medisiner tilpasset den enkelte pasient, nye kostnadseffektive pasientforløp og nye prosesser for håndtering av data og biologisk materiale.

### Økt behov for samarbeid med næringslivet

Det blir stadig viktigere med økt samarbeid med næringslivet. Et samarbeid som bl.a. stimulerer til økt bruk av innovative anskaffelser og partnerskap ved innkjøp av alt fra høyteknologisk utstyr til praktiske forbruksvarer og til nye prosesser. Gode ideer og løsninger fra næringslivet vil bli utviklet og testet i klinisk praksis, og i egnede testfasiliteter. Samtidig vil forskning og ideer fra sykehusets ansatte spille en enda større rolle i utviklingen av helsenæringen enn hva som er tilfelle i dag.

### Økt fokus på innovasjon

Innovasjon vil med dette i økende grad bli en del av Oslo universitetssykehus sin virksomhet. Konsekvensen er at det må bygges opp en mer innovasjonsvennlig kultur med rom for å prøve og å feile. Likeledes vil det forde oppbygging av et effektivt system for generering, utvikling, implementering og spredning av nye innovasjoner til nytte for pasienter, ansatte og samfunnet for øvrig.

Samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og sykehuset vil styrkes i fremtiden. Dette vil også gjelde samarbeid om utvikling av nye felles løsninger for kommunikasjon, dataflyt og pasientforløp.

Innovasjon bør også være en del av utdanningen til nye helsearbeidere. En slik utvikling vil fremme sykehusets innovasjonskultur og innovasjonsaktivitet.

### Ny innovasjonsstrategi for 2018-2022

Oslo universitetssykehus har vedtatt en ny innovasjonsstrategi for 2018-2022. Dette vil også ha føringer for periode etter 2022. Strategien har visjonen **«Det skal nytte å tenke nytt»** og de viktigste strategiske hovedmålene er:

1. OUS skal skape innovasjoner som gir bedre pasientbehandling, og som kan nyttiggjøres av andre helseforetak, primærhelsetjenesten, eller spres gjennom kommersialisering.
2. OUS skal ha en ledende rolle i utvikling av forskningsdrevet innovasjon.
3. OUS skal ta i bruk allerede tilgjengelig digitale løsninger, og være en spydspiss i utvikling av nye digitale løsninger for helsesektoren.
4. OUS skal ha ledere som ser på innovasjon som en naturlig del av sitt linjeansvar.
5. OUS skal være den foretrukne partneren for næringsaktører som vil samarbeide om utviklingen av fremtidens helsetjenester.

De strategiske hovedmålene følges opp av tiltak. Disse er som følger:

***OUS skal skape innovasjoner som gir bedre pasientbehandling, og som kan nyttiggjøres av andre helseforetak, primærhelsetjenesten eller spres gjennom kommersialisering.***

#### Tiltak på mellomlang (2018-2022)

- Bygge opp innovasjonskapasitet på tvers av sykehuset ved å sørge for at de riktige ressursene finner hverandre, og at spisskompetanse utnyttes effektivt på tvers av sykehuset.
- Utvikle og implementere nye samhandlingsmodeller i samarbeid med primærhelsetjenesten,



**Tiltak på mellomlang (2018-2022)**

helseforetakene og innbyggerne.

- Øke realisering av særlig lønnsomme innovasjonsprosjekter gjennom målrettede bevilgninger i de årlige budsjettprosessene.
- Arbeide for at man ved Oslo universitetssykehus får støtte for sin nytenkning ved at det gis rom for prøving og feiling, og det føles motiverende å utvikle nye løsninger.
- Synliggjøre pasientnytte i alle innovasjonsprosjekter ved å involvere brukere (pasienter, pårørende, ansatte) i behovskartlegging og planlegging av nye løsninger.

***OUS skal ha en ledende rolle i utvikling av forskningsdrevet innovasjon.***

**Tiltak på kort sikt (2018-2022)**

- Skape kultur for innovasjon blant forskningsmiljøene ved å øke forståelse og interesse for utvikling, implementering og spredning av innovasjon.
- Forsterke samarbeidet med Universitetet i Oslo hvor det satses på entreprenørskap basert på forskning.
- Korte ned tiden fra et forskningsresultat foreligger til det implementeres i et klinisk miljø.
- Bidra til at forskningsbasert innovasjon er med på å bygge opp den norske helsenæringen.

***OUS skal ta i bruk allerede tilgjengelig digitale løsninger, og være en spydspiss i utvikling av nye digitale løsninger for helsektoren.***

**Tiltak på kort sikt (2018-2022)**

- Tilrettelegge for å kunne implementere teknologi som kan gjøre det mulig å utføre større deler av pre- og postbehandlingen nær pasienten.
- Tilrettelegge for forskning og prosjekter innen kunstig intelligens og maskinlæring basert på stordata, og frem mot 2021 ha gjennomført prosjekter for utvikling og etablering av løsninger for klinisk beslutningsstøtte.
- Utvikle nye løsninger hvor pasientene deltar i egen behandling på en helt annen måte enn i dag.
- Ta i bruk IKT-løsninger som støtter opp under enhetlig pasientbehandling, basert på pakkeforløp og nasjonale retningslinjer.
- 

***OUS skal ha ledere som ser på innovasjon som en naturlig del av sitt linjeansvar.***

**Tiltak på kort sikt (2018-2022)**

- Utvikle ledere som etterspør og legger til rette for nytenkning og innovasjon hos sine medarbeidere.
- Ta vare på intraprenører (egne ansatte) og ildsjeler gjennom ulike insentiver, og bygge opp innovasjonsteam på tvers av sykehuset.
- Synliggjøre innovasjon ved å identifisere og markedsføre 1-3 større innovasjonsprosjekter i hver klinikk i året.

***OUS skal være den foretrukne partneren for næringsaktører som vil samarbeide om utviklingen av fremtidens helsetjenester.***

**Tiltak på kort sikt (2018-2022)**

- Legge til rette for industripartnerskap hvor OUS og næringsliv deler kompetanse, og utvikler teknologi og nye løsninger.
- Utvikle «en vei inn» til felles testarenaer for helsenæring i samarbeid med helseforetakene i HSØ, kommunene og næringslivet.
- Øke kunnskap om og bruk av innovative anskaffelser og innovative partnerskap i samarbeid med Sykehusinnkjøp.
- Øke antall industri-initierte kliniske studier ved Oslo universitetssykehus.

## 4.35 Utdanning og kompetanse

I dette kapitlet beskrives den overordnede utviklingen innenfor utdanning og kompetanse. Spesifikke kompetansebehov innen utvalgte fagområder omtales i de respektive kapitlene.

Det må i årene fremover arbeides systematisk med strategisk bemannings- og kompetanseplanlegging. Systematisk betyr at det etableres permanente fora hvor det strategiske arbeidet ivaretas. Det kan være hensiktsmessig i dette arbeidet å dele inn i fagområder, eksempelvis; medisin, sykepleie, andre helsefag, og øvrige fagområder.

Det handler om at foretaket på kortere og lengre sikt:

- utarbeider strategier for å rekruttere, beholde og utvikle nødvendig kompetanse hos medarbeidere.
- er i dialog med utdanningsinstitusjonene for å få utdanninger i samsvar med tjenestenes behov.

Spesialisthelsetjenesten vil i fremtiden få et klart større veiledningsansvar. Dette gjelder innen de fleste områder innen somatikk og psykiatri. Ny teknologi vil i tillegg medføre økt behov for veiledningskompetanse og kompetanse i bruk av teknologien, særlig tolkning av data og muligens også veiledning i hvordan nytte programvare og teknologi fullt ut.

### Utvikling på kort sikt

Oslo universitetssykehus (OUS) bidrar til å utdanne helsepersonell som møter samfunnets behov, samt sikrer riktig kompetanse til egen virksomhet. Dette gjøres gjennom å bidra aktivt i nasjonale og regionale fora, og gjennom å etablere tydeligere strukturer for samarbeid med utdanningsinstitusjonene og andre relevante samarbeidspartnere.

### Mellom- og langsiktig utvikling

Oslo universitetssykehus ønsker å utvide spørsmålet og oppdrag fra Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) «*Hvordan kan sykehusene samarbeide i team til beste for pasienten?*» til «*Hvordan kan helsetjenesten på tvers av forvaltningsnivåene sammen med utdanningsinstitusjonene samarbeide i team til beste for pasienten?*»

Denne utvidelse bygger på en felles ambisjon som både sykehuset og utdanningsinstitusjonene har og det velfungerende samarbeidet.

### Utdanning av leger i spesialisering

Med ny reform for utdanning av leger i spesialisering (LIS), får OUS et særskilt ansvar for LIS utdanning i regionen. Dette ivaretas ved opprettelse av «Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering». Senteret får betydelige oppgaver, som i en grunnutdanning ville vært lokalisert til et universitet eller høyskole. Senteret må således utvikles for å kunne ivareta oppgaver som eksempelvis ansvar for ca. 200 kurs/år regionalt/nasjonalt, tiltak for utvikling av legers pedagogiske kompetanse, utvikling av legers veileder- og kommunikasjonsferdigheter, utvikling av e-læring, samt bidra til hensiktsmessige LIS-løp i regionen. For å imøtekomme behovet for kursvirksomheten og møter med regionale fagfora, må det snarlig spilles inn behov for at egne kurs- og møtelokaler knyttes til nytt sykehus. Dette bør ligge samlet i en egen blokk, som vil gjøre det mulig å drive profesjonell kurs- og møtevirksomhet.

Med implementering av ny reform for spesialistutdanning for 43 spesialiteter, får sykehuset et betydelig økt krav og ansvar for at alle leger i spesialisering oppnår læringsmål som tidligere ikke var tydelig adressert i utdanningen. Ny LIS utdanning fordrer at OUS jobber systematisk med videre- og etterutdanning av spesialister slik at overleger med ansvar for LIS innehar god vurderingskompetanse og kan benytte denne kompetansen når det gis supervisjon og feedback.

Kompetansehevede tiltak for overleger og LIS på sykehus- og klinikknivå må i større grad utvikles. Det samme gjelder utdanningsledelse innad i OUS, som må stå sentralt i sykehusets drift. Likeledes

må det snarlig spilles inn behov for klinikknære møterom for gruppeundervisning, veiledning og internundervisning knyttet til det nye OUS.

Tiltak på kort til mellomlang sikt	Tiltak på mellomlang til lang sikt
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS videreutvikler «Regionalt senter for leger i spesialisering» og etablerer et profesjonelt kursadministrativt system som inkluderer areal for kurs og møtevirksomhet.</li> <li>• Legerollene; fokus på kompetansehevende tiltak utover den faglige rollen legen har (utvikling av felles kompetansemoduler gjeldende for alle spesialiteter).</li> <li>• Utdanningsledelse av LIS-utdanning i OUS og i regionen, samt kompetansehevende tiltak «Faculty development».</li> <li>• Større integrering av LIS utdanning mot andre aktører; avtalespesialister, kommunen, internasjonale arenaer (sykehus, organisasjoner som Leger uten grenser, etc).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS utvikler en profesjonell fakultetsstruktur som sikrer infrastruktur for utdanningsledelse av LIS, nødvendig kompetansehevende tiltak for overleger og LIS innen pedagogiske ferdigheter, samt kunnskap og ferdigheter innen alle de roller en lege skal beherske i sitt daglige virke (de 7 legeroller).</li> <li>• Utdanning og utdanningsledelse blir meritterende på lik linje med forskning, og det etableres en karrierestige innen utdanning</li> </ul>

#### Utdanning av grunn og videreutdanning knyttet til universitet og høyskoler

Å utvikle program-/fagplaner for eksisterende utdanninger skjer tverrsektorielt i et likeverdig samarbeid med utdanningsinstitusjonene hvor både den profesjonsspesifikke og den profesjonsovergrepene kompetansen ivaretas.

Tiltak på kort til mellomlang sikt	Tiltak på mellomlang til lang sikt
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS utvikler en helhetlig strategisk plan for å imøtekomme spesialsykepleiermangelen. Flere av satsningene skjer i et samarbeid med høyskolene. Denne planen revideres årlig i samarbeid med fagmiljøer og linjeledelsen.</li> <li>• OUS samarbeider tett med utdanningsinstitusjonene for at de skal tilby fleksible utdanningsløp som er tilpasset arbeidslivet, eksempelvis innen de ulike fagområdene innen spesialsykepleie.</li> <li>• OUS satser på å videreutvikle veiledningskompetansen til ansatte som har et utdanningsansvar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utdanning i OUS skal fortsatt ha et internasjonalt perspektiv med prosjekter for kunnskapsdeling med lav – og mellominntektsland. Det vil bli et spesielt fokus på konkrete utdanningsprosjekter for spesialisering av leger, samt utdanninger på bachelor- og masternivå som OUS er involvert i, og ha et spesielt fokus på evaluering av disse utdanningsprogrammene.</li> </ul>

OsloMet er en viktig samarbeidspartner for kompetanseutvikling mange grupper helsepersonell på OUS. Dette gjelder både grunn og videreutdanning, herunder spesialistutdanning. OUS ser det positivt at OsloMet ønsker også i økende grad å tilby fleksible utdanningsmoduler basert på arbeidsgiveres behov og vil i samarbeidet med OsloMet bidra til å utvikle disse modulene.

Det er også viktig at utdannings og forskningsorienterte institusjoner som OsloMet i samarbeid med OUS arbeider sammen om løse utfordringer og kompetansebehov knyttet til AI, automasjon, perontilpasset medisin mm, slik at dette kommer tidlig inn i utdanningene.

#### Utdanninger knyttet til en utdanningsinstitusjon

Det vil bli behov for helt nye utdanninger, brede eller spissede, fremover som er i tråd med teknologisk utvikling og pasientenes/tjenestenes behov for kompetanse. Utviklingen av nye utdanninger skjer i et tett og likeverdig samarbeid mellom fagmiljøene og utdanningsinstitusjonene.

Alle utdanninger som inkluderer praksisstudier har ansatte med kombinasjonsstillinger som er oppdatert i praksisfeltets problemstillinger og er delaktig i utdanningsinstitusjonenes teoretiske undervisning og simuleringsaktivitet.

Tiltak på mellom lang og lang sikt
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS samarbeider med utdanningsinstitusjonene om å ha digitale tjenester som fremmer delekultur.</li> <li>• OUS utvikler kvalitetsindikatorer for praksisstedene som læringsarenaer i samarbeid med utdanningsinstitusjonene, rapportere på disse og følge opp forbedringsmulighetene.</li> <li>• OUS legger til rette for å etablere robuste læringsarenaer hvor uerfarne og erfarne kollegaer arbeider sammen for å løse oppgavene. Slik overlappende ekspertise er en forutsetning for at kandidater under utdanning får tilstrekkelig supervision og veiledning og vil samtidig kvalitetssikre helsetjenestene som blir gitt.</li> <li>• OUS samarbeider med utdanningsinstitusjonene om å ha læremoduler tilsvarende helseforetakenes operative systemer (journalssystem, elektronisk kurve mm) som sørger for at studentene får oppdatert undervisning, og som også er inventar i simulerings-/ ferdighetssettene på utdanningsinstitusjonene.</li> <li>• OUS har tydelig infrastruktur for utdanningsledelse i sykehuset, samt sørger for at utdanning er meritterende som karrierevei i sykehuset. Blant annet bør det være for hver spesialitet en utdanningsansvarlig overlege med et tydelig ansvar og mandat vedrørende utdanningen av leger i spesialisering.</li> <li>• OUS etablerer strukturer for samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner, kommuner og spesialisthelsetjenesten som blant annet sikrer at studenter i større grad kan følge pasientforløpene.</li> </ul>

#### Sykehuset som helhet uavhengig av profesjon

Tiltak på kort til mellomlang sikt	Tiltak på mellomlang til lang sikt
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS har oversikt over sitt kompetansebehov og definerer det på kort-, mellomlang – og lang sikt.</li> <li>• Framskrivninger på mellomlangsikt vil innebære å sette opp scenarier/modeller hvor ulike faktorer hensyntas.</li> <li>• Bemanningssammensetningen er tydelig definert på den enkelte enhet/seksjon.</li> <li>• OUS samarbeider med andre helseforetak og kommuner slik at tjenestene får større innflytelse på dimensjonering av utdanningene enn de har i dag. Dette krever struktur for samarbeid på alle nivåer, som inkluderer et interdepartementalt samarbeid.</li> <li>• OUS samarbeider med OsloMet og deres egen simuleringsenhet der blant annet medisinstudentene trener akuttmedisinske situasjoner sammen med sykepleiere.</li> <li>• OUS tilstreber bruk og utnyttning av simuleringsenheter på tvers av institusjonene, noe som kan sikre en mer tverrfaglig og effektiv utnyttelse av simuleringsenhetene både på OUS og OsloMet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OUS har arealer tilpasset det utdanningsansvaret som sykehuset har. Det legges til rette for lokale møte- og grupperom for veiledning og gruppeveiledning innen alle profesjoner.</li> <li>• OUS er nytenkende i forhold til å definere hvilke yrkesgrupper som skal løse hvilke oppgaver og gå i dialog med utdanningsinstitusjonene dersom ny oppgavefordeling skaper endrede utdanningsbehov.</li> <li>• OUS utvikler kompetanseprogrammer hvor ansatte systematisk gjennomgår nødvendig simulerings-/ferdighetstrening for å styrke pasientsikkerheten; både gjennom Sim Oslo og «in situ» trening lokalt. Dette inkluderer å trene på ikke-tekniske ferdigheter og det å jobbe som del av et team.</li> <li>• Framskrivninger på lang sikt vil innebære å sette opp scenarier/modeller hvor ulike faktorer hensyntas.</li> <li>• OUS legger til rette for Dr-gradsforløp, spesialisering også for andre profesjoner en legeutdanning.</li> </ul>

### 4.36 Internasjonalt samarbeid

Norske myndigheter har varslet økt innsats relatert til global helse. Dette gjøres for å nå FNs helserelevante tusenårsmål.

Oslo universitetssykehus (OUS), Seksjon for internasjonalt samarbeid, er koordinator og administrativt ansvarlig for faglige samarbeidsprosjekter mellom OUS og institusjoner i Palestina, Etiopia, Malawi og India.

For prosjektene i Etiopia og Malawi er det overordnede målet å styrke samarbeidsinstitusjonenes evne til å utdanne egne fagpersoner ved hjelp av kompetanseoverføring mellom OUS og de aktuelle institusjoner. Pensum for det enkelte studium utarbeides i nært samarbeid mellom partene. OUS bidrar primært med tilgang på faglig kompetente forelesere og veiledere. Det utveksles også personell mellom OUS og samarbeidsinstitusjonene. I India er det utveksling av erfarent og faglig kvalifisert personell, mens det i Palestina-prosjektet kun gjennomføres utveksling av fagpersoner fra OUS. Prosjektene finansieres av OUS (alle prosjekter), Fredskorpset (Malawi og India), Aktiv mot kreft (Etiopia) og Norwac-Utenriksdepartementet (Palestina). Evalueringsrapporter viser at samarbeidsinstitusjonene når de oppsatte mål om utdanning, kompetanseutvikling og kvalitetsheving.

**Prinsipper i samarbeidsprosjektene** - Prinsippene i samarbeidsprosjektene er at utdanning av helsepersonell skal skje i samarbeidslandet. Videre skal institusjonssamarbeidet være forankret i den øverste ledelse ved gjeldende institusjon. Det er også en forutsetning for å etablere et samarbeid at samarbeidsavtalen støttes av nasjonale og lokale myndigheter. Prosjektene skal ha en langsiktig karakter med forutsigbar finansiering. De aktuelle samarbeidsland er lav- og mellominntektsland. Hovedfokus er konkrete utdanningsprosjekter for utdanning/spesialisering av leger, sykepleiere og annet helsepersonell. I praksis betyr dette at norske spesialsykepleiere, legespesialister og annet helsepersonell i kortere eller lengre perioder bidrar med teoretisk og praktisk undervisning og veiledning i samarbeidslandet. Ofte er det også aktuelt at helsepersonell fra samarbeidslandet hospiterer ved OUS.

#### **Kompetansesenter for internasjonalt institusjonssamarbeid**

Seksjonen ved OUS er et kompetansesenter for internasjonalt institusjonssamarbeid.

Seksjonens oppgaver:

- Være ansvarlig for administrasjon og kvalitetssikring av internasjonale samarbeidsprosjekter
- Sikre at prosjektene/avtalene er forankret i ledelsen og klinikken ved OUS
- Sikre at prosjektene/avtalene er forankret hos myndigheter og sykehusledelse i samarbeidsland/institusjoner
- Sikre god dialog med og rapportering overfor finansierende institusjon/organ
- Sikre god økonomistyring og oppfølging av prosjektene
- Følge opp ansatte som er på oppdrag ved samarbeidende institusjon
- Følge opp hospitanter fra samarbeidende sykehus

**Samarbeid med andre HF** - Det er ønskelig at internasjonale samarbeidsprosjekter som OUS deltar i breddes mer i regionen. En slik regionalisering av samarbeidsprosjektene kan gi en betydelig bredere rekrutteringsbase og sikre tilgang på relevant fagpersonell. Det vil også sikre at andre sykehus får flere medarbeidere med økt kulturkunnskap, noe som vil styrke kompetansen i møtet med sykehusenes flerkulturelle pasienter. Økt samarbeid med andre sykehus vil sikre hospitanter fra land i sør få muligheten til å hospitere ved flere og ulike sykehus. Forhåpentligvis vil en regionalisering bidra til å heve kvaliteten på det internasjonale samarbeidet.

Seksjon for internasjonalt samarbeid ved OUS kan også utvikles til et større kompetansesenter som får i oppdrag å ivareta oppgaver også for andre HF i Helse Sør-Øst gjennom samarbeid om planlegging og gjennomføring av internasjonalt institusjonssamarbeid.

## 5 Analyse og veivalg

### 5.1 Eksterne føringer

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet 14.03.13, i sak 020-2013, oppstart idéfase for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF med følgende vedtak:

*Det er etter styrets oppfatning i den fremlagte utviklingsplanen lagt et godt grunnlag for videreføring av arbeidet med utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, berunder en videre utvikling av bygningsmassen. Styret gir sin tilslutning til at arbeidet videreføres i tråd med det som er skissert.*

*Styret vil påpeke at det fremlagte mandatet for idéfase beskriver en utvikling som er svært omfattende, med et innhold som omfatter byutvikling, utvikling relatert til Universitetet i Oslo og omfattende samferdselsrelaterte problemstillinger. Både planens omfang og tidshorisont er av en slik art at den må kunne sies å ligge på grensen av det som normalt vil være omfattet av en ordinær idéfase. Styret legger til grunn at realisering og videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF uansett vil krevne en trinnvis prosess med flere enkeltprosjekter som må planlegges innenfor en helbetlig ramme og retning. Det forutsettes at idéfasemandater for enkeltprosjekter som foreslås på basis av dette arbeidet forelegges Helse Sør-Øst RHF for videre arbeid med slike prosjekter igangsettes, og at prosjektene tilpasses de økonomiske rammebetingelser.*

*Styret ber Oslo universitetssykehus HF i sitt videre arbeid nøye vurdere hvordan utviklingsplan og idéfasearbeidet skal avstemmes i forhold til arbeidet med enkeltprosjekter, slik at det sikres et godt fundament for den videre utvikling av helseforetaket.*

*Styret forutsetter at det iverksettes nødvendige tiltak ved Oslo universitetssykehus HF for å oppfylle bygningsmessige lovkrav og for å opprettholde en forsvarlig drift inntil den endelige utbyggingen er fullført.*

Hovedprosjektet og to delprosjekter ble behandlet samlet i styret i Oslo universitetssykehus HF i sakene 082-2015 og 008-2016, etter gjennomført ekstern kvalitetssikring. I det siste møtet ble det fattet følgende vedtak:

1. *Styret tar informasjonen fra ekstern kvalitetssikring av «Idéfase Oslo universitetssykehus» til orientering.*
2. *Styret ber om at «Idéfase Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring», oversendes til Helse Sør-Øst RHF for videre behandling. Styret anbefaler på grunnlag av idéfaseutredningen, og det som er framkommet i kvalitetssikringen at følgende legges til grunn for det videre arbeidet:*
  - a. *Styret gir sin tilslutning til at et framtidig mål bilde for Oslo universitetssykehus med ett samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner, ett lokalsykehus på Aker og krefitbehandling på Radiumhospitalet, er å foretrekke. Styret konstaterer imidlertid at det foreligger risikoer som bør avklares nærmere og finner ikke grunnlag på dette tidspunkt å legge bort noen av alternativene eller noen av etappene. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med forslag til avgrensninger av alternativer og/ eller etapper og oppstart av idé-/ konseptfaser når de største usikkerhetsfaktorene er mer avklart, berunder at det er foretatt de nødvendige avklaringer med Helse Sør-Øst RHF.*
  - b. *Styret ber Helse Sør-Øst RHF vurdere om 0-alternativet kan gis en forenklet utredning i konseptfasen, da det allerede etter idéfaseutredningen er åpenbart at dette ikke er et egnet alternativ.*
  - c. *Styret ber Helse Sør-Øst vurdere hvordan skalering av lokalsykehus/-funksjonen skal tilpasses framtidig kapasitetsbehov i hovedstadsområdet.*
3. *Styret ber om at idéfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og idéfaserapporten for Radiumhospitalet oversendes til Helse Sør-Øst RHF og anbefales ført videre som egne konseptfaser. Styret ber Helse Sør-Øst vurdere finansieringsform for disse prosjektene.*

Etter behandlingen av styresak 08-2016 gjennomførte Oslo universitetssykehus HF ytterligere risiko- og sårbarhetsanalyser ut fra anbefalinger i den eksterne kvalitetssikringen. Disse ble styrebehandlet i foretaket i sak 28-2016, med følgende vedtak:

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

## 5.2 Alternative veivalg for helseforetaket

Arbeidet i 2015 er dokumentert i idéfaserapport versjon 1.0 kalt Idéfase fremtidens Oslo universitetssykehus, konkretisering etter høring, datert 28.1.2016. Denne rapporten oppsummerer også idéfase for Radiumhospitalet og idéfase for regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner.

Utredningen er basert på videreføring av dagens oppgaver som Oslo universitetssykehus HF er tillagt og dagens ansvarsfordeling mellom Oslo universitetssykehus HF og de private ideelle sykehusene innenfor Oslo sykehusområde.

Det er lagt vekt på at pasientperspektivet står i sentrum gjennom likeverdige tjenester og sammenhengende pasientforløp, samt gode forutsetninger for fagutvikling, utdanning og forskning. Det er videre lagt vekt på å kunne styrke samspillet mellom somatikk og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I idéfasen fremtidens Oslo universitetssykehus HF er det utredet følgende alternativer for videreutvikling av helseforetaket og bygningsmassen:

- Alternativ 1: 0-alternativet
- Alternativ 2: delt løsning
- Alternativ 3: delvis samling på Gaustad, med lokalsykehus

Idéfasene for Radiumhospitalet og regional sikkerhetsavdeling med tilgrensede funksjoner inngår likt i både alternativ 2 og alternativ 3.

**Alternativ 1**, 0-alternativet, innebærer å forbli på dagens lokalisasjoner med oppgradering av dagens bygg og kun nybygg for å dekke behovet for økt kapasitet. Investeringskostnaden er fra Oslo universitetssykehus angitt til å være i størrelsesorden 26 milliarder kroner.

I **alternativ 2**, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, vil virksomheten ved Ullevål være en kombinasjon av lokalsykehus for alle bydeler Oslo universitetssykehus HF har spesialisthelsetjenesteansvaret for, et områdesykehus for store deler av den kirurgiske og indremedisinske virksomheten, samt regionsykehus med akuttvirksomhet inkludert multitraume. Hoveddelen av sykehusfunksjonene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samles i dette alternativet på Ullevål. På Gaustad vil regionfunksjoner og nasjonale funksjoner som ikke har avhengighet til traumevirksomheten samles i tillegg til funksjoner for barn inkl. spesialsykehuset for epilepsi. To aktuelle første etapper skisseres for dette alternativet – enten nybygg på Gaustad eller nybygg på Ullevål. Investeringsanslaget for alternativ 2 er fra Oslo universitetssykehus angitt til å være i størrelsesorden 34 milliarder kroner.

I **alternativ 3**, delvis samling på Gaustad, utvikles et regionsykehus med ansvar for lokalsykehusfunksjoner for tre bydeler. Sykehuset får dermed lokalsykehusfunksjoner, områdesykehusfunksjoner, regionale og nasjonale funksjoner. Akutfunksjonen med multitraume legges til dette sykehuset. I tillegg etableres det et lokalsykehus på Aker for tre av seks bydeler som Oslo universitetssykehus HF har spesialisthelsetjenesteansvar for. To aktuelle første etapper anbefales; enten nybygg for både akutfunksjoner og lokalsykehus på Gaustad eller lokalsykehus på Aker. Investeringsanslaget for alternativ 3 er fra Oslo universitetssykehus angitt til å være i størrelsesorden 38 milliarder kroner.

I idéfaserapporten er det gjennomført en samlet evaluering av de alternativene som er utredet. 0-alternativet kommer dårligst ut i den kvalitative vurderingen. Alternativet har også høy gjennomføringsrisiko. Når det i tillegg vil kreve betydelig investeringer for å realisere dette alternativet, uten at det realiseres betydelige driftsgevinster, kan ikke 0-alternativet anbefales. Alternativ 3, delvis samling på Gaustad med lokalsykehus, kommer bedre ut av den kvalitative evalueringen enn alternativ 2, delt løsning. Alternativ 2 ansees å ha større gjennomføringsrisiko, grunnet lang byggeperiode tett på eksisterende drift på Ullevål.

Selv om de gjennomførte risiko- og sårbarhetsanalysene ikke utelukker bygging på noen av tomtene, har de økt risikobildet ved alternativ 2, delt løsning mellom Ullevål og Gaustad, og redusert risikobildet ved alternativ 3, delvis samling på Gaustad og lokalsykehus på Aker. Styret for Oslo universitetssykehus HF har også i sitt vedtak i sak 08-2016 pekt på alternativ 3 som det foretrukne alternativ og gitt sin tilslutning til et fremtidig mål bilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet og komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Radiumhospitalet.

### 5.3 Valg og beskrivelse av hovedløsning

Oslo universitetssykehus HF er landets største helseforetak, med en dominerende rolle innen forskning, utdanning og pasientbehandling. Helseforetaket har lokalsykehusfunksjoner, områdesykehusfunksjoner, regionfunksjoner og flere landsdekkende oppgaver, og fungerer som siste skanse (bakvakt) i norsk spesialisthelsetjeneste. I det videre drøftes videreutvikling og avgrensning av de foreslåtte løsningene som fremgår av idéfaserapporten. Dette gjelder både innhold, dimensjonering og rekkefølge.

**Gaustad** - Det legges vekt på å definere tiltak som legger til rette for gode løsninger for virksomheten, hvor man unngår unødig dublisering av funksjoner og vaktlag. For å oppnå dette er det viktig å samle spesialiserte regionfunksjoner ved en lokalisasjon, noe som har vært et mål siden samlingen av Oslo universitetssykehus HF i 2009. Ut fra en samlet vurdering vil dette best kunne løses ved å videreutvikle sykehuset på Gaustad på en slik måte at også akutt- og traumevirksomheten inkluderes sammen med lokalsykehusfunksjoner. Det samme gjelder barnemedisin. Dette vil gjøre Gaustad funksjonelt sammenlignbart med de øvrige regionsykehusene i landet. Det vil videre sikre en medisinsk bredde som grunnlag for å opprettholde en høyspesialisert spissfunksjon og det vil sikre et volum som gir god ressursutnyttelse.

Det er foreslått et første utbyggingstrinn for å ivareta flytting av multitraume med tilhørende regionfunksjoner innen akuttkirurgi og indremedisin samt lokalsykehusfunksjoner innen kirurgi og indremedisin for tre bydeler. Det foreslåtte arealbehovet skal kvalitetssikres i det videre arbeidet. Det blir viktig å utvikle Gaustad trinnvis, både for å sikre fleksibilitet til å ta inn over seg ny teknologi og nye metoder, samt for å tilrettelegge for den medisinske utviklingen. I tillegg vil en trinnvis utvikling kunne tilpasses det økonomiske handlingsrommet i regionen.

Samlet arealbehov, sett opp mot hvilken bygningsmessig kapasitet som kan etableres nord for Ringveien, må også vurderes i det videre arbeidet, men det legges som en foreløpig premiss at utviklingen av regionsykehuset på Gaustad skjer nord for Ringveien. Det vurderes som hensiktsmessig at Radiumhospitalet får ansvaret for all regional og lokal medikamentell kreftbehandling og strålebehandling (for bydelene som skal tilhøre Gaustad). Dette bidrar til å redusere arealbehovet på Gaustad. På samme måte må det vurderes hvilket antall fødsler som legges til Aker versus Gaustad slik at arealbehovet på Gaustad reduseres ytterligere. I planarbeidet legges inn nødvendige universitetsarealer for å ivareta undervisnings- og forskningsoppgavene.



**Aker** - Aktiviteten på Aker domineres i dag av Oslo universitetssykehus HFs egen aktivitet, og Samhandlingsarena Aker som er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og Oslo kommune. Oslo har et klart behov for et eget lokalsykehus utenfor regionsykehuset, og det er hensiktsmessig å etablere dette på Aker. Dette ivaretar blant annet tilbakemeldingene fra flere høringsinstanser om å etablere et sykehus lenger øst i byen.

Idéfaserapporten peker på at Aker i en løsning med delvis samling på Gaustad må utvikles med følgende funksjoner: tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, elektiv kirurgi, akuttkirurgi, fødsler og gynekologi, medikamentell kreftbehandling og indremedisin samt forsknings- og undervisningsarealer. Aker vil således utvikles til et stort akuttssykehus (jfr. definisjoner av sykehus i Nasjonal helse- og sykehusplan). Sykehuset på Aker må utvikles i nært samarbeid med Oslo kommune, som planlegger etablering av storbylegevakt på Aker. Dette kommer i tillegg til Samhandlingsarena Aker hvor det i dag er både kommunale tjenestetilbud og spesialisthelsetjenestetilbud. Det bør også vurderes å utvikle et diagnostisk senter som del av dette tilbudet, ref. vedtaket i styresak 090-2014 i Helse Sør-Øst RHF.

Som redegjort for under kapasitetsvurderinger i hovedstadsområdet, vil etablering av et lokalsykehus på Aker være et viktig grep for å håndtere kapasitetsutfordringene i Oslo og Akershus sykehusområder og en trinnvis utvikling av lokalsykehuset vil tillate gradvis økning og overføring av behandlingsskapitet mellom sykehusene i sykehusområdene Oslo og Akershus i takt med endringer i befolkningsgrunnlag.

Det skal vurderes særskilt om psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal etableres som del av et første trinn i utviklingen av Aker. Samlet arealbehov knyttet til et første trinn i utviklingen av Aker, sett opp mot hvilken kapasitet som kan etableres på Akertomten, må vurderes i den videre prosessen.

**Ullevål** - Alternativet nybygg på Ullevål har vært vurdert i flere omganger. I Oslo universitetssykehus HFs Arealutviklingsplan 2025 fra 2011 pekte man på nytt klinikkbygg bak sentralblokken som beste alternativ. Her ligger imidlertid store deler av sykehusets tekniske infrastruktur. Manglende oversikt over teknisk infrastruktur og vanskelige grunnforhold tilsa at det måtte påregnes en betydelig klargjøringskostnad for tomten før det kunne bygges. Kostnadene ble estimert til om lag 1,5 milliarder kroner. Idéfasearbeidet og ekstern kvalitetssikring har forsterket bildet av høy risiko og betydelige ulemper for pasienter og ansatte ved en eventuell utbygging på Ullevål. Det vil være meget krevende å sikre god klinisk drift på Ullevål ved et eventuelt byggeprosjekt på tomten. Forholdene for pasienter ved Ullevål er blant de dårligste innen Oslo universitetssykehus HF i dag.

Det betyr at nye løsninger for disse pasientene vil være viktig i prioriteringen av en trinnvis utvikling av både Gaustad og Aker, som vil sikre at virksomhet kan flytte ut av Ullevål.

Ved en trinnvis tilnærming til byggingen ved Gaustad og Aker vil det likevel være sykehusdrift ved Ullevål i mange år fremover. Øyeavdelingen og Kreftsenteret er eksempler på bygg hvor virksomhet kan fortsette på Ullevål over relativt lang tid, både for å utnytte investeringene og fordi virksomheten i disse byggene har mindre avhengighet til øvrig sykehusdrift.

## 5.4 Regionsykehusfunksjoner og nasjonale tjenester

Oslo universitetssykehus er innen de aller fleste virksomhetsområder regionsykehuset i Helse Sør-Øst, med definerte kliniske funksjoner for pasienter fra alle sykehusområder. Hvilke sykehusoppgaver som klassifiseres som regionsykehusoppgaver, og ikke som lokal- eller områdesykehusoppgaver, vil kunne endres over tid basert på medisinsk utvikling, pasientvolum og oppbygging av kompetanse og infrastruktur. Således må en regne med at det framover vil bli endringer i fordeling av arbeidsoppgaver mellom OUS og de andre HF-ene i regionen. Tendensen er at ny teknologi- og kompetansekrevende behandling etableres først ved OUS for senere evt. å bli etablert også i andre HF når kompetanse og pasientvolum tilsier at dette gir god kvalitet for pasientene. Eksempler på pågående overføring av funksjoner er kateterbaserte prosedyrer innen flere fagfelt, etablering av

PET-CT, strålebehandling og «tyngre» medikamentell behandling ved kreft. Innen kirurgi vil en slik desentralisering kunne skje innen noen områder, mens det innen andre fortsatt vil foregå en sentralisering pga. økende kompleksitet med stort kompetansebehov og kostbar teknologi. Framtidige endringer med både desentralisering og sentralisering vil i stor grad kreve kompetanseoverføring og et tett faglig samarbeid mellom OUS og andre helseforetak. Det forventes at kompetanseoverføring best kan ivaretas om helsepersonell i større grad enn i dag flytter seg mellom sykehusene i regionen, for kortere eller lengre perioder og i forbindelse med behandling av enkeltpasienter.

Et av de sentrale målene innenfor nasjonal helsepolitikk, er å styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene (inkl. avtalespesialister), sikre helhetlige og koordinerte pasientforløp og behandling på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Innenfor nevrofaget må vi nå og i framtiden ta større del av dette ansvaret. Det bør utvikles modeller for kompetanseoverføring.

Innenfor nevrofaget har OUS en rekke etablerte regional og nasjonale funksjoner og ansvarsområder. Dette gjelder blant annet behandling av nevrotraumer, epilepsikirurgi, craniofacial kirurgi, utredning av vaskulære malformasjoner sammen med nevroradiologer og delt nasjonal funksjon for DBS (Parkinson).

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

Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) utreder behandlingsrefraktær epilepsi i forhold til etiologisk årsak, anfallsklassifisering ihht internasjonalt klassifikasjonssystem og differensialdiagnostikk. Det gjøres en omfattende utredning som involverer tverrfaglige yrkesgrupper (nevrolog, pediater, nevrofysiolog, nevropsykolog/psykolog, klinisk ernæringsfysiolog, farmakolog, farmasøyt, sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom, sykepleier, (vernepleier), spesialpedagoger, og derav igangsetting av medikamentell behandling og andre terapeutiske tiltak. SSE har som nasjonal behandlingstjeneste ansvar for diettbehandling, avansert kirurgiutredning og PNES. SSE er i dag et samlet, tverrfaglig og høyspesialisert senter med viktige tilleggfunksjoner ved Solberg skole (som dels ivaretas av Akershus Fylkeskommune).

## 5.5 Lokalsykehusfunksjoner i Oslo

Det er lagt til grunn overføring av enkelte funksjoner fra Oslo universitetssykehus til de to private ideelle sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus de neste årene. Inntil 70 % av medikamentell kreftbehandling og palliasjon skal gradvis overføres for pasienter tilhørende de to lokalsykehus. Lovisenberg Diakonale Sykehus skal etablere behandling av pasienter med infeksjoner i ben, bløtvev og hud fra sykehusets bydeler, med overføring fra OUS. Videre skal Lovisenberg Diakonale Sykehus etablere dialyse for pasienter fra egne og fra Diakonhjemmets bydeler, med overføring fra OUS. Disse endringer bør kunne gjennomføres relativt raskt (2018-2020). Det er behov for en tett dialog mellom de tre sykehusene for å kunne gjennomføre en god prosess med overføring av disse funksjoner, som ivaretar god kvalitet, kompetanseoverføring og framtidige faglige, forskningsmessige og utdanningsmessige samarbeidsstrukturer. Ved disse prosesser kan man

oppnå bedre pasientforløp enn i dag, med mindre flytting av pasienter mellom sykehusene. Samtidig vil dette avlaste OUS i betydelig grad.

I dialog med de to private ideelle sykehus fremkommer at de har muligheter til og til dels planer for videre utbygging av sykehusene med etablering av nye funksjoner. De vil derved øke sin egendekning for befolkningen i sine bydeler. Det er uavklart hvilke funksjoner disse sykehusene evt. vil overta fra OUS, i tillegg til de ovennevnte. Det kan dreie seg om ulike medisinske og kirurgiske funksjoner. Uansett er det å forvente at de to sykehusene også i framtiden kommer til å ha lavere egendekning enn f.eks. andre HF i regionen som ligger lengre unna Oslo og som har mer komplette pasienttilbud. Diakonhjemmet Sykehus har i dag kirurgisk akuttinntak, mens Lovisenberg Diakonale Sykehus mangler dette. I framtidens OUS vil det være kirurgiske akuttinntak både i lokalsykehuset (Aker) og i regionsykehuset (Gaustad). Det synes tvilsomt om det er riktig å etablere ytterligere et kirurgisk akuttinntak ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Det er behov for en god dialog for å vurdere hvilke kirurgiske funksjoner som evt. kan overføres fra OUS. Områder som peker seg ut for vurdering i denne sammenheng er benign urologi og gastroenterologisk kirurgi.

Det er lagt til grunn at Sagene bydel i sin helhet skal tilbakeføres til OUS fra Lovisenberg Diakonale Sykehus. Tidspunktet er ikke bestemt, men det forventes at dette skjer i første del av planperioden. Pasienter fra Sagene bydel vil da få alle sine lokalsykehustjenester ved OUS, innen indremedisin, kirurgi og psykisk helse. Det ligger som en føring fra Foretaksrådet at Alna bydel skal overføres fra Ahus til OUS i 2020. Dette tidspunktet vil imidlertid være gjenstand for nærmere vurdering. Videre skal Grorud og Stovner bydeler overføres fra Ahus til OUS i 2030. Disse overføringer ligger til grunn for det videre planarbeid ved OUS og vil bidra til at de raskt økende sykehusbehov i Ahus opptaksområde vil kunne dekkes ved utbygging av OUS. Innad i OUS vil det i prosessene framover bli vurdert hvilke bydeler som på sikt skal ha sine lokalsykehusfunksjoner ved lokalisasjon Gaustad og hvilke som skal benytte Aker som lokalsykehus.

## 5.6 Avtalespesialister

Det er et stort antall avtalespesialister i Osloområdet, fordelt på mange spesialiteter. Nedenfor gis det en oversikt over privatpraktiserende leger og psykologer i Oslo, etter hovedspesialitet.

Tabell 36: Antall privatpraktiserende leger og psykologer i Oslo, etter hovedspesialitet; Kilde: Helse Sør-Øst

Hovedspesialitet	Antall	Hovedspesialitet	Antall
Psykologi	131	Kirurgi	6
Psykiatri	84	Nevrologi	5
Anestesiologi	9	Revmatologi	2
Barnesykdommer	9	Øre-nese-halssykdommer	18
Fys. med. og rehabilitering	1	Øyesykdommer	28
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	12	Indremedisin	15
Hud- og veneriske sykdommer	13		

Disse har avtale med Helse Sør-Øst om å yte spesialisthelsetjenester utenfor sykehus. Sykehusene skal i framtiden inngå avtaler med avtalespesialistene vedr. oppgavedeling og samhandling. De neste årene er det vesentlig å få på plass gode samarbeidsavtaler slik at sykehusenes og avtalespesialistenes kompetanse og ressurser kan utnyttes best mulig. Det må arbeides for at avtalespesialistene knyttes sterkere til sykehusene for å etablere gode og sømløse pasientforløp med enhetlig dokumentasjon og rapportering til Norsk pasientregister og for å etablere gode felles fagarenaer. Det må også vurderes om antall avtalespesialister skal økes eller reduseres inne de ulike fagområder.

## 5.7 Virksomhetsavklaringer

Det er tidligere gjort en virksomhetsavklaring av hvilke virksomheter som skal være lokalisert ved Radiumhospitalet når nytt klinikkbygg tas i bruk (2022-2023). Det vil dreie seg om etablering av et samlet brystkreftsenters, prostatakreftsenters, senters for gynekologisk kreft og sarkom, samt onkologisk behandling av hode-halskreft, hudkreft og lymfom. Enkelte andre virksomheter er også aktuelle å lokalisere ved Radiumhospitalet, noe som vil bli klarlagt i det videre arbeid. Det ligger også som en føring at Radiumhospitalet skal ivareta lokalsykehusfunksjoner på kreftområdet for de tre bydeler som vil ha Rikshospitalet som lokalsykehus når Gaustadutbyggingen er ferdig. Det er også besluttet at det skal bygges et Senter for protonterapi ved Radiumhospitalet. Senteret vil bli bygget samtidig med klinikkbygget.

Konseptfase for Aker og Gaustad startet 6. februar 2018 og forventes å være ferdig for beslutning i Helse Sør-Øst 13. desember 2018. Målbildet er at regionsykehusfunksjonene inklusive akuttfunksjoner, samt lokalsykehusfunksjoner for tre bydeler, skal være samlet på Gaustad, mens Aker skal bygges som et lokal-/områdesykehus for 6 bydeler, og ha den samlede sykehusvirksomhet innen psykisk helse og rus. Både Aker og Gaustad vil ha akuttmottak innen medisin og kirurgi. Sentralt i dette arbeidet er vurdering av hvilke virksomheter som skal lokaliseres ved de to sykehuslokalisasjoner. Funksjonenes avhengigheter og nærhet til hverandre vil her være sentralt. Dette aspektet er beskrevet for ulike fagområder i kapittel 5.4. Ut fra dette er det sannsynlig at enkelte fagområder må være tilstede ved begge lokalisasjoner, mens enkelte andre kun trenger å være lokalisert ved en av lokalisasjonene. Disse virksomhetsavklaringer vil i hovedsak være gjennomført innen juni 2018, og vil ligge til grunn i de videre prosesser i konseptfase og evt. forprosjektfase.

Det vil parallelt med de nevnte virksomhetsavklaringer pågå reguleringsprosesser for de aktuelle sykehustomtene.

De ulike faser i realiseringen av framtidens OUS er illustrert nedenfor:



Figur 15: Faser i realisering av framtidens OUS; Kilde: Sykehusbygg HF

## 5.8 Funksjons- og oppgavedeling – Sykehus i nettverk

Det er førende at vi skal «desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må». Som det fremgår av beskrivelsene av de ulike fagområdenes utvikling i framtiden er det forventet at det blir behov for spesialisthelsetjenester i langt større omfang enn i dag. Imidlertid er det vanskelig å kvantifisere denne økningen. Mer persontilpasset behandling vil kunne redusere ressurskrevende og unyttig behandling. Minimal invasiv kirurgi og kateterbaserte intervensjoner vil kunne redusere bruk av sykehusarealer. For Oslo universitetssykehus er det vesentlig å kunne ivareta lokalsykehusfunksjonene for sitt opptaksområde, samtidig som de til enhver tid definerte regionsykehusfunksjoner, utviklingsarbeid, forskning og utdanning får tilstrekkelig plass og prioritet.

Dette krever stort fokus på tett samarbeid med de øvrige helseforetak i regionen og de øvrige regionsykehus i landet, for å ha en optimal og avtalt oppgavedeling. Skillet mellom regions- og områdefunksjoner må være fleksibelt og kunne endres avhengig av medisinsk utvikling, teknologioppbygging og kompetanseoppbygging og – spredning. En tettere samhandling mellom sykehusene i behandlingen av de enkelte pasienter vil være nødvendig, for å tilby likeverdige helsetjenester og gode og forutsigbare pasientforløp. Når det gjelder lokalsykehusfunksjoner vil en bedre samhandling og oppgavedeling med avtalespesialistene og tett samhandling med primærhelsetjenesten være helt sentralt.

Det er eksempler på at det i regionen er bygget opp faglig ledende sentre også ved lokalsykehus utenfor OUS. Det er sannsynlig at et slikt konsept kan videreutvikles i framtiden, f.eks. innen benign gastrokirurgisk virksomhet. Dette krever et tett samarbeid og en god dialog mellom helseforetakene.

## 5.9 Traumebehandling

OUS ivaretar traumebehandling for Oslo sykehusområde, samt for hele helseregionen når det gjelder større traumer/multitraume. OUS mottar også i noen grad multitraumatiserte pasienter fra andre deler av landet. For å kunne ivareta og ytterligere forbedre multitraumefunksjonen ved OUS er det nødvendig med et stort pasientvolum og med et stort antall lokalsykehuspasienter som til daglig trenger triagering og akuttkirurgisk behandling. Det er besluttet at multitraumefunksjonene i det framtidige perspektiv skal lokaliseres til Gaustad der regionsykehusfunksjonene skal samles. En forutsetning for dette er at et tilstrekkelig volum av lokalsykehusfunksjoner/akuttfunksjoner er lokalisert samme sted. En annen forutsetning er at ulike typer spesialister er umiddelbart tilgjengelige, samt støtte fra et tungt intensivmedisinsk miljø. Disse forhold vil bli nærmere vurdert i det pågående planarbeidet for nye sykehusbygg innen OUS.

## 5.10 Utvikling av framtidens behandling – forskning

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

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

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

## 5.11 Persontilpasset medisin og bruk av ny teknologi

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

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

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

**Intervensjonscenteret** ved OUS vil ha en sentral rolle i framtiden. Intervensjonscenteret representerer fremtidens behandlingsrom, der avansert bildedannende utstyr er integrert i operasjonsstuer. Senteret fungerer både som en verktøykasse for forskning og utvikling av nye behandlingsmetoder og driftsarena for pasienter som trenger den avanserte teknologien. I framtidens sykehus må man i stor grad organisere virksomheten omkring teknologien, fordi hybridrom med tungt bildedannende utstyr, roboter og annen teknologi må drives av en dedikert stab. Teknologien er kostbar og utstyret må utnyttes av mange kliniske miljøer. Ved å integrere avansert diagnostisk utstyr i operasjonsrommene, kan man endre logistikken rundt mange pasienter og utføre diagnostikk og behandling i samme seanse. Hybridrom for rask diagnostikk og øyeblikkelig hjelp intervensjon ved blødninger er en viktig del av moderne akuttmottak, noe som i dag er etablert ved OUS. I den videre sykehusplanlegging må framtidig lokalisering og omfang av hybridvirksomheten i sykehuset vurderes, for god utnyttelse både i akutt og i elektiv virksomhet.

Utvikling av gode **IKT-løsninger** vil være sentralt, med etablering av strukturert pasientjournal med gode muligheter for kvalitetssikring, rapportering og forskning, samt bedre samhandling med andre aktører innen spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Her vil det framover være ulike alternative veivalg. Konsoliderte IKT-systemer innen bildediagnostikk og laboriefag, samt etablering av digital patologi er nødvendig å få på plass relativt raskt, for å sikre god kvalitet både innad i OUS og i regionen. OUS er i ferd med å etablere klinisk datavarehus som gir nye muligheter for å få oversikt over hele den kliniske virksomhet, og som grunnlag for gode rapporter og data for kvalitetsregistre og forskning. Videre implementering av elektronisk kurve samt etablering av system for beslutningsstøtte vil være sentralt i årene framover. Etablering av «kunstig intelligens» vil få stor betydning innen mange av sykehusets virksomheter.

Bruk av nye **digitale løsninger** vil endre samhandlingen både på kort og lang sikt. Det dreier seg om samhandlingen med andre sykehus og med primærhelsetjenesten, og det dreier seg ikke minst om kommunikasjonen mellom sykehuset og pasientene i deres hjem. Digital pasientrapportering med sykehuspersonell og e-konsultasjoner vil i noen grad kunne erstatte fysiske oppmøter i sykehuset, både under behandling, under oppfølging av pasienter etter behandling og av pasienter med kronisk

sykdom. Ulike prosjekter bør her gjennomføres de nærmeste årene. Digitale løsninger vil kunne ha stor betydning for aktiviteten i sykehuset og vil bli lagt til grunn ved planlegging av arealer i nye bygg. OUS har og vil i framtiden ha et stort fokus på prioriteringer i forbindelse med innføring av nye metoder i sykehuset. Sykehuset baserer sin virksomhet på gjeldende retningslinjer, nasjonale beslutninger i Nye metoder og på interne beslutninger i forbindelse med minimetodevurderinger.

## 5.12 Kompetanse og utdanning

Oslo universitetssykehus vil også i framtiden ha en sentral rolle i grunnutdanningen av helsepersonell. Sykehuset vil ha en ledende rolle i utdanning av nye legespesialister i Helse Sør-Øst gjennom Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering. Denne utdanningen må tilpasses det til enhver tid beregnede behov og den medisinske utvikling. Det er sentralt også for øvrige helseforetak i Helse Sør-Øst at OUS har god utdanningskapasitet for legespesialister med tilstrekkelig antall gjennomstrømningsstillinger. Generelt har OUS en sentral funksjon i kompetanseutviklingen i regionen, og skal bidra med kompetansedeling med andre aktører i regionen innen både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Utviklingen tilsier også satsing på videre- og etterutdanning, både for leger, sykepleiere og andre helsearbeidere. Det må også kontinuerlig vurderes om det er behov for å utvikle ny kompetanse, enten gjennom endringer og påbygging i eksisterende utdanning eller gjennom etablering av ny type utdanning. Mange av sykehusets ansatte har kombinerte stillinger med universitetene. Slike kombinerte funksjoner bør fortsette og utvikles videre, noe som vil bidra sterkt til et framtidig fokus på forskning, utvikling og utdanning.

## 5.13 Internasjonal rolle

Oslo universitetssykehus har gjennom sin størrelse og sin forskningsposisjon er sentral internasjonal rolle. Flere av sykehusets virksomhetsområder har internasjonal akkreditering. En ny og omfattende akkreditering er OEIC-akkreditering av sykehuset som europeisk Comprehensive Cancer Centre. Internasjonal akkreditering er i framtiden aktuelt på flere områder. OUS har også etablert internasjonale Scientific Advisory Boards som ivaretar en kontinuerlig ekstern evaluering av vitenskapelig virksomhet.

Et styrket internasjonalt samarbeid innen forskningen vil være sentralt i framtidens OUS. Det dreier seg om aktiv deltakelse i internasjonale forskningsnettverk og internasjonale kliniske studier, primært i Norden og i EU-sammenheng. Utvikling av persontilpasset medisin krever et tettere internasjonalt samarbeid både innen metodeplattformer, kompetansebygging og klinisk utprøving av ny behandling rettet mot undergrupper av pasienter med spesifikke markører.

EU satser tungt på *European Reference Networks (ERN)* som arena for samarbeid innen pasientbehandling, utdanning og forskning innen sjeldne sykdommer og sykdommer som krever avansert behandling. Et **Clinical Patient Management System** er laget slik at konkrete pasienter kan diskuteres med Europas fremste eksperter. 24 nettverk er etablert, og OUS er foreløpig med i 3 av disse. OUS vil være en aktiv part i videre utvikling av ERN slik at norske pasienter og norsk helsetjeneste får tilgang til denne ekspertisen

OUS har i dag et internasjonalt institusjonssamarbeid med sykehus i flere lav- og mellominntektsland. Det dreier seg om kompetanseoppbygging med bistand fra spesialister fra OUS, innen nevrokirurgi, barnekirurgi, intensivmedisin, kreft og barn- og mødrehelse. OUS vil framover være en sentral aktør i økt innsats for global helse.

## 5.14 Ytre miljø

Regjeringen har som mål at Norge skal bli et lavutslippssamfunn mot midten av dette århundret. Som en stor samfunnsaktør kan OUS medvirke til å nå denne målsettingen ved å finne løsninger som bidrar til en klima- og ressurseffektiv sykehusdrift.

Helse- og omsorgsdepartementet har i oppdrag- og bestiller dokument (OBD) understreket at helseforetakene skal være i fremste rekke når det gjelder arbeidet med miljø- og klimatiltak. Etablering av miljøledelse (ISO 14001:2015) ved Oslo universitetssykehus er et sentralt bidrag i den retning. Miljøledelse innebærer at miljøhensyn er integrert i den overordnede virksomhetsstyringen i foretaket.

Oslo universitetssykehus sin miljøpolicy angir den strategiske retningen for miljøarbeidet i helseforetaket:

- Tilstrebe en mest mulig miljøvennlig drift i relasjon til sin kontekst og tilgjengelige ressurser.
- Beskytte det ytre miljøet ved å redusere våre klimagassutslipp, substituere miljøgifter, redusere ressursforbruket og øke bruk av bærekraftig mat og miljømerkede produkter.
- På kontinuerlig basis identifisere tiltak som bidrar til å forebygge og redusere negative påvirkninger på naturmiljøet fra skade og nedbryting på grunn av våre aktiviteter, leveranser og tjenester.
- Sette strengere miljøkrav enn lovkrav og andre krav med relasjon til vår påvirkning på det ytre miljø.
- Stimulere til økt miljøbevissthet på alle nivå i sykehuset gjennom prosedyrer, opplæring og informasjon.
- Sørge for at våre medarbeidere og samarbeidspartnere utfører sine oppgaver i tråd med sykehusets miljøpolicy og miljømål.
- Samarbeide med myndigheter, eier og organisasjoner, slik at vårt miljøarbeid samsvarer med samfunnets miljømål.
- Evaluere miljøledelsessystemet og miljømålene med regelmessige intervaller med målsetning å forbedre både systemet og miljøprestasjonene.
- Sette mål og delmål for miljøarbeidet med prioritet for de vesentlige miljøaspektene.
- OUS ønsker miljø- og klimavennlige løsninger ved nybygg, ombygging og rehabilitering.

OUS ønsker miljø- og klimavennlige løsninger ved nybygg, ombygging og rehabilitering. I årene framover planlegges det flere nye bygg. Hvordan foretaket forvalter denne eiendomsmassen vil få både økonomiske og miljømessige konsekvenser på kort og lengre sikt. Som en viktig samfunnsaktør vil de strategiske valgene som tas kunne ha påvirkningskraft til resten av samfunnet og eget omdømme.



## Oversikt over tabeller og figurer

Figur 1: Organisasjonskart for prosjektet Utviklingsplan 2035 .....	12
Figur 2: Fremdriftsplan for prosjektet "Utviklingsplan 2035" .....	13
Figur 3: Interessentanalyse "Utviklingsplan 2035" .....	14
Figur 4: Organisasjonskart OUS; Kilde: Intranett OUS (27/07-2017) .....	15
Figur 5: Resultatutvikling Oslo universitetssykehus HF; Kilde: ØLP .....	37
Figur 6: Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet og Gaustad sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre) .....	40
Figur 7: Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre) .....	40
Figur 8: Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til høyre) .....	40
Figur 9: Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus (til venstre) og tilpasningsdyktighet (til venstre) .....	41
Figur 11: Befolkningsutvikling Norge 2017-2035; Kilde: SSB - metode MMMMM .....	43
Figur 12: Befolkningsutvikling Oslo 2017-2035; Kilde: SSB - metode MMMMM .....	44
Figur 13: Trinnsvis framskrivning av liggedøgn somatikk; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF .....	48
Figur 14: Felles rammeverk for forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet .....	57
Figur 16: Skisse for sannsynlig vareflyt i framtidig forsyningskjede .....	123
Figur 17: Faser i realisering av framtidens OUS; Kilde: Sykehusbygg HF .....	145
Tabell 1: Aktivitet somatikk OUS 2012-2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	16
Tabell 2: Antall DRG-poeng Oslo sykehusområde; Kilde: Årsberetningen 2016 .....	16
Tabell 3: Antall DRG-poeng ved OUS fordelt på sykehusområder i Helse Sør-Øst 2016/2015; Kilde: Årsberetning 2016 .....	17
Tabell 4: Antall DRG-poeng ved OUS i 2016 fordelt på helseregioner utenfor HSØ; Kilde: Årsberetningen 2016 .....	17
Tabell 5: Antall operasjoner og respiratordøgn 2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	17
Tabell 6: Prosentvis fordeling av årsaker til strøket operasjon 2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	18
Tabell 7: Antall diagnostiske undersøkelser i 2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	18
Tabell 8: Aktivitet psykisk helsevern 2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	19
Tabell 9: Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	19
Tabell 10: Aktivitet prehospitale tjenester 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	20
Tabell 11: Resultater på indikatorene for Oslo universitetssykehus HF. Skala 0-100 der 100 er best; Kilde: Kunnskapssenteret 2016 .....	21
Tabell 12: Antall meldte pasienthendelser; Kilde: Forbedrings- og avvikssystemet «Achilles» .....	22
Tabell 13: Prevalens andel helseassosierte infeksjoner i % 2012-2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	23
Tabell 14: Antall ventende og langtidsventende 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	23
Tabell 15: Gjennomsnittlig ventetid (dager) 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	24
Tabell 16: Andel fristbrudd 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	24
Tabell 17: Andel epikriser sendt innen 7 dager 2016 og 2015; Kilde: Årsberetning 2016 .....	24
Tabell 18: Andel korridorpatienter 2012-2016; Kilde: Helsenorge.no .....	25
Tabell 19: Andel pakkeforløp som har en forløpstid innenfor standard forløpstid; Kilde: helsenorge.no .....	25
Tabell 20: Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp; Kilde: helsenorge.no .....	25
Tabell 21: Antall HMS-avvik 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	31
Tabell 22: HMS-saker med høy alvorlighetsgrad 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	31
Tabell 23: Utdanningsvirksomhet OUS 2016 .....	32
Tabell 24: Antall ansatte 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	33
Tabell 25: Planlagt og ikke planlagt arbeidstid 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	33
Tabell 26: Sykefravær 2013-2016; Kilde: Årsberetning 2016 .....	34
Tabell 27: Forskningsvirksomhet 2016; Kilder: Forskningsmålingen 2016. Tall for ressursbruk: NIFU, Rapport 2017:18, Ressursbruk til forskning i helseforetakene 2016. ....	35
Tabell 28: Innmeldte og registrerte prosjekter fra OUS .....	36
Tabell 29: Prosentvis arealfordeling per vektet og avrundet tilstandsgrad fordelt på lokasjoner (normal vektning) .....	39
Tabell 30: Oversikt over tomtestørrelser OUS .....	41
Tabell 31: Nøkkeltall miljø 2014-2016; Kilde: Årlig melding 2016 .....	42
Tabell 32: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF .....	48

Tabell 33: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 psykisk helsevern voksne; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF .....	49
Tabell 34: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 psykisk helsevern voksne; Kilde: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 somatikk; Kilde: Nasjonal modell for aktivitetsframskrivning tilsendt og utført av Sykehusbygg HF .....	49
Tabell 35: Framskrevet aktivitet 2015 - 2035 TSB; Kilde: Sykehusbygg HF .....	50
Tabell 36: Antall privatpraktiserende leger og psykologer i Oslo, etter hovedspesialitet; Kilde: Helse Sør-Øst. 144	

## Vedlegg

### UTVIKLINGSPLAN 2035 – OPPSUMMERING AV HØRINGSUTTALELSER

#### Bakgrunn og prosess

Oslo universitetssykehus (OUS) har i løpet av 2017/18 på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF utarbeidet en strategisk utviklingsplan for 2019-2035. Arbeidet ble organisert som et prosjekt ledet av fagdirektørene (medisin og helsefag) ved OUS. Utviklingsplanarbeidet ble gjennomført etter en regional veileder fra Helse Sør-Øst og baserer seg på nasjonale, regionale og lokale føringer og strategier. OUS valgte en «bottom-up» tilnærming for arbeidet med tett og bred involvering av fagmiljøene på sykehuset.

Høringsutkastet ble ferdigstilt i løpet av januar/februar 2018 og OUS-styret ble orientert om høringssutkastet 16. februar 2018. Høringsutkastet ble sendt ut på høring 19. februar 2018. Høringsutkastet ble sendt ut til 43 eksterne høringsinstanser kartlagt i den initiale interessentanalysen, 15 klinikker på OUS og foretakstillitsvalgte. I tillegg ble høringssutkastet, høringssbrev og oppsummering lagt ut på eksternt og intern hjemmeside med mulighet for alle til å avgi sine innspill og kommentarer.

Høringsfristen ble satt til 8. april 2018.

#### Mottatte høringssuttalelser

I løpet av høringssperioden fikk OUS tilsendt til sammen 27 høringssuttalelser. Samtlige uttalelser kom fra instanser som fikk tilsendt høringssutkastet. På den interne hjemmesiden kom det inn én kommentar relatert til utviklingsplanen. 12 av de 27 høringssuttalelser kom fra eksterne høringssinstanser og er listet opp nedenfor:

1. Nasjonalforeningen for folkehelsen
2. Lovisenberg Diakonale Sykehus
3. Sykehusapotekene HF
4. OsloMet-storbyuniversitetet
5. Sykehuset i Vestfold HF
6. Vestre Viken HF
7. Oslo kommune
8. Universitetet i Oslo
9. Diakonhjemmet Sykehus
10. Akershus universitetssykehus HF
11. Tekna
12. Sunnaas Sykehus HF

Slik det fremkommer av listen ovenfor mottok OUS uttalelser fra sju andre helseforetak eller private ideelle sykehus i Helse Sør-Øst, to utdanningsinstitusjoner, to foreninger? og Oslo kommune.

De resterende høringsuttalelser kom fra egen organisasjon og interne instanser vises nedenfor:

1. Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT)
2. Medisinsk klinikk (MED)
3. Norsk sykepleieforbund (NSF)
4. Arbeidsmiljøavdelingen
5. Seksjon for pasientsikkerhet og likeverdige helsetjenester (FPS)
6. Brukerutvalget
7. Fagspesifikke nettverk for ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer
8. Hjerte, lunge og karklinikken (HLK)
9. Klinikk for laboratoriemedisin (KLM)
10. Den norske legeforening (DnLF)
11. Avdeling for samhandling - Stab fag, pasientsikkerhet og samhandling (FPS)
12. Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA)
13. Nevroklinikken (NVR)
14. Akuttklinikken (AKU)
15. Klinikk for psykisk helse og avhengighet (PHA)

### Oppsummerings av eksterne høringsuttalelser

Majoriteten (8 av 12) av de eksterne uttalelser gir honnør til OUS for et omfattende arbeid og velskrevet utkast til utviklingsplan. Disse høringsinstansene mener også at OUS basert på foreliggende høringsutkast har lagt et godt grunnlag for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Oslo og i Helse Sør-Øst.

6 av 12 høringsinstanser synes at OUS sin rolle som regions- og universitetssykehus med fordel bør tydeliggjøres mer i den endelige versjonen. Dette er særlig ønsket av andre sykehus eller helseforetak i Helse Sør-Øst, men også av Oslo kommune og Universitetet i Oslo.

Samtlige uttalelser (7) fra andre sykehus eller helseforetak i Helse Sør-Øst savner en tydeligere beskrivelse av OUS sitt syn på oppgavefordeling i hovedstadsområdet og mellom sykehusene i Helse Sør-Øst. En mer optimal oppgavedeling vil kunne både styrke OUS sin rolle som regions- og universitetssykehus og avlaste OUS på andre områder.

Disse instanser påpeker også viktigheten av et tettere samarbeid med OUS, både i prosessen med oppgavefordeling, kompetanseoverføring og veiledning og for å vurdere områder hvor OUS sin utviklingsplan avviker fra beskrevet utvikling i de andre helseforetakenes utviklingsplaner. Et av helseforetakene peker også på muligheten av å etablere faglig ledende sentra ved sykehus utenfor OUS.

Det er også innspill på et ønsket tettere samarbeid med OUS innenfor forskning, innovasjon og utdanning.

Et fåtall (2) av uttalelser fra andre sykehus og helseforetak i Helse Sør-Øst savnet en konkretisering (innhold og tid) av elementer relatert til oppgavefordeling. Tiltakene og beskrivelsen fremstår i planen for lite konkrete og uten forankring i regionalt og med andre berørte sykehus/helseforetak.

Både Universitetet i Oslo og OsloMet og Oslo kommune savnet en beskrivelse eller en tydeliggjøring av sitt bidrag og sin betydning som samarbeidspartner innen forskning, innovasjon og utdanning. UiO savnet en bedre beskrivelse av samarbeidet mellom OUS og UiO innen livsvitenskap og forskning.

Oslo kommune er kritisk til fremstilt aktivitetsutvikling frem mot 2035. De kjenner seg ikke igjen i premisser og forutsetninger som ble lagt til grunn i den nasjonale modellen for aktivitetsframskrivning som ble benyttet av Sykehusbygg HF i utviklingsplanarbeidet. Kritikken retter seg spesielt mot skissert potensiale for reduksjon av liggedager/oppholdsdøgn ved overføring av aktivitet til kommunen. Denne kritikken ble også rettet fra Legeforeningen. De savnet risiko- og mulighetsanalyse i utviklingsplanen når det gjelder fremskrevet aktivitet og til dels andre områder. De vurderer den fraværende risiko- og mulighetsvurderingen som en alvorlig mangel ved planen.

5 av 12 de eksterne høringsinstanser hadde konkrete innspill til enkelte kapitler i planen særlig relatert til:

- Eldrehelse
- Indremedisin
- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet
- Rehabilitering og habilitering
- Forskning, innovasjon og utdanning
- Nevrofaget

#### Oppsummerings av **interne** høringsuttalelser

Det ble totalt mottatt 15 interne høringsuttalelser. Åtte av 15 uttalelser kom fra klinikkene ved OUS, tre fra avdelinger eller seksjoner i sentral stab, to fra foretakstillitsvalgte, én fra fagspesifikt nettverk og én fra brukerutvalget.

I motsetning til de eksterne uttalelser var mesteparten av de interne uttalelser preget av supplerende beskrivelse til høringsutkastet. Samtlige uttalelser fra klinikkene hadde i seg også endringsønsker til beskrivelsen av deres område i utviklingsplanen.

En del av klinikkene savnet i utkastet en beskrivelse av deler av sin virksomhet/fag. Innspillene fra avdelinger/seksjoner fra sentral stab gikk også på supplerende beskrivelse av sykehusets virksomhetsområde og tjenestespektrum.

Flertallet (9 av 15) av de interne høringsuttalelser savnet, i likhet med flertallet av de eksterne uttalelser, en tydeligere beskrivelse av OUS sin rolle som regions- og universitetssykehus både innen den medisinske behandlingen, men også innen forskning, innovasjon og utdanning.

Legeforeningen var som nevnt svært kritisk til fremstilt aktivitetsframskrivning og til den manglende risiko- og mulighetsvurdering. De mente at det foreliggende planutkast er mangelfullt, når ikke det oppstilte effektmålet, og kan ikke danne grunnlag for et regionalt planverk, for interne prioriteringer av virksomhetsmessige og bygningsmessige tiltak og for å skissere veivalg. De mener at det *«bør gjøres omfattende bearbeiding og utvikling av planen, før gjennomføring av en ny høringsrunde»*.

#### Tilbakemelding og innspill fra Helse Sør-Øst

Helse Sør-Øst (HSØ) er oppdragsgiver for at OUS skal utarbeide en utviklingsplan for sykehuset. HSØ har ikke kommet med en skriftlig tilbakemelding på selve planutkastet, men

sykehusledelsen hadde sammen med prosjektlederne løpende dialog med oppdragsgiver. I to dialogmøter ble i tillegg gitt tilbakemeldinger på foreliggende planutkast.

I siste dialogmøte om foreliggende høringsutkast ble det fra oppdragsgiver gitt uttrykk for at det savnes en tydeligere beskrivelse av OUS sin rolle som regions- og universitetssykehus, rolle i «Sykehus i nettverk» samt OUS sitt bidrag i fremtidens oppgavefordeling mellom sykehusene i hovedstaden og i Helse Sør-Øst.

I samme møte takket oppdragsgiver for et omfattende rapportutkast med vektlegging av beskrevet sykdoms- og fagutvikling, noe som var etterspurt fra de eksterne samarbeidspartnere.

#### Prosess for innarbeidelse av høringsinnspillene

OUS har lest samtlige uttalelser nøye, tar disse på alvor og takker for gode, konstruktive og omfattende innspill til planutkastet.

Prosjektgruppen har i uke 15/16 bearbeidet høringsutkastet og etter beste evne forsøkt å innarbeide det meste av innspillene som kom fra eksterne og interne instanser.

På grunn av styrebehandlingen (25. april 2018) og leveransefristen til Helse Sør-Øst (1. mai 2018) var det ikke mulig å gjøre omfattende endringer i rapporten. Dette gjelder spesielt - risiko- og mulighetsvurderinger for aktivitetsframskrivning frem mot 2035 og beregnet potensiale for konkret reduksjon av liggedager/oppholdsdøgn. Mange endringer og spesifikasjoner er innarbeidet basert på innspillene, men det har ikke vært mulig å omstrukturere rapporten og vesentlig endre detaljeringsgrad og konkretisering av foreslåtte tiltak.

Samtlige innspill vil bli tatt inn i videre arbeidet med og oppfølging av utviklingsplanen i nær framtid, slik at utviklingsplanen blir et levende og førende dokument som basis for konkrete handlingsplaner for å kunne *«utvikle morgendagens behandling sammen med pasientene»*.

# Utviklingsplan 2035 - Oslo universitetssykehus *«I dag, i morgen og i framtiden»*



*Sentrale elementer i utviklingsplanen i korte trekk*

# Utviklingsplan 2035 - Utarbeidet i en inkluderende og omfattende prosess i 2017 – 2018 basert på nasjonal veileder. Vedtatt av Styret i OUS april 2018

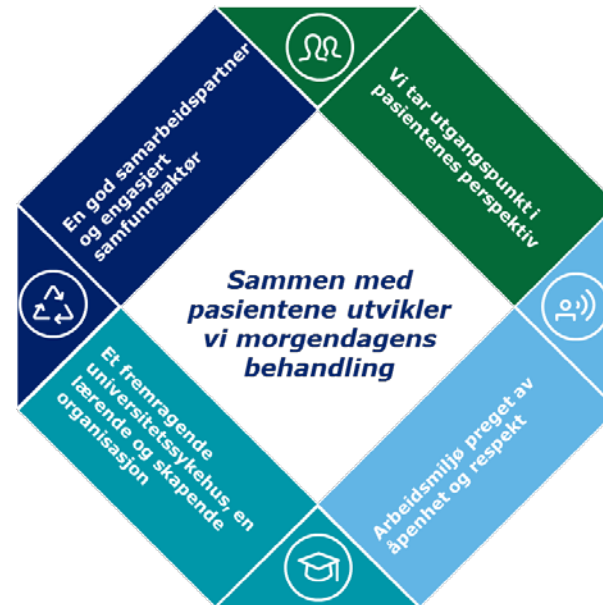


## Utviklingsplan 2035 - Oslo universitetssykehus HF *I dag, i morgen og i framtiden*

Mai 2018



*Sykehusets strategi ble lagt til grunn for utviklingsplanarbeidet:*





# OUS har i høringsperioden fått til sammen 27 høringsuttalelser – 15 interne og 12 eksterne

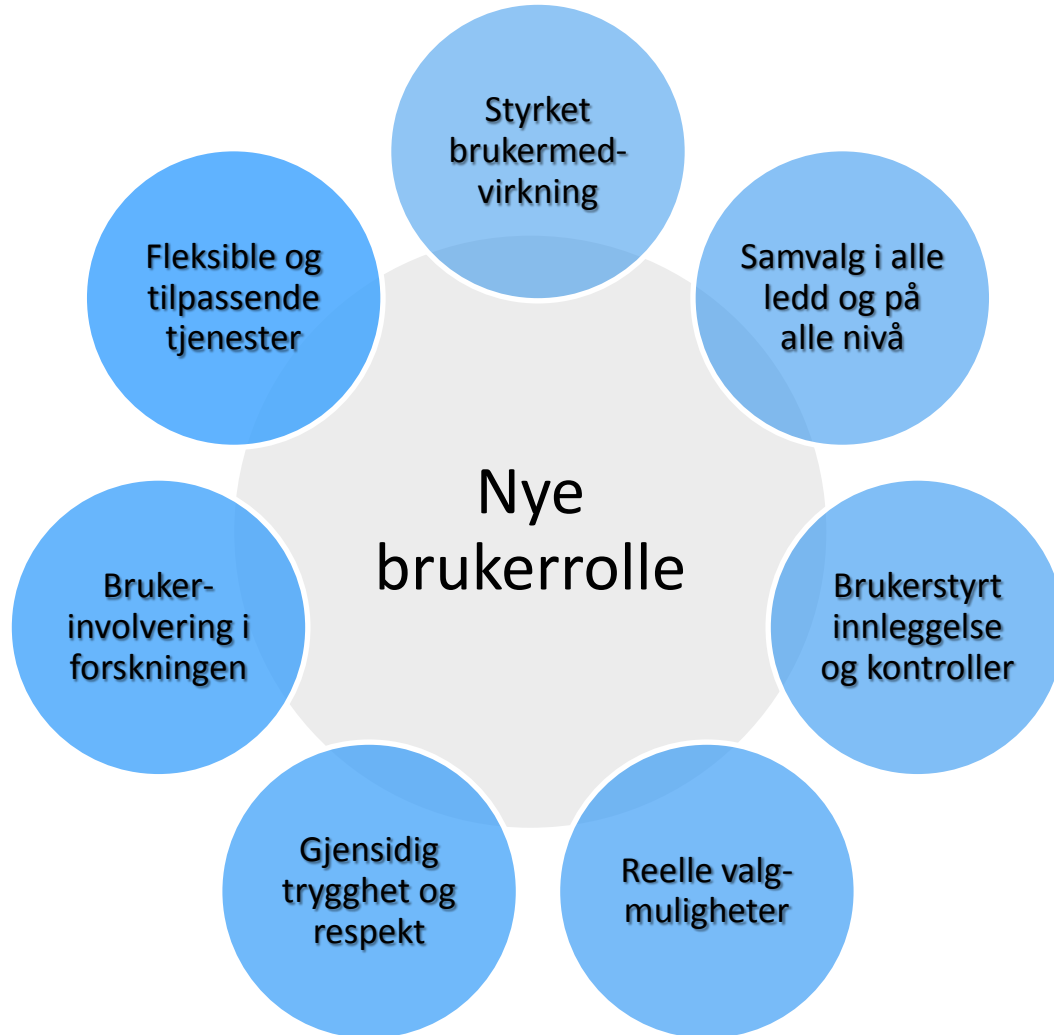
---

- Utkastet har vært sendt på høring til eksterne samarbeidspartnere og interessenter kartlagt i den initiale interessentanalysen, klinikker og fagmiljøer
- Det er mottatt skriftlige høringsinnspill fra :
  - Helseforetak og sykehus i Helse Sør-Øst (VV, SiV, Ahus, LDS, DS, Sunnaas sykehus)
  - Utdanningsinstitusjoner (UiO, OsloMet)
  - Oslo kommune
  - Foreninger (Nasjonalforeningen for folkehelsen og Tekna)
  - Avdelinger, klinikker og stabsenheter samt tillitsvalgte
- Høringsfristen var knapp, men tross dette er det mottatt mange gode innspill
  - Konkrete justeringer i teksten
  - Forslag til nye tiltak og temaer
  - Kommentarer og innspill til selve utviklingsplanen
  - Generelle kommentarer
- Dokumentet er oppdatert basert på innspillene og behandlet av Styret 25. april

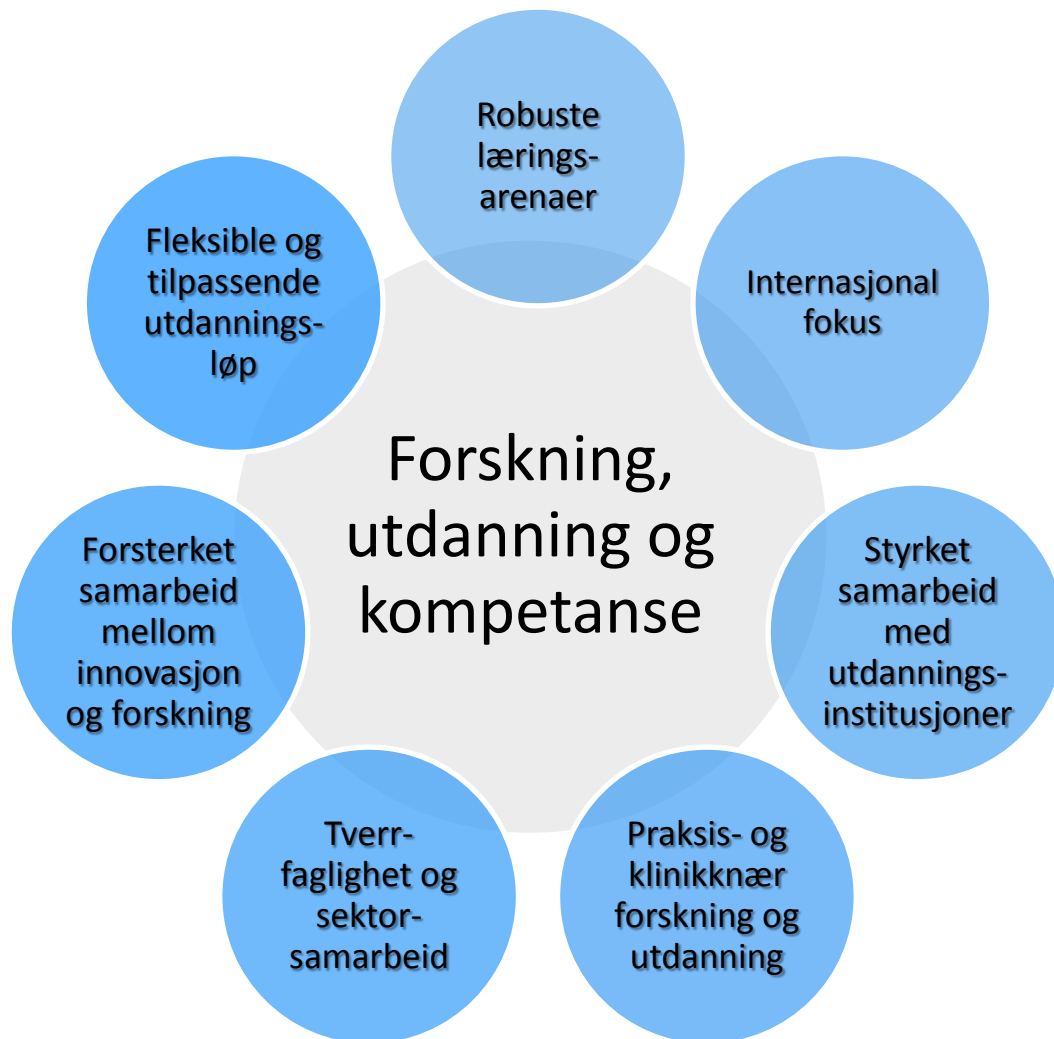
# Videre i presentasjonen oppsummeres de viktigste elementene i utviklingsplanen i korte trekk



# Brukere som likeverdig og medvirkende part i diagnostikk, behandling og oppfølging



# Fremoverlent og foretrukket sykehus innen forskning, innovasjon og utdanning som kjennetegnes av høy kompetanse



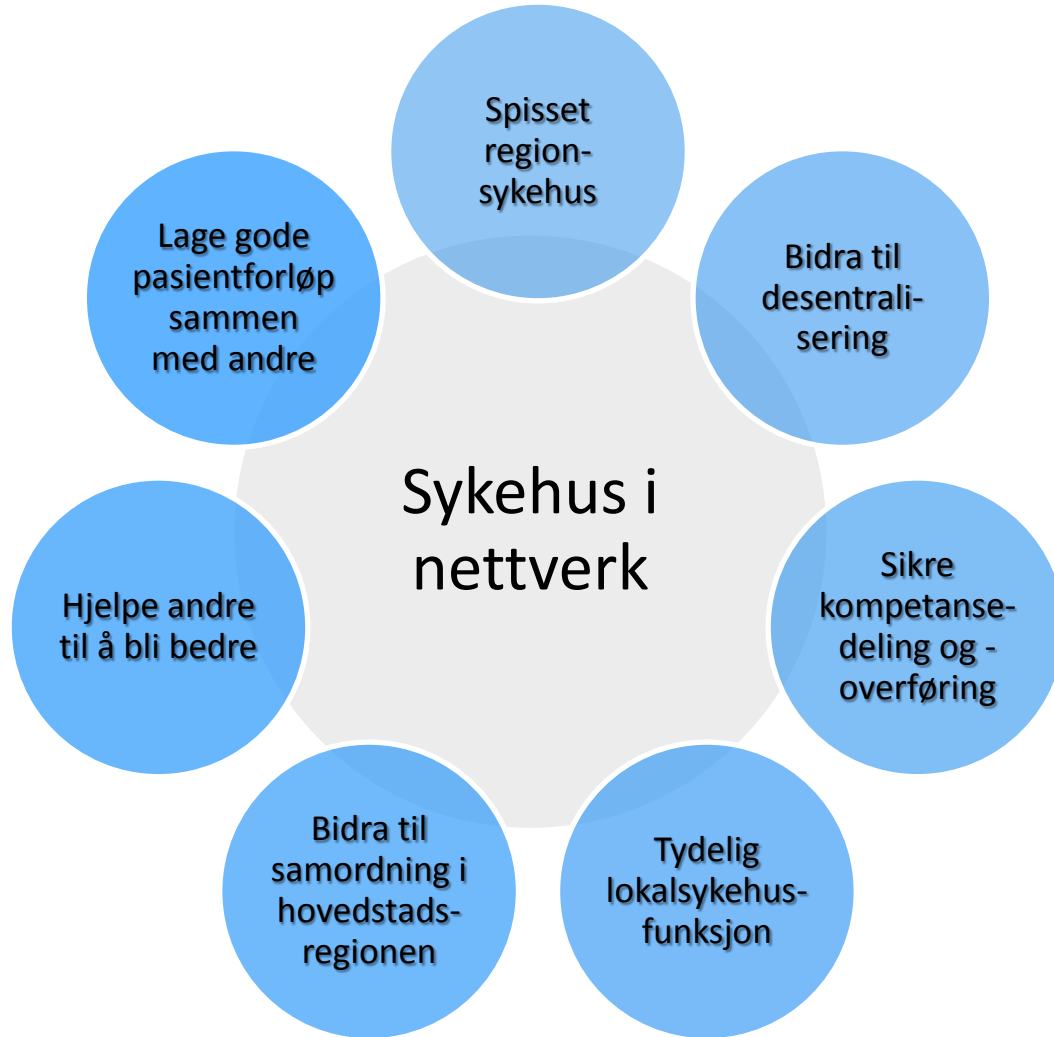
# Fremme digitalisering og nye arbeidsformer i årene fremover



# Samhandlingspart hvor samarbeid er basert på gjensidig tillit og respekt



# Sykehus i nettverk som bidra til god pasientbehandling i landet

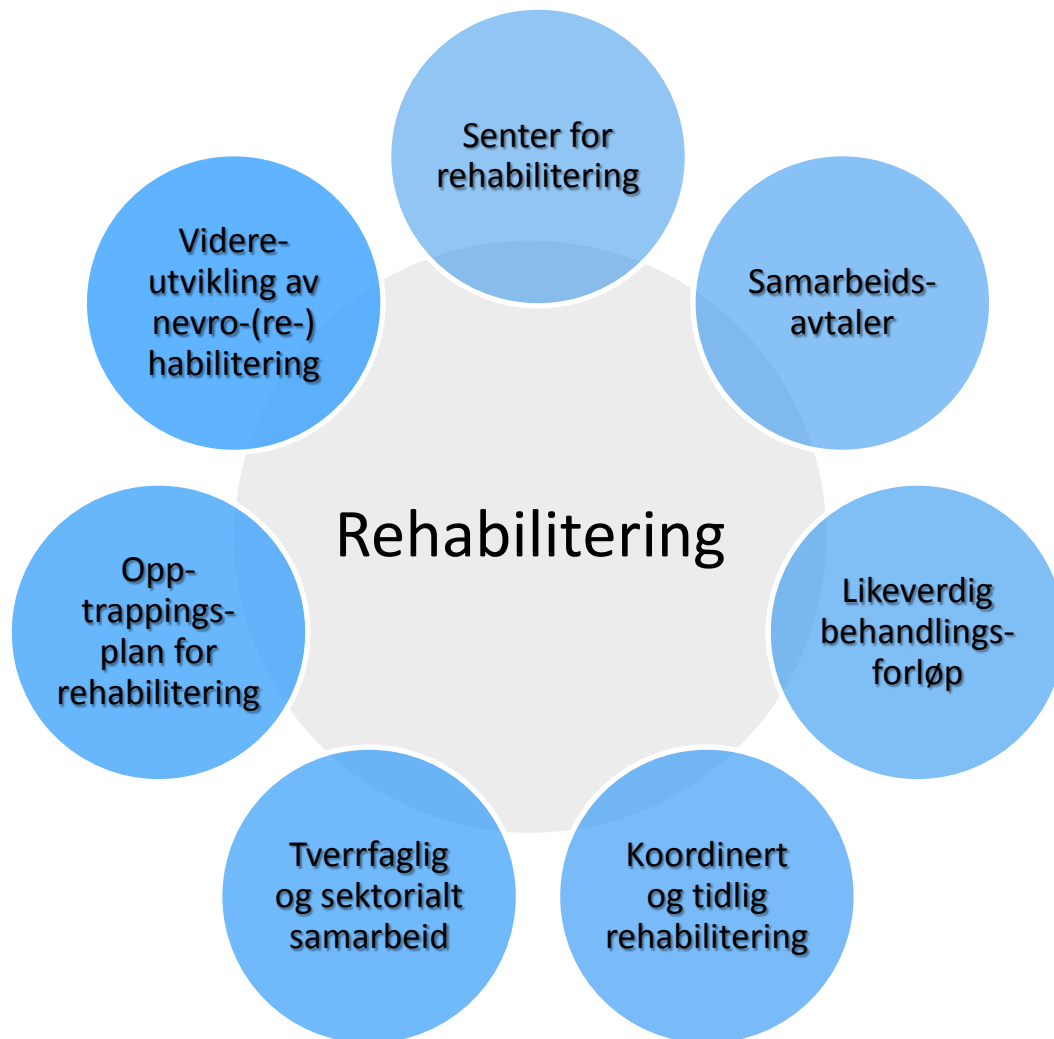


# God, tidlig og tilpasset behandling av pasienter med psykiske vansker og rusavhengighet

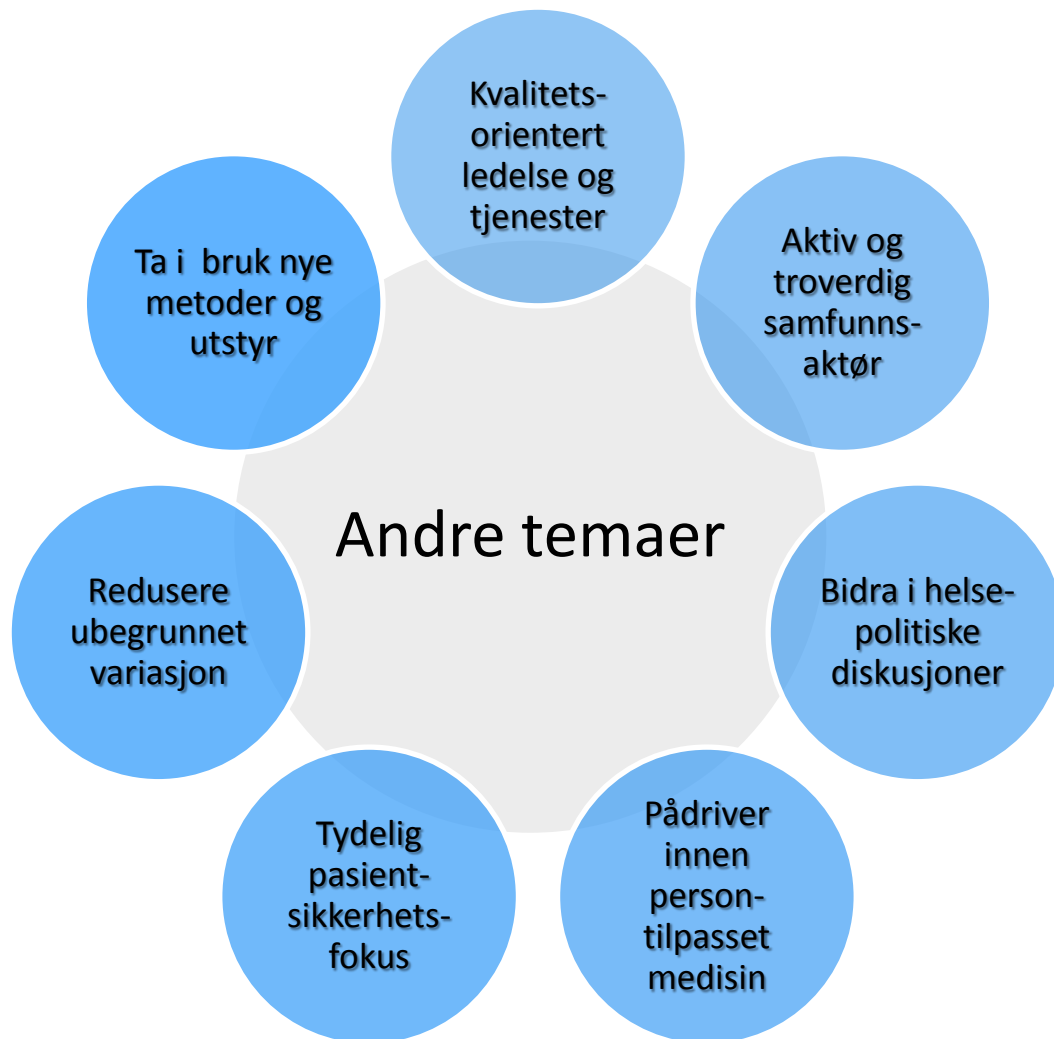




# Tydelig fokus på rehabilitering og koordinering i regionen



# Sykehuset som pådriver i utvikling og implementering av nye metoder som vil påvirke pasientbehandlingen



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2018

Saksbehandler: Visestyrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2019-2022 (2038)  
for Oslo universitetssykehus HF

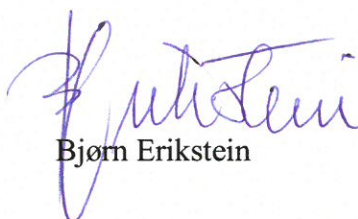
---

### SAK 29/2018 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2019-2022 (38)

#### Forslag til vedtak:

*Styret ber administrerende direktør legge frem forslag til Økonomisk langtidsplan 2019 - 2022(38) til styremøte 15. mai basert på de innspill som framkom i styremøtet.*

Oslo den 18. april 2018



Bjørn Erikstein

## 1. Innledning

Styret ble i styremøte 22. mars i sak 19/2018 orientert om foreløpige planforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF for Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2019 – 2022(38). Det fremgår av orienteringssaken 22. mars at:

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

Det er i styresak 22/2018 i Helse Sør-Øst RHF vedtatt planforutsetninger for ØLP 2019 – 2022(38). Planforutsetninger er presentert i vedlagte kommentarer til utkast ØLP 2019 – 2022(38) for Oslo Universitetssykehus HF.

## 2. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør legger med dette fram sitt anbefalte forslag til økonomisk langtidsplan for 2019 - 2022(38) for diskusjon i styret.

Administrerende direktør har i dialog med styreleder redegjort for at det er ønskelig med en styrebehandling av ØLP 2019 - 2022(38) i to omganger. I denne saken blir det redegjort for hvilke dilemmaer som foreligger med de planforutsetninger som er lagt til grunn. I samråd med styreleder legger administrerende direktør opp til at endelig beslutning om ØLP fattes i et ekstra styremøte 15. mai.

Formålet med å behandle ØLP på denne måten er at styret får bedre anledning til å diskutere de dilemmaene foretaket står overfor når det gjelder å disponere de økonomiske ressursene, særlig for de første årene. En slik prosess gir også mulighet til en bedre involvering av foretakstillitsvalgte og vernetjeneste før administrerende direktør fremmer sitt endelige forslag til ØLP 2019-2022(38) samt at det muliggjør en bedre dialog med Helse Sør-Øst RHF underveis.

Frist for administrativ leveranse av helseforetakenes ØLP innspill er 19. april. Resultater og investeringsnivå slik det fremgår av eget vedlegg til denne saken vil derfor bli oversendt Helse Sør-Øst RHF, men med forbehold om endelig styrebehandling 15. mai. Helse Sør-Øst RHF krever styrebehandling av foretakenes ØLP 2019 - 2022(38) innen utgangen av mai.

Administrerende direktør mener at gjennomføring av økonomisk langtidsplan for planperioden 2019 - 2022 innebærer en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus HF, særlig for de første årene. Det omfattende behovet for investeringer i eksisterende bygninger medfører isolert sett et stort finansieringsbehov. Deler av finansieringsbehovet må dekkes med positive driftsresultater i Oslo universitetssykehus HF. Et redusert resultatnivå i planperioden 2019 - 2022 vil dermed medføre reduksjon i investeringsevnen.

Det var ved forrige rullering av ØLP 2018 – 2021(37) forutsatt et resultat eksklusive eiendomssalg med overskudd i 2018 på 300 millioner kroner, 350 millioner kroner i 2019, 400 millioner kroner i 2020 og 400 millioner kroner i 2021. Ideelt sett burde foretakets overskudd vært i størrelsesorden 400 – 600 millioner kroner i kommende planperiode 2019 – 2022 for å sikre tilstrekkelig finansieringsevne for investeringer. Dette er på nivå med Helse Sør-Øst sitt fastsatte målbilde som er et resultatnivå på om lag 2,5 pst. av foretakets samlede driftsinntekter.

Det fremgår imidlertid av styresaken ØLP 2018-2021(37) at:

*"Det understrekes at det er stor usikkerhet knyttet til gjennomføringen av resultatkravene i langtidsplanperioden. Fra resultat første kvartal 2017 innebærer kravene til resultatforbedring en effektivisering i klinikkene på i gjennomsnitt 2-3 pst for hvert år i planperioden. Det understrekes også at det for 2018 budsjettet er en betydelig usikkerhet i budsjetteringen av DRG- og polikliniske inntekter. Det er varslet omlegginger innen begge finansieringssystemene der det er en betydelig risiko for negative konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF. Endringer på dette området kan isolert sett medføre at resultatkravet for Oslo universitetssykehus må vurderes for 2018 og kommende år."*

Som beskrevet i vedlagte kommentarer til ØLP 2019 – 2022(38) gir den svake inntektsutviklingen og de varslede økte kostnadene det meget vanskelig å realisere den resultatutviklingen som ble lagt ved forrige rullering av ØLP 2018 – 2021(37). De risikoer som ble beskrevet ved forrige rullering av ØLP 2018 - 2021(37) fremstår nå som en tilnærmet realitet. Resultatutvikling første kvartal viser at det også er en betydelig resultatrisiko knyttet til 2018, her både knyttet til inntektene (ISF) og kostnader (lønn).

En gjennomføring av et resultatnivå på 350 millioner kroner i 2019 ville medført krav til en betydelig reduksjon i antall årsverk i klinikkene og et krav til produktivitetsforbedring på i overkant av 4 pst. fra 2018 – 2019. Administrerende direktørs vurdering er at dette vil være for krevende å gjennomføre på ett år. I den vedlagte økonomiske langtidsplanen er det derfor lagt opp til følgende resultatmål:

<b>Driftsresultat ØLP 2019 -2022</b> (mill kr)	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Resultatmål (ekskl. salg av eiendom)	100	150	250	350

For å gjennomføre en resultatutvikling som vist i tabellen over må arbeidsproduktiviteten økes med om lag 1,8 pst. hvert år frem mot 2022 innenfor både psykisk helse og rus og somatikk. Kravet til forbedret produktivitet for klinikkene ved en resultatutvikling som vist i tabellen over er om lag på samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2018 - 2021(37). Resultatrisiko for 2018 vil kunne medføre ytterligere krav.

Konsekvensen av et justert resultatnivå som vist i tabellen over er imidlertid at kontantbidraget fra driften til investeringer må reduseres. Finansieringsevnen er isolert sett redusert med 650 millioner kroner for årene 2019 - 2021 sammenlignet med forrige rullering av ØLP. Dette medfører at foretaket må redusere

investeringspådraget tilsvarende eller i større grad benytte finansiell leie ved finansiering av investeringer. Administrerende direktør har i den foreliggende anbefalingen til ØLP 2019 – 2022 valgt å foreslå å øke foretakets bruk av finansielle leieavtaler knyttet til medisinsk teknisk utstyr.

Det er dokumentert behov for omfattende investeringer i bygninger, medisinskteknisk utstyr og IKT i de kommende årene. Administrerende direktør vurderer at de investeringsnivå som fremgår av eget vedlegg til styresaken er nødvendig for å få sykehuset til å fungere som en godt organisert enhet og for at foretaket skal kunne gi god og fremtidsrettet pasientbehandling. Å opprettholde et investeringsnivå som vist i eget vedlegg vurderes også viktig for at Oslo universitetssykehus fortsatt skal ha en ledende rolle i medisinsk utvikling, samt møte lovkrav og andre myndighetspålegg. Nevnte forhold vil også være viktig premisser for å sikre de ansatte gode og trygge arbeidsvilkår de kommende årene. I økonomisk langtidsplan er det derfor lagt til grunn omfattende investeringer i oppgraderinger av utstyr og bygg, men altså hvor utstyrsleveranser i hovedsak er forutsatt finansiert med finansielle leieavtaler.

Behovene for investeringer er så vidt store innenfor både bygninger, medisinskteknisk utstyr og IKT at investeringsbudsjettet innebærer meget vanskelige avveininger og prioriteringer. I dette utkastet til økonomisk langtidsplan er det gjort foreløpige avveininger mellom investeringsområdene. Det understrekes imidlertid at de endelige budsjettene vil først bli vedtatt i de årlige budsjettbehandlingene i desember.

Administrerende direktør vil understreke at for å kunne finansiere omfattende investeringer er det fortsatt, trass i skisserte reduserte resultatnivå, nødvendig med store endringer i driften av foretaket. Produktiviteten må forbedres betydelig ved at ressursbruken per pasientbehandling reduseres. Programmet «Forbedring av drift» videreføres, og klinikkvise tiltak må gjennomføres for fortsatt å opprettholde et overskudd i foretaket inn mot 2019, gitt de planforutsetninger som per nå foreligger. Klinikken må gjennomføre betydelige tiltak i egen drift og det vil være krevende å klare å prioritere nye ønskede tiltak for 2019.

Samtidig vil administrerende direktør understreke at det vil være et absolutt krav at kvaliteten i pasientbehandlingen opprettholdes og noen steder forbedres, samtidig skal pasientsikkerheten ivaretas. Dette skal oppnås innenfor den gamle bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF, og det vil fortsatt være krevende for lederlinjen i foretaket å realisere. I planperioden er det også ønskelig å implementere nye IKT-systemer. De siste årenes utvikling har vist at det er betydelig risiko knyttet til gjennomføring i de regionale IKT-programmene. Oslo universitetssykehus HF må vurdere lokale behov i et samarbeid med regionen innenfor kritiske områder for gjennomføring av drift. Nye og like systemer mellom lokaliseringene kan legge til rette for bedre produktivitet i planperioden.

For planperioden 2023-2038 har administrerende direktør hatt dialog med Helse Sør-Øst RHF og tatt opp særskilt behovet for å synliggjøre vurderte økonomiske konsekvenser av det samtlende vedtatte målbildet for Oslo Universitetssykehus:

*Ett samlet og komplett lands- og regionsykehus inkludert lokalfunksjoner på Gaustad, ett lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Radiumhospitalet.*

I forbindelse med konseptfaseutredningen for Aker/Gaustad som skal styrebehandles i desember 2018 skal foretakets bærekraft for de investeringer som inngår i det totale målbildet vurderes som en del av utredningen.

Ved rullering av ØLP 2018-2021(37) i fjor var ikke Gaustad/Aker etappe 2. inkludert. Styret ble imidlertid i 24. mai under behandling av ØLP 2018 -2021(37) orientert om økonomiske vurderinger for det totale målbildet. I foretakets innspill til ØLP 2018-2021(37) til Helse Sør-Øst RHF var imidlertid ikke dette innlemmet. Administrerende direktør har i møte med Helse Sør-Øst RHF begrunnet ønske for å innlemme økonomiske vurderinger for det samlede målbildet slik:

- ØLP må synliggjøre økonomiske konsekvenser for et samlet investeringsmål bilde som er vedtatt for å sikre en helhetlig utvikling/kapasitet og driftsmodell for Oslo universitetssykehus.
- Målbildet må kunne kommuniseres og synliggjøres som troverdig og i en totalitet som henger sammen. Dette er nødvendig for å skape tillit hos ledere, ansatte og tillitsvalgte.

De foreløpige vurderingene knyttet til realisering av foretakets samlede mål bilde viser at:

- Det er mulig å lage en realistisk framskriving som gir økonomisk bærekraft.
- Nye rammeforutsetninger for statslån (økt rentenivå 1 pst.) øker både investeringskost og finanskost (2 – 2,5 mrd. kroner).
- Realisering av målbildet forutsetter salg av anlegg som ikke er i bruk.
- Det blir vanskelig å håndtere investeringer i bygg som skal videreføres på riktig tidspunkt. Dette gjelder særlig Rikshospitalet.

For planperioden 2023 - 2038 er det lagt til grunn en generell årlig forbedring i arbeidsproduktiviteten på 0,5 pst, som medfører at bemanningsveksten vil øke 0,5 pst mindre enn aktiviteten.

Gevinster knyttet til at virksomheten tar i bruk nye bygg er også lagt til grunn med totalt 3,5 pst. forbedring, samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2018 - 2021(37).

### **Saksopplysninger**

Det er i vedlagte kommentarer til utkast til ØLP 2019-2022 beskrevet at perioden er preget av følgende utviklingstrekk:

- Svak inntektsvekst, særlig fra 2018 – 2019 (0,4 pst.)
- Sterk kostnadsvekst (IKT og medikamenter)
- Resultatrisiko 2018
- Stort investeringsbehov – utenom nye bygg
- Vanskelig å komme utenom stort omfang av finansiell leie

Med de planforutsetningene som foreligger for 2019 vil et resultat på 350 millioner kroner medføre en reduksjon i årsverk i størrelsesorden 180 – 200 brutto månedsværk fra budsjett 2018 til budsjett 2019. Et redusert resultatnivå i 2019 fra 350 millioner kroner til 100 millioner kroner som er beskrevet i kommentarene som er vedlagt styresaken forklares slik:

- Forserte avskrivninger Radiumhospitalet, det ble høsten 2017 gjennomført dialog med eksternt revisor hvor ny avskrivningsplan for bygg som skal erstattes av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet ble bestemt. Forsert plan for Radiumhospitalet øker avskrivningene med 54 millioner kroner i 2019, sammenlignet med tidligere avskrivningsplan.
- Resterende reduksjon i resultat skyldes som vist i eget vedlegg til saken at det i de rammer som foreligger fra HSØ for 2019 er tilnærmet nullvekst, samtidig som det forventes betydelig økte kostnader, særlig knyttet til IKT kostnader og medikamenter.

Et resultatnivå for 2019 på 100 millioner kroner vil når man korrigerer for planlagt virksomhetsoverdragelse i prehospitaltjenester, medføre en bemanning på om lag samme nivå som forutsatt i budsjett 2018. Pasientbehandlingen innenfor somatisk virksomhet er forutsatt å øke med 1,75 pst. hvert år i perioden 2019 – 2022. Innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det forutsatt en aktivitetsvekst på 2 pst. Innspill fra Sykehuspartner og Sykehusapotekene er lagt til grunn for kostnadsutvikling knyttet til IKT-kostnader og medikamentkostnader. Det er lagt til grunn at økningen i basisfinansieringen til Oslo universitetssykehus HF på 200 millioner kroner knyttet til ny finansieringsordning for laboratorieanalyser videreføres i hele planperioden. Andre inntekter er redusert tilsvarende slik at omleggingen er forutsatt nøytral for hele planperioden. Tabellen nedenfor viser resultatbudsjett for 2018-2022.

<b>Driftsresultat ØLP</b> <i>(mill kroner)</i>	<b>Budsjett</b> <b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Basisramme	11 889	12 030	12 123	12 212	12 300
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447	8 600	8 756	8 916	9 079
Andre driftsinntekter	2 715	2 590	2 803	2 739	2 787
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>23 051</b>	<b>23 221</b>	<b>23 683</b>	<b>23 867</b>	<b>24 166</b>
Varekostnader	3 038	3 187	3 304	3 431	3 539
Lønn- og innleiekostnader	13 774	13 825	13 831	13 839	13 876
Pensjon	2 132	1 999	2 000	2 001	2 006
Avskrivninger og nedskrivninger	928	937	953	964	986
Andre driftskostnader	3 037	3 141	3 242	3 292	3 258
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>22 909</b>	<b>23 089</b>	<b>23 328</b>	<b>23 527</b>	<b>23 666</b>
Finansresultat	33	-1	-4	-0	-60
<b>Driftsresultat</b>	<b>175</b>	<b>131</b>	<b>350</b>	<b>340</b>	<b>440</b>
<i>kontroll</i>	<i>(0)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>-</i>
<b>Resultatmål (ekskl. salg av eiendom) 2018-2022</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>150</b>	<b>250</b>	<b>350</b>
<b>Herav særskilt spesifisert:</b>					
IKT-kostnader	1 123	1 202	1 297	1 342	1 315
Medikamentkostnader	880	985	1 054	1 132	1 189

Det er i vedlagte kommentarer til utkast til ØLP for planperioden 2023 - 2038 lagt til grunn følgende forutsetninger:

- Årlig aktivitetsvekst på 1,3 pst
- Basisutvikling i samsvar med HSØ sine innspill
- Generell årlig forbedring i arbeidsproduktiviteten på i gjennomsnitt 0,5 pst



- Driftsgevinster nye bygg(3,5 pst.) – som i forrige ØLP
- Varekost, andre variable inntekter og kostnader følger aktivitetsutviklingen
- 100 pst. finansiering av kapital- og driftskostnader til protonsentor
- Nøytrale økonomiske effekter av endret opptaksområde bydeler
- Økte finanskostnader som følge av 1 pst økt rente er på om lag 2,4 mrd. kroner for planperioden, gir også økte byggelånsrenter på 0,3 mrd. kroner

For den generelle utvikling i aktivitet for perioden 2023 - 2038 er det forutsatt at både inntekter og kostnader øker i takt med aktivitetsutviklingen. En generell årlig forbedring i arbeidsproduktiviteten på 0,5 pst. medfører at bemanningsveksten vil øke 0,5 pst mindre enn aktiviteten. Dette er en planforutsetning som ikke lå til grunn ved forrige rullering av ØLP 2018 - 2021(37) men har støtte i flere analyser som er gjennomført av produktivitetsutviklingen for spesialisthelsetjenesten senere år. Nærmere omtale av disse er gitt i vedlegget.

Gevinster knyttet til at virksomheten tar i bruk nye bygg er også lagt til grunn med totalt 3,5 pst forbedring, samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2018 - 2021(37). Det er foreløpig ikke gjort vurderinger av særskilte midlertidige negative resultateffekter som følger av innflytting i nye bygg på Aker og Gaustad, det er imidlertid forutsatt at driftsgevinstene er lavere i de første årene knyttet til pukkelkostnader ved oppstart. Det vil bli vurdert mulige konsekvenser som lavere aktivitet i en tilvenningsperiode og andre flyttekostnader også for disse prosjektene under konseptfasen som skal styrebehandles i desember 2018.

I perioden 2019 - 2022 er det innarbeidet et betydelig krav til forbedring av driften, med en forbedring i arbeidsproduktivitet på om lag 1,8 pst årlig med utgangspunkt i budsjett 2018. Fra 2023 til 2038 er det beregnet krav til forbedring av driften som følger av nye bygg (3,5 pst.), samt en årlig forbedret arbeidsproduktivitet på 0,5 pst. Erfaringer fra hovedstadsprosessen hvor betydelig aktivitet ble flyttet fra Oslo universitetssykehus HF til andre foretak var at virksomhet som får økt volum av pasienter har potensiale for å ta ut produktivetsgevinster. Det er ikke særskilt lagt inn gevinster som følge av overtakelse av bydeler fra Akershus universitetssykehus HF i planperioden. Dette er foreløpig vurdert ivaretatt med den generelle effektiviseringen for planperioden på 0,5 pst. årlig for perioden 2023 – 2038.

Forslag til investeringsrammer for ØLP 2019 – 2022 fremgår av tabell under:

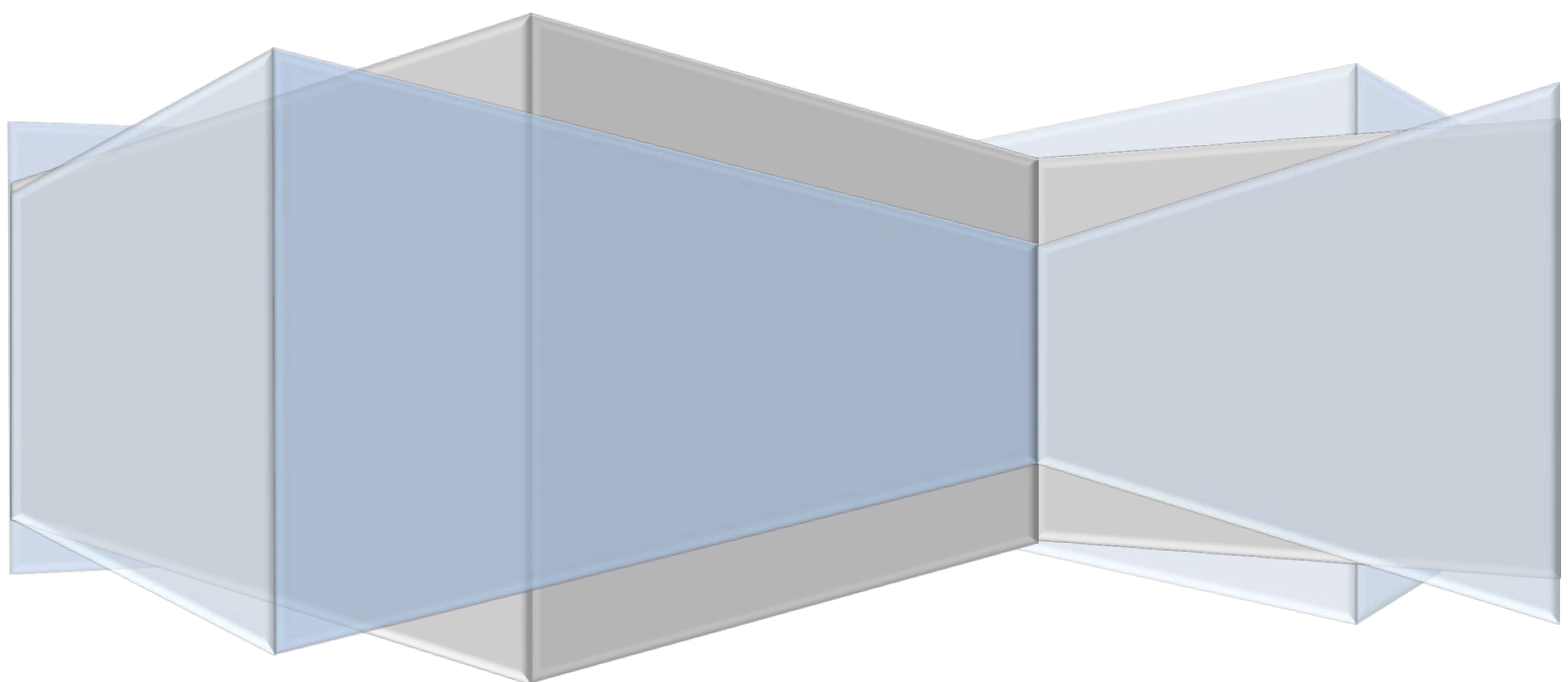
Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) <i>(mill kroner)</i>		ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022
<b>TOTALT</b>	<b>MTU</b>	450	450	450	1 475
	<b>Bygg (videreføres og nye)</b>	483	350	495	5 769
	<b>Bygg (raflyttes)</b>	255	204	209	113
	<b>Annet</b>	80	80	80	102
	<b>Egenkapital pensjon</b>	65	73	82	92
	<b>IKT</b>	35	35	35	35
	<b>SUM</b>	<b>1 368</b>	<b>1 192</b>	<b>1 351</b>	<b>7 586</b>
<b>Finansiert med</b>	<b>Ordinær likviditet</b>	329	329	329	329
	<b>Tidligere års resultater</b>	240	0	0	0
	<b>Driftsresultat (ekskl. salg)</b>	100	150	250	350
	<b>Netto avdrag IKT-lån</b>	38	38	29	32
	<b>Eiendomsalg</b>	31	200	90	90
	<b>Fordring på HSØ RHF</b>	0	0	0	1 085
	<b>Øremerkede tilskudd</b>	0	0	0	755
	<b>Lån</b>	193	186	195	4 519
	<b>Finansiell leie</b>	403	403	403	403
	<b>SUM</b>	<b>1 333</b>	<b>1 305</b>	<b>1 295</b>	<b>7 563</b>

Det vises til vedlegget for detaljert beskrivelse av prosjekter som er planlagt i ØLP med tilhørende finansieringsplaner. Finansiering av nye bygg er i planperioden forutsatt ved bruk av lån, basisfordring og øremerket tilskudd protonbygg. I planperioden til 2022 inngår salg av eiendommer for 411 millioner kroner.

Finansiell leie er lagt inn med et finansieringsnivå tilsvarende 85 pst av anskaffelseskost medisinskteknisk utstyr og 100 pst. av anskaffelseskost for ambulanserbiler.

# Økonomisk langtidsplan

2019- 2022 (2038)



## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1. Foretaksgruppens hovedmål og -krav.....	6
a) Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd.....	6
b) Kreftpasienter i pakkeforløp.....	6
c) Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %.....	7
d) Det skal ikke være korridorpasienter.....	9
e) Beskrive utviklingen innen passert tentativ tid.....	9
f) Prioriteringsregelen - større vekst innen BUP, VOP og TSB enn innen somatikk.....	9
2. Utvikling i rammebetingelser, resultat- og aktivitet.....	10
3. Vekst i aktivitet innenfor tjenesteområdene - prioriteringsregelen.....	19
4. Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling.....	19
5. Investeringer.....	25
Finansiering av planlagte investeringer.....	25
Investeringer.....	29
6. Likviditet.....	33
7. Nødvendig resultatnivå i Oslo universitetssykehus HF.....	34
8. Kravet til styrebehandling.....	34
9. Vedlegg.....	34

## Sammendrag

Økonomisk langtidsplan skal gi et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer i Oslo universitetssykehus HF i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår. Planen bygger på forutsetninger om inntektsutvikling og aktivitetsutvikling fra Helse Sør-Øst RHF, samt innspill fra Sykehuspartner, sykehusapotekene knyttet til kostnadsutvikling for IKT og medikamentkostnader for planperioden.

Norges største sykehus driver daglig pasientbehandling i bygg som er lite egnet for moderne sykehusdrift. Hovedbyggene på Ullevål sykehus er over 100 år gamle, har store setningsskader, og tilbyr 4 til 6-mannsrom. Høy alder på store deler av bygningsmassen, sammen med forventet befolkningsvekst tilsier at det uansett må gjennomføres store investeringer i nye bygg for Oslo-sykehusene i de nærmeste tiårene. Planperioden som skal beskrives går helt frem til 2038 og i Økonomisk Langtidsplan 2019 – 2022(38) fremgår økonomiske krav knyttet til foretakets langsiktige strategi for hvordan disse bygningene skal lokaliseres og hvordan foretakets økonomiske bærekraft for et slikt investeringsløft ser ut med de planforutsetninger som er lagt for inntektsutvikling, rentenivå m.v.

Etter behandling av Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) i 2017 er det kommet til flere betydelige endringer i inntekts- og kostnadsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF både for 2018 og for de nærmeste årene etter. De største endringene er knyttet til lavere aktivitetsbaserte inntekter som følge av omlegging av ISF – systemet i 2018 og redusert basisinntekter som følge av omfordelingseffekter av oppdaterte kriterier i inntektsmodell fra 2019. Det er også et høyere nivå på driftskostnadene ved inngangen til 2018, enn det som var forutsatt i budsjett 2018. For planperioden samlet vil også økt rentenivå på nye statslån for finansiering av foretakets vedtatte målbilde medføre en markant økning i rentekostnadene som må finansieres over ordinær drift.

Foretakets evne til å finansiere de investeringsplaner som er planlagt er som følge av ovenstående kommenterte forhold svekket sammenlignet med forrige rullering av ØLP.

Oslo universitetssykehus HF står fortsatt overfor store økonomiske utfordringer de kommende årene. Tilstanden for bygningsmasse og medisinsk teknisk utstyr og mange behov knyttet til IKT-systemer medfører et omfattende behov for investeringer. Pågående regionale investeringsprosjekter i IKT har også avdekket betydelige investeringsbehov i teknisk infrastruktur i Oslo universitetssykehus HF.

Sparing i forkant av store investeringer gir flere fordeler. Det er nødvendig for å bygge opp foretakets egenfinansiering i fremtidige byggeprosjekter. Dette gjennomføres ved at foretaket benytter overskudd i planperioden og ikke basisfordringen hos Helse Sør-Øst RHF som økes med om lag 1 mrd. fram til 2022. Et positivt resultat fra driften i forkant av innslagstidspunkt for økonomiske effekter av nye sykehusbygg vil også gi foretaket økonomisk bæreevne for økte kapitalkostnader når nye bygg tas i bruk.

Styret vedtok i behandlingen av ØLP 2018 – 2021 et resultatnivå for årene 2018 -2021 slik:

Driftsresultat ØLP 2018 -2019 (mill kr)	Budsjett			
	2018	2019	2020	2021
Resultatmål (ekskl. salg av eiendom)	175	350	400	400

Det var i ØLP 2018 – 2021 forutsatt et resultatnivå på 300 mill. kr. for 2018. Resultatmålet ble redusert ved styrets behandling av budsjett 2018 til 175 mill. kr. Gjennomføring av resultatnivå

på 350 mill. kroner i 2019 ville medført en betydelig reduksjon i antall årsverk og medført et krav til produktivetsforbedring på i overkant av 4 % fra 2018 – 2019. Dette er urealistisk. Ved rullering av ØLP 2019 -2022 er resultatmålene for planperioden redusert som følge av nullvekst i rammer fra eier fra 2018 - 2019 og store kostnadspådrag knyttet til IKT, medikamenter m.v. slik:

<b>Driftsresultat ØLP 2019 -2022</b>				
(mill kr)	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>
Resultatmål (ekskl. salg av eiendom)	100	150	250	350

For å gjennomføre en resultatutvikling som vist i tabellen over må arbeidsproduktiviteten økes med om lag 1,7 % hvert år frem mot 2022 innenfor både psykisk helse og rus og somatikk. Kravet til forbedret arbeidsproduktivitet ved en resultatutvikling som vist i tabellen over er om lag på samme nivå som ved forrige rullering av ØLP. I tillegg vil resultatrisiko for 2018 kunne medføre ytterligere krav. Konsekvensen av et justert resultatnivå som vist i tabellen over er at kontantbidraget fra driften til investeringer er redusert med 650 MNOK for årene 2019 -2021, sammenlignet med forrige rullering av ØLP. Dette medfører at foretaket må redusere investeringspådraget tilsvarende eller i større grad benytte finansiell leasing ved finansiering av investeringer. Det legges opp til å realisere et resultatnivå som er høyere enn i dag gjennom planperioden 2019 -2022. Det er foreløpig lagt til grunn et resultat for 2022 på 350 mill. kroner.

Oslo universitetssykehus HF innførte i 2014 nytt pasientadministrativt system/elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ), og det ble arbeidet videre med utvikling og opplæring i systemet i 2015 og 2016. Det pågikk samtidig et omfattende arbeid for å redusere ventetider, antallet fristbrudd og etablere effektive pasientsløyer. Gode resultater for ventetider og fristbrudd er oppnådd og forholdene ligger nå bedre til rette for å ytterligere reduserte ventetider i planperioden.

I planperioden frem til 2022 er det innmeldt et stort investeringsbehov(2,0 mrd) knyttet til bygg som skal videreføres etter realisering av nybygg. Det skal blant annet tas igjen et betydelig vedlikeholdsetterslep ved Rikshospitalet. Investeringspådragene er for planperioden 2019-2022 redusert med 0,9 mrd. og strukket lengre ut i tid for enn hva som i utgangspunktet var planlagt for å sikre et årlig finansiert investeringsnivå i foretaket. Dette øker risiko knyttet til havari.

Resultatkravene for planperioden vil innebære at klinikkene må øke pasientbehandlingen uten tilførsel av økt bemanning noe som vil medføre betydelige behov for tiltak i planperioden. Oslo universitetssykehus HF har videre etablert et program for driftsforbedringer som skal bidra til at klinikkene oppnår bedre driftsresultater. Klinikkene må løse resultatkravet ved både å etablere klinikkspesifikke tiltak og gjennomføre tiltak innenfor programmet for forbedringer.

Det vil tross reduksjon i resultatnivå for planperioden fortsatt være høy risiko i forhold til gjennomføring av de effektiviseringskrav som denne ØLP rulleringen legger opp til.

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i 2016 idéfaseutredningen fra Oslo universitetssykehus HF og ga sin tilslutning til at det fremtidige målbildet for Oslo universitetssykehus HF er:

*Ett samlet og komplett lands- og regionsykehus inkludert lokalfunksjoner på Gaustad, ett lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Radiumhospitalet.*

Dette målbildet er også vedtatt i foretaksmøte for Helse Sør-Øst.

To prosjekter går nå som forprosjekt; Nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og protonbygg. Konseptfaseutredning for Gaustad og Aker gjennomføres i 2018, med planlagt vedtak i styret i desember 2018.

I den økonomiske langtidsplanen som nå foreligger er det lagt inn oppdaterte tall fra prosjektene prisjustert til 2018 kroner. Samlet sett utgjør dette 41,3 milliarder kroner inklusive byggelånsrenter i investeringer. Investeringene inkluderer:

- Gaustad etappe 1 og 2
- Aker somatikk etappe 1 (4 bydeler) og etappe 2 (2 bydeler)
- RSA/LSA/PUA etappe 1 og 2
- Aker sykehuspsykiatri 9 bydeler
- Radiumhospitalet – nytt klinikkbygg og protonbygg

Investeringsnivået for disse byggene er økt med 3,7 mrd. sammenlignet med forrige rullering av ØLP 2018-2021. Av dette skyldes om lag 2 mrd. Protonbygg som ble vedtatt ved Stortingets behandling av Statsbudsjett for 2018. Økte byggelånsrenter som følge av 1 % økt rente på nye statslån og prisjustering øker også investeringspådraget.

Gaustad/Aker etappe 2 var ikke inkludert i den økonomiske langtidsplanen for 2018- 2021. Gjennomføring av etappe 2 på Gaustad er nødvendig for å etablere et komplett lands-, regions- og lokalsykehus på Gaustad i samsvar med det vedtatte målbildet og nødvendige investeringer for å gjennomføre dette er nå inntatt med et estimat på 12,6 mrd. fra idefaserapporten. Tallgrunnlaget er prisjustert og tillagt byggelånsrenter med samme forutsetninger som for øvrige nye planlagte bygg.

Det er ved denne rulleringen av økonomisk langtidsplan lagt til grunn investeringer i sykehusanlegg på Gaustad/Aker, regional sikkerhetsavdeling og Radiumhospitalet og proton går i regi av Helse Sør-Øst, og ikke får noen økonomiske effekter for OUS HF før byggene er ferdigstilt og tas i bruk. Dette er i samsvar med de planene som nå foreligger.

Det er i Statsbudsjettet for 2018 vedtatt låneramme for finansiering av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og for nytt protonbygg. Høsten 2017 har det med betydelig medvirkning fra OUS blitt gjennomført et skisseprosjekt og laget en oppdatert økonomisk analyse.

Det er i statsbudsjettet avklart finansiering av universitetsarealer. Det foregår nå regulerings sak med Plan og bygningsetaten i Oslo kommune.

Våren 2017 ble arbeidet med fullføring av konseptfasen for regional sikkerhetsavdeling gjennomført. Styret i HSØ godkjente konseptrapporten 15.06.17 (sak 070-2017). Regional sikkerhetsavdeling fikk tildelt 33 MNOK til forprosjekt på statsbudsjettet 2018. Regulering av tomt for RSA på Ila er under oppstart.

For Aker/Gaustad etappe 1 er det planlagt ferdigstilling av konseptfaser i løpet av 2018, og det er lagt til grunn at lånefinansiering kommer inn på Statsbudsjettet for 2020.

For planperioden 2019-2022 er det som ved forrige rullering av ØLP forutsatt at overskuddet over drift benyttes til investeringer samme år som driftsresultatet oppnås. Dette betyr at planlegging og budsjettering av øvrige investeringer utenom nye bygg må være tilstrekkelig fleksibel til at investeringsnivået reelt kan tilpasses resultatrisiko. Det betyr også at Oslo universitetssykehus HF i årene framover må holde tilbake mange kontraktsgjennomføringer frem til resultatrisiko fremstår som mer avklart. Det stiller økt krav til presisjonsnivået i den økonomiske styringen i foretaket. I finansstrategien for Helse Sør-Øst er prinsippet at overskudd fra drift

disponeres til investeringer det påfølgende året. Det må derfor avklares med Helse Sør-Øst RHF hva som kan forutsettes inn i det enkelte års budsjett.

Det fremgår av omtalen nedenfor at Oslo universitetssykehus HF legger opp til betydelig aktivitetsvekst de kommende årene. Dette må særlig sees på bakgrunn av befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå som viser en vekst i innbyggertallet i Oslo sykehusområde på over 31 000 personer (5,4 pst) fra 2018 til 2022 og på 126 000 personer (4,2 pst) i helseregionen i samme periode. Det er som en planforutsetning forutsatt at fra 2027 blir ansvaret for bydel Alna overført fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo sykehusområde og Oslo universitetssykehus HF. Det må avklares nærmere om overføring kan gjennomføres tidligere. De viktigste virkemidlene for å kunne gjennomføre innlemming av Alna vil være arealprosjekter (og nybygg som del av etappe 1), bedre pasientforløp enn i dag, mer effektiv bruk av sykehusets personale og prioritering av ressursene mot der det er registrert flaskehalser. Samtidig kan aktivitetsvekst og tilhørende inntektsvekst gjøre det noe lettere å gjennomføre nødvendige produktivitetsforbedringer.



## 1. Foretaksgruppens hovedmål og -krav

### a) Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Oppfølgingen av klinikkene og fagavdelingene har gitt gode resultater på disse områdene gjennom 2017. Gjennomsnittlig ventetid til avvikling i 2017 var 60 dager. Dette er en reduksjon på 7 dager sammenlignet med samme periode i 2016 (67dager). Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av desember var 95. Dette er 6 høyere enn rapportert på samme tidspunkt i 2016. Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av desember var 14 mot 101 ved utgangen av samme periode i 2016. Vårt mål er at gjennomsnittlig ventetid til avvikling samlet er 50 dager i 2021.

Oppfølgingen vil i planperioden fortsatt være basert på planleggingshorisont, fastlagte indikatorer og rapporter, slik at utviklingen kan følges nøye.

- Ajourhold av venteliste med bakgrunn i føringer gitt i styrende dokumenter og brukerveiledninger.
- Fortsatt fokus på redusert vurderingstid (ventetid starter ved mottattdato)
- Implementering av Prioriteringsveilederne for å tilstrebe riktig fristfastsettelse
- Innføre som rutine at tentativ dato, som skal settes i god tid før frist starthelsehjelp, er styrende for hvilket tidspunkt helsehjelpen starter.
- Opplæring til leger i riktig registrering av rettighetsopplysninger fra andre HF hvor ventetid slutt foreligger.
- Internsertifisering av personell som har ansvar for ajourhold av venteliste og riktig registrering i DIPS.
- Registrering av diagnosegrupper i DIPS for å lette prioritering på ventelisten og for å øke kunnskap om hvilke pasientgrupper som venter lengst, samt identifisere årsak til ventetid utover frist.
- Overvåking og retting av feilregistreringer som slår ut som langtidsventende og fristbrudd.

Det vil fremover være en like tett oppfølging av pasienter som er i et forløp, for å sikre at pasienter får innfridd den medisinske fristen som er satt, etter at retten til utredning eller behandling er innfridd.

Bedre langtidsplanlegging skal sikre at timebøker er etablert minst 12 mnd frem i tid. Sykehuset jobber med forbedringsprosjekter som bedrer kvalitet og kapasitet og med oppgavedeling og samarbeid med andre sykehus og private spesialister. Gjennom et overgripende prosjekt for kapasitet de neste 5-8 årene vil vi sikre at vår kapasitet utvikles i tråd med behovet, blant annet gjennom god utnyttelse av alle arealer og en hensiktsmessig fordeling av oppgavene internt i sykehuset. Det er forventet en videre økning i behovet for poliklinikk og dagbehandling, og det vil kreve god utnyttelse av behandlingsrom, arealer og utstyr.

### b) Kreftpasienter i pakkeforløp

Det er innført 28 pakkeforløp for kreft i sykehuset, med forløpsteam, forløpsledere og forløpskoordinatorer. I oktober 2016 ble det opprettet et Driftsstyre for kreftområdet som skal bidra til å styrke linjeledelsens handlekraft innen kreftområdet på tvers av organisatoriske skiller

og lokaliseringer av aktivitet. Driftsstyret skal bl.a. koordinere utvikling av pasientforløp for kreft, og være en pådriver i forhold til kvalitet i pakkeforløpene.

Oslo universitetssykehus skal jobbe målrettet for å inkludere 70 % av nye kreftpasienter i et pakkeforløp, og at minst 70 % av pakkeforløpene for kreftpasienter er gjennomført innen standard forløpstid. Sykehuset har etablert gode forløp innen mange kreftformer. Andelen kreftpasienter registrert i pakkeforløp i 2017 var 69 prosent mens andelen gjennomført innenfor standard forløpstider var 62 prosent for alle behandlingsformer sett samlet. Manglende måloppnåelse gjelder for alle behandlingsmodaliteter. For kirurgi var andelen pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid lav, særlig i 2. tertial. Dette henger sammen med kapasiteten gjennom ferieperioden. Det er identifisert 7 forløp hvor kapasiteten bør økes om sommeren hvorav 4 forløp hvor kapasiteten må økes for sommeren 2018. Dette gjelder brystkreft, prostatakreft, livmorkreft og eggstokkreft.

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.

Innføring av regionale MDT-møter (møter i tverrfaglige team) kom i gang på slutten av 2017. Erfaringene er gode og mange pasienter kan avklares i møtet uten å henvises til regionsykehuset/starte opp behandling på lokalsykehus. Møtene skaper en faglig arena i regionen der håndtering og utforming av for eksempel henvisninger kan bestemmes.

I arbeidet med standardiserte forløp er det tydeliggjort utfordringer i sentrale funksjoner som radiologi, patologi og deler av behandlingen. Det arbeides med ulike tiltak for å bedre situasjonen.

### **c) Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %**

Oslo universitetssykehus HF gjennomfører jevnlig registreringer av sykehusinfeksjoner, og målet er at sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 %. Resultatene fra infeksjonsregistreringene, inklusive fremstilling av utvikling, brukes i oppfølgingen av de enkelte klinikker og avdelinger.

OUS registrerer alle typer infeksjoner, mens det bare er urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, blodbaneinfeksjoner og infeksjoner i operasjonsområde som skal meldes til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Registreringen omfatter også HAI hos pasienter som hadde infeksjonen ved overflytting fra andre helseforetak. Gjennomsnittlig prevalensandel for de fire infeksjonstypene var 5,7 % i 2017.

Smittevernarbeidet ved sykehuset vektlegger kartlegging av risikofaktorer, styrket opplæring av personalet i smittevern, utarbeidelse av avdelingsvise infeksjonskontrollprogram, styrket håndhygiene ved å eliminere bruk av ringer og armbåndsurs, riktig bruk av antibiotika og andre rutiner for forebygging av infeksjoner.

Infeksjoner med resistente bakterier utgjør et spesielt viktig problem hvor Oslo universitetssykehus HF må forsterke innsatsen. Pasientsammensetning, en til dels nedslitt bygningsmasse, få enkeltengerom og isolater og annen suboptimal infrastruktur representerer en særlig utfordring.

Sykehuset etablerte i 2017 et antibiotikastyringsprogram. Tett oppfølging av antibiotikabruk er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å redusere sykehusinfeksjoner og begrense resistensutvikling. Følgende tiltak ble gjennomført i 2017:

- Utarbeidet veileder for antibiotika-kontakter og linjeledere
- Digitalregistrering av antibiotika - Metavision på intensiv
- Powerpoint presentasjoner om diagnostikk og behandling tilpasset flereavdelinger
- Minimetodevurdering av biomarkøren procalcitonin for å korte behandling
- Intranettside med informasjon og verktøy
- Nettverk for kontakter i alle relevante klinikker
- Informert om antibiotikastyring på fredagsmøter på Rikshospitalet og Ullevål.
- Gjennomført 2 workshop/miniseminar for antibiotikakontaktene
- Gjort kjent nasjonale retningslinjer for antibiotika
- Opplæring om audits og feedback
- Foredrag om antibiotikastyring i praksis (tavler)
- Markert Antibiotikadagen med stand mm.
- Gjennomført workshop for å knytte forskning opp

Det må fortsatt arbeides med å sikre gode interne hygienerutiner i all pasientbehandling.

Basert på oppdatert risikoanalyse (2017) prioriterer Oslo universitetssykehus HF forebygging av postoperative sårinfeksjoner, blodbancinfeksjoner og nedre luftveisinfeksjoner i planperioden.

Oppdatert rapportering i lederlinjen på klinikk, avdeling og seksjon av både antibiotikabruk, antall sykehusinfeksjoner og resistensforhold er nødvendig. Oslo universitetssykehus HF vil prioritere resistensforskning.

#### **d) Det skal ikke være korridorpasienter**

Oslo universitetssykehus HF har en målsetting om null korridorsenger. Med en betydelig andel elektive behandlingstilbud, skal det med riktig registrering, bedre oversikt over beleggssituasjonen totalt i sykehuset og gjennom samarbeid på tvers av sengeenheter, være innen rekkevidde å nå målsettingen.

For aktuelle avdelinger og sengeposter er det etablert buffersenger for å håndtere situasjoner med overbelegg. Det er i 2017 også etablert nye rutiner som understøtter samarbeid mellom sengepostenheter. Det er dessuten påbegynt et arbeid for å utvikle klinikkovergripende opptrappingsplaner for å håndtere høyintensive overbeleggsituasjoner gjennom såkalte «handlingskort», etter modell fra andre sykehus i regionen.

Andel korridorpasienter har gått ned siden januar 2016 og per august 2017 var andelen 0,7 %.

Flere innmeldte forhold tyder på at det fortsatt forekommer feil bruk av registreringsalternativene i DIPS, og/eller feil i oppsatte sengeoversikter. Begge forhold medfører feil i rapporterte data på korridorsenger. Det er derfor viktig å sikre riktig registrering av pasienter som faktisk overnatter på korridor. Det jobbes i sykehuset med å avklare de faktiske forholdene knyttet til registreringer, og rydde opp i feilregistreringer.

#### **e) Beskrive utviklingen innen passert tentativ tid**

Vårt mål er at den medisinske fristen som er satt blir innfridd for 95% i alle behandlingsløp innen 2021. Per mars 2018 var andel passert tentativ tid i OUS 6,1%, hvilket er nært målsettingen . I løpet av mai 2018 vil vi ha klar en strategi for hvordan arbeidet med ytterligere reduksjon skal gjennomføres. Vi vil arbeide for reduksjon av passert planlagt tid på fagområdenivå, slik at vi kan rapportere tilfredsstillende tall til NPR når den tid kommer. Ventelisterådet OUS vil være drivere for arbeidet.

#### **f) Prioriteringsregelen - større vekst innen BUP, VOP og TSB enn innen somatikk**

Det var en større relativ vekst i kostnader innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samlet sett fra 2016 til 2017 enn innenfor somatikken. Det har videre vært en vekst i årsverk innenfor alle områder. Når det gjelder antall polikliniske konsultasjoner ble det innført ISF og ny tellemåte i 2017 for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, slik at tall rapportert for 2017 ikke er sammenlignbare med 2016 for disse områdene. Interne tall viser imidlertid at det har vært en økning i antall faktiske konsultasjoner innenfor alle områdene fra 2016 til 2017. Det er foreløpig ikke utarbeidet en intern fordeling av budsjettet mellom tjenesteområdene i Oslo universitetssykehus HF for ØLP perioden 2019 - 2022, men det planlegges ut fra at vekst innenfor behandling på lokal- og områdesykehus skal bli større innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn vekst i somatisk virksomhet. I henhold til Oppdragsdokumentet er det de distrikts- psykiatriske sentre, psykisk helsevern for barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling som i hovedsak vil bli prioritert. Veksten forutsettes i hovedsak innenfor polikliniske behandling med 2 pst årlig vekst.

## 2. Utvikling i rammebetingelser, resultat- og aktivitet

### Vesentlige endringer i resultatposter sammenlignet med historisk nivå m.v.

Etter behandling av Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) i 2017 er de økonomiske utsiktene for Oslo universitetssykehus HF noe endret. De viktigste forholdene er lavere aktivitetsbaserte inntekter som følge av betydelige endringer knyttet til ISF finansieringen, lavere forventede basisinntekter fra Helse Sør-Øst RHF, ett høyere nivå på driftskostnader ved inngangen til 2018 enn det som tidligere var forutsatt. Kostnadene til IKT og medikamenter forventes å øke samlet med om lag 500 mill. kroner for årene 2019 -2022.

### Inntektsutvikling – basisramme

I tabell 1 under fremgår foreløpige inntektsrammer for sykehuset. Dersom man ser bort fra og korrigerer pensjonsjusteringen (forskuttet red basis 2018 sfa pensjon), kompensasjon for tap knyttet til ny lab.finansiering, samt korrigerer for økte inntekter for endret opptaksområde innenfor prehospitaltjenester øker rammene med 11 mill. kroner fra 2018 til 2019. Den forventede veksten i basisramme for perioden 2020 – 2022 er beregnet til om lag 90 mill. kroner årlig, en reduksjon på 10 mill. kroner hvert år fra ØLP 2018-2021. Nullvekst i rammer fra 2018-2019:

- Oslo sin andel av publikasjonspoeng innenfor forskning har gått ned og medfører en redusert inntekt med 24 MNOK
- Midler til økt aktivitet (økt inntekt 49 mill kroner)
- Negative effekter i pensjonselementene (redusert inntekt om lag 60 mill kroner, men delvis kompensert 30 mill. kroner)
- I rammene inngår også endret opptaksområde for prehospitaltjenester knyttet til at kommuner som tilhører opptaksområdet til Kongsvinger sykehus overflyttes til Akershus (Økt inntekt 66 mill. kroner). Det er her forutsatt nøytralitet ved at kostnadene forutsettes økt med samme nivå som inntektene.

Beregning av foreløpig inntektsramme	2019	2020	2021	2022
Basisramme inkl. KBF forrige periode	11 735 442	11 876 280	11 969 397	12 058 105
<b>Endringer</b>				
Forskuttet red. basis 2018 sfa pensjon	-137 529			
Omfordeling inntektsmodell	1 670	44 151	39 629	38 850
Økt aktivitet	48 827	48 967	49 079	49 187
Ervervet hjerneskade barn og unge	1 270			
Omstilling ny fin.ordning laboratorie	200 000			
Kompensasjon for pensjonseffekt	30 000			
Økt bemanning luftambulans	-3 400			
<b>Foreløpig basisramme</b>	<b>11 876 280</b>	<b>11 969 397</b>	<b>12 058 105</b>	<b>12 146 141</b>
Forskning Basis	153 867	153 867	153 867	153 867
Forskning Tilskudd	259 538	259 538	259 538	259 538
Nasjonale kompetansetjenester	176 381	176 381	176 381	176 381
Andre statlige tilskudd	430 548	430 548	430 548	430 548
<b>Sum faste inntekter</b>	<b>12 896 613</b>	<b>12 989 730</b>	<b>13 078 438</b>	<b>13 166 474</b>

Tabell 1: Inntektsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF til benyttelse i økonomisk langtidsplan 2019-2022

Det er i løpet av 2017-18 i et eget prosjekt arbeidet med videreutvikling av enkelte elementer i inntektsmodellen i hele Helse Sør-Øst RHF. Innen somatikk er det gjort nye vurderinger av:

- volum og pris i abonnementsordningen for nasjonale og regionale funksjoner i Oslo sykehusområde

- finansiering av aktivitet utover etablerte finansieringsordninger i Oslo sykehusområde
- strukturkomponenten

Det er i planforutsetningene fra Helse Sør-Øst RHF for 2019-2022 ikke innarbeidet endringer i inntektsmodellen knyttet til disse forholdene. Helse Sør-Øst RHF har i planforutsetninger til helseforetakene bedt om at det må tas høyde for at de foreslåtte endringene i abonnementet og håndteringene av aktivitet utover etablerte finansieringsordninger kan bli innført ved utarbeidelse av forutsetningen for 2019-budsjettet, dvs. følgende:

- Det gjøres ingen endringer i det samlede volumet i abonnementsordningen, men volumet for inneliggende pasienter reduseres fra 40,5 til 39,5 ISF-poeng per 1000 innbygger. Volum for polikliniske konsultasjoner er økes fra 2 til 3 ISF-poeng per 1000 innbygger.
- Det omfordres inntekt for aktivitet utover etablerte finansieringsordninger ved Oslo universitetssykehus fra sykehusområdene Akershus, Vestre Viken og Østfold til Oslo sykehusområde.

Det er også gjort analyser og vurderinger vedrørende storbykriteriet innen psykisk helsevern og TSB, samt om utviklingen innen ambulante tjenester medfører behov for endringer. Dette arbeidet er ikke avsluttet og får derfor ikke innvirkning på planleggingsrammene for 2019-2022. Det er videre arbeidet med bruk av inntektsmodellen innen Oslo sykehusområde. Disse vurderingene er avhengig av modellelementene for psykisk helsevern og TSB og pågår derfor fortsatt.

Økende årlig inntektsramme til Oslo universitetssykehus HF har sammenheng med forventet befolkningsøkning i Oslo sykehusområde og Helse Sør-Øst RHF og derav en forventning om økning i aktiviteten i Oslo universitetssykehus HF i årene etter 2019. Aktivitetsveksten må forventes å komme innenfor både lokal- og områdefunksjoner og regionfunksjoner. Det er ikke inntatt inntektsmodelleffekter av at bydel Alna overføres i planperioden, ved forrige rullering av ØLP 2018-2021 lå Alna inne med overføring fra 2020.

Økonomisk langtidsplan og fordeling av rammer skal baseres på vedtatt fordeling av opptaksområder. Planene for utvikling av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus tar hensyn til at bydelene Alna, Grorud og Stovner på sikt overføres fra Akershus sykehusområde til Oslo sykehusområde, selv om dette ikke formelt er vedtatt. Det er forutsatt at bydelsoverføringer har nøytrale økonomiske effekter i planperioden. Det er ikke tatt inn økte kostnader og inntekter i planperioden, slik dette ble gjennomført ved forrige rullering av ØLP 2018-2021.

### **Aktivitetsforutsetninger**

Den forventede vekst i aktivitet for planperioden 2019-2022 er på om lag 7 %. Tilsvarende er basisfinansieringen forventet å øke med 2,5 %. Dette betyr at det i rammetildelingen for vekst i aktivitet fra Helse Sør-Øst allerede er inntatt et betydelig krav til effektivisering av driften. Dette skyldes blant annet at det holdes igjen midler av vekstfinansieringen i det regionale foretaket til regionale prioriteringer og investeringer. Økt aktivitet vil også bringe med seg aktivitetsbaserte inntekter og høyere kostnader. For mange virksomheter er det samtidig slik at forutsetningene for å effektivisere er enklere når aktiviteten i en virksomhet er i vekst.

### **Resultatutvikling**

Svak inntektsvekst og betydelig kostnadsvekst fra 2018 - 2019 og store behov for oppgraderinger og nyinvesteringer i Oslo universitetssykehus HF gir betydelige økonomiske utfordringer for driften av foretaket i årene framover. Det er imidlertid ikke vurdert som realistisk å videreføre de resultatambisjonene som lå til grunn ved forrige rullering av ØLP 2018-2021. Et resultat som forutsatt her på 350 MNOK for 2019, ville medført et krav til effektivisering på over 4 % og

betydelig reduksjon i bemanningen i fra 2018, gitt den inntektsutviklingen som ligger til grunn i planforutsetningene nå. Resultatkravet er derfor lagt ned på et nivå som kan være mulig å gjennomføre. En eventuelt bedret inntektsutvikling ved tildeling av endelige rammer for 2019 kan gi rom for et høyere resultat i 2019.

Det er en stor utfordring for virksomheten både å finne de riktige tiltakene som gir nødvendige effekter (jfr kapittel 4) og deretter gjennomføre disse. Per i dag er det definert en del områder som skal kunne bidra til resultatforbedring, men det er ikke identifisert og avklart tilstrekkelig med detaljerte operative tiltak for å effektivisere Oslo universitetssykehus HF slik at resultatkravene fra forrige økonomiske langtidsplan kan opprettholdes.

Budsjettet som fremgår av tabell 2 under er avstemt med inntektsforutsetningene fra Helse Sør-Øst RHF. Det er videre forutsatt inntektsvekst i innsatsstyrt finansiering som følge av planlagt aktivitetsvekst på 1,75 prosent per år innen somatisk virksomhet. Andre inntekter som er knyttet til pasientbehandling er økt tilsvarende.

### **Ny lab. finansiering**

Andre inntekter er også redusert med 200 mill. kroner som er beregnet tap for OUS ved innføring av ny finansieringsordning for laboratorieanalyser. Omlegging gjennomføres budsjettneutrytalt på nasjonalt nivå i 2018. Dersom forutsetningen om budsjettneutrytalt ikke blir oppfylt vil det i henhold til Prop.1S være aktuelt å justere innretningen fortløpende gjennom året.

For 2018 er forholdet mellom den aktivitetsbaserte HELFO- refusjonen og andelen som finansieres gjennom rammefinansiering endret, og om lag 400 millioner kroner nasjonalt er overført fra aktivitetsavhengig til fast finansiering, dvs. til de regionale helseforetakenes basisrammer. Helse- Sør-Øst RHF er tildelt 215 millioner kroner i økt basisramme som følge av dette. Disse midlene skyldes i stor grad nedskalering av satser innen fagområdet medisinsk genetik. Det er kun Oslo universitetssykehus og Sykehuset Telemark som tilbyr analyser innen dette fagområdet.

I budsjett 2018 er disse midlene budsjettent sentralt på Helse Sør-Øst RHF for å kunne følge opp utviklingen i foretaksgruppen innen laboratorieområdet gjennom året og å fordele midlene på en slik måte at den økonomiske risikoen håndteres. Det er lagt til grunn at økningen i basisfinansieringen til OUS på 200 mill. kroner knyttet til ny finansieringsordning for laboratorieanalyser videreføres i hele planperioden.

## Resultatutvikling

IKT-kostnader inngår i totalbudsjettet (dels lønnskostnader og dels andre driftskostnader), det gjør også medikamentkostnader (varekostnader), kostnadene fremgår på egen linje nederst i tabell 2 under.

Driftsresultat ØLP (mill kroner)	Budsjett 2018	2019	2020	2021	2022
Basisramme	11 889	12 030	12 123	12 212	12 300
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447	8 600	8 756	8 916	9 079
Andre driftsinntekter	2 715	2 590	2 803	2 739	2 787
Sum driftsinntekter	23 051	23 221	23 683	23 867	24 166
Varekostnader	3 038	3 187	3 304	3 431	3 539
Lønn- og innleiekostnader	13 774	13 825	13 831	13 839	13 876
Pensjon	2 132	1 999	2 000	2 001	2 006
Avskrivninger og nedskrivninger	928	937	953	964	986
Andre driftskostnader	3 037	3 141	3 242	3 292	3 258
Sum driftskostnader	22 909	23 089	23 328	23 527	23 666
Finansresultat	33	-1	-4	-0	-60
<b>Driftsresultat</b>	<b>175</b>	<b>131</b>	<b>350</b>	<b>340</b>	<b>440</b>
<i>kontroll</i>	<i>(0)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>-</i>
<b>Resultatmål (ekskl. salg av eiendom) 2018-2022</b>	<b>175</b>	<b>100</b>	<b>150</b>	<b>250</b>	<b>350</b>
<b>Herav særskilt spesifisert:</b>					
IKT-kostnader	1 123	1 202	1 297	1 342	1 315
Medikamentkostnader	880	985	1 054	1 132	1 189

Tabell 2: Resultatbudsjett 2019-2022 med alle tall i 2018 priser.

De mest fremtredende dreiningene i kostnader som forventes å finne sted for planperioden 2019-2022 er økningen i de årlige IKT-kostnader og medikamentkostnader. Det er lagt til grunn innspill fra Sykehuspartner for vekst i IKT kostnadene som forutsettes økt med 200 millioner kroner fra budsjett 2018 til budsjett 2022. Prognose fra Sykehusapotekene gir en økning i medikamentkostnader på om lag 310 millioner kroner for tilsvarende periode. Prognosene fra Sykehuspartner og Sykehusapotekene er fullt ut lagt til grunn for framskrivningen av disse kostnadene. Øvrig varekost er budsjettet med en økning som samsvarer med veksten i pasientbehandlingen.

### IKT-kostnader

OUS har mottatt innspill til ØLP fra Sykehuspartner på OUS sin andel av kostnadene som er knyttet til drift og forvaltning av IKT-løsningene i Sykehuspartner, samt økonomiske konsekvenser av de regionale prosjektene i Digital fornying.

I økonomisk langtidsplan for 2019-2022 planlegges det med et økt kostnadsnivå hovedsakelig grunnet infrastrukturmoderniseringen. Sykehuspartners begrunnelse for denne økningen er som følger:

*«Sammenliknet med tidligere ØLP-periode er ambisjonsnivået hevet mht. det lagt inn økte investeringer og ressursbruk i eksisterende plattform, i påvente av modernisering. Økt fokus og krav til sikkerhet samt ettersleppsproblematikk etter flere år med lave investeringer i påvente av modernisering er hovedårsakene.»*

OUS tar tallene og begrunnelsen fra Sykehuspartner til etterretning og legger dette til grunn for egen ØLP.



## **Medikamentkostnader**

Budsjettering av medikamentkostnader i økonomisk langtidsplan er basert på en analyse mottatt fra Helse Sør-Øst RHF. Analysen viser at Oslo universitetssykehus i planperioden risikerer en vekst i kostnader til medikamenter med om lag 310 millioner kroner. Alle helseforetak forventes å oppleve en betydelig vekst i medikamentkostnadene de neste årene. Oslo universitetssykehus HF kostnader vil kunne øke noe mer enn gjennomsnittet. Dette skyldes at kreftmedikamenter utgjør en relativt sett stor del av medikamentkostnadene i Oslo universitetssykehus HF og kreftmedikamenter har en forventet høyere vekst enn andre medikamenter. Gjennomsnittlig vekst for kreftmedikamenter i planperioden er beregnet til om lag 15 pst. per år og andre medikamenter forventes å øke med om lag 7 pst. per år.

Den kraftige veksten i medikamentkostnader er i økonomisk langtidsplan forutsatt finansiert av Oslo universitetssykehus HF. Det kan likevel være slik at denne veksten delvis vil bli finansiert med særskilte bevilgninger innarbeidet i statsbudsjettet eventuelt ved dreining av DRG-vektene.

Det har vært en sterk vekst i kostnader til nye medikamenter og nye indikasjoner for godkjente medikamenter for kreftbehandling, spesielt fra 2014. For sykehusene i Norge er kostnadene til legemidler for kreftbehandling økt med 251 % fra 2006 til 2017. Om lag 65 % av legemidlene som har vært vurdert av «Nye Metoder» har vært kreftlegemidler. Beslutningsforum har så langt i 2018 besluttet bruk av dyre medikamenter på nye indikasjoner. Det gjelder blant annet innenfor immunterapi og bruk av PD-1 hemmere ved blærekreft. Det er dokumentasjon for effekt også ved andre kreftsykdommer der beslutning ennå ikke er tatt. I tillegg ser vi nye dyre medikamenter med dokumentasjon om effekt i randomiserte studier. Dette omfatter en rekke ulike kreftsykdommer. Dette feltet preges av stor utvikling og det nødvendig å overvåke situasjonen nøye.

Behandling med CAR-T (chimeric antigen receptors) er godkjent av FDA i USA for diffust storcellet lymfom og akutt lymfoblastisk leukemi (barn og unge voksne i første omgang). Det er så langt ikke gitt markedsføringstillatelse i Europa, men OUS deltar i klinisk utprøving av slik behandling for unge pasienter og har vært eneste senter i Skandinavia til nå. Det antas at denne behandlingsmuligheten vil bli tilgjengelig også i Norge i planperioden og det antas videre at dette kan få store konsekvenser for både medikamentkostnader og andre behandlingsteknologier (eksempel intensiv kapasitet). Det er imidlertid ikke tilstrekkelig avklart i hvilken utstrekning behandling med CAR-T vil komme som erstatning for eller i tillegg til dagens behandling for aktuelle pasientgrupper.

Klinikkene legger videre til grunn at det skal være mulig å oppnå reduserte medikamentkostnader gjennom raske skifter av medikamenter ved bedre anbud og gjennom å fortsette satsningen på samarbeid med andre sykehus i regionen om pasientforløp.

## **Lønnskostnadene**

De totale lønns- og innleiekostnadene er lagt inn med en vekst på 100 mill. kroner for planperioden 2019 -2022. Fra 2019 øker antall ansatte med om lag 40 årsverk knyttet til endret opptaksområde for prehospitale tjenester.

Det er forventet en dreining i kostnader innen bemanning fra innleie og dyr variabel lønn til fast lønn i planperioden. Det iverksettes tiltak for å redusere bruken og sentralisering av personalformidling er ett vesentlig premiss for å gjennomføre reduksjonene. Det vil være noe usikkerhet knyttet til effektivisering av tiltaket ettersom innleiekostnaden i hovedsak vedrører spesialkompetanse. Dette må derfor også sees i sammenheng med rekruttering og opplæring av spesialsykepleiere.

Det er lagt til grunn et lønnsrefusjonsnivå om lag på nivå med budsjett i 2018. Lønnsglidning er ikke særskilt vurdert i langtidsplanen.

### Andre kostnadselementer

Øvrige varekostnader og andre variable driftskostnader er budsjettet med en vekst på 1,75 pst per år. Dette i samsvar med forventet aktivitetsvekst på 1,75 pst per år.

### Renter

Helse Sør-Øst har lagt forutsetninger til rentebaner på korte lån, lange lån og finansiell leie for planperioden som fremgår av tabell under.

Renteforutsetninger	2 019	2 020	2 021	2 022
Renteinntekter	1,59 %	1,99 %	2,33 %	2,58 %
Rentekostnader	1,13 %	1,55 %	1,97 %	2,20 %
Rentekostnader nye HOD-lån	2,22 %	2,63 %	2,97 %	3,22 %
Finansieringskostnad av leasingsaldo, årlig % (NIBOR + margin)	3,1 %	3,5 %	3,8 %	4,1 %

Tabell 3: Renteutviklingen forventes med dette å stige med 1- 1,5 prosent i planperioden.

I Norge inngår ikke renten direkte i KPI, og foretakene blir derfor ikke direkte finansiert gjennom deflator i statsbudsjettet for et høyere rentenivå. Dersom disse rentene inngår i indikatoren for underliggende inflasjon, vil innstramningen tilsynelatende føre til ytterligere økning i presset i økonomien.

Rentekostnader på driftskreditten er 1 % lavere enn nye prosjekter med statslån. Økte rentenivå er innarbeidet for planperioden i samsvar med den rentebanen som er lagt til grunn fra Helse Sør-Øst.

Rentekostnadene øker med om lag 110 mill. kroner i planperioden 2019 - 2022.

- Rentekostnader driftskreditt med 22 mill. kroner
- Rentekostnader lange lån (byggelån etablert etter 1.1.2018 (RAD/proton) 37 mill. kroner.
- Rentekostnader lange lån (lån fra før 1.1.2018) øker med 7 mill. kroner
- Rentekostnader finansielle leieavtaler øker med 44 mill. kroner.

Renteinntektene øker med om lag 23 mill. kr. i planperioden. Finanskostnader netto øker med om lag 70 mill. kroner.

Det er for planperioden 2019 -2022 lagt til grunn at foretaket leier MTU utstyr tilsvarende 85 % andel av anskaffelseskost og 100 % for ambulanserbiler. Forpliktelser for finansiell leie er ved inngangen av 2019 beregnet til om lag 700 mill. kroner, og vil øke til 1,7 mrd ved utgangen av 2022. Rentekostnadene vil vokse med om lag 44 mill. kroner som følge av pådrag av nye finansielle leiekontrakter.

Det er i statsbudsjettet for 2018 etablert ny rentemodell fra 2018 for nye prosjekter som får lån fra HOD. Bakgrunnen for forslaget er bl.a. at helseforetakenes rentebetingelser i større grad skal tilpasses øvrige renter i markedet. Både faste renter og flytende renter skal beregnes med utgangspunkt i basisrenten med et fratrekk på 0,5 prosentpoeng. Basisrenten er basert på rentebetingelser for boliglån i det norske privatmarkedet. Generelt innebærer dette at helseforetakenes rentevilkår for lån øker med om lag 1 prosentpoeng i forhold til tidligere rentebetingelser. Basert på investeringsprosjektene som foreløpig er lagt til grunn i økonomisk langtidsplan medfører endringen en økning i samlede betalbare renter på om lag 3,3 milliarder

kroner samlet for Helse- Sør-Øst RHF, fordelt over en 25 års nedbetalingsperiode. Prosjektene ved Oslo universitetssykehus utgjør om lag 2,4 milliarder kroner av økningen.

### **Avskrivninger**

Avskrivningskostnadene vokser med 86 mill. kr. i planperioden 2019 - 2022, noe som viser at reinvesteringen er om lag på nivå med ferdig avskrevet anleggsmidler i perioden.

### **Resultat for hele planperioden 2023 - 2038**

I framskrivning av resultat fra 2023 -2038 er det gjort forenklinger ift vurdering av utviklingen i resultatposter. Det er lagt til grunn følgende forutsetninger:

- Årlig aktivitetsvekst på 1,3 %
- Basisutvikling i samsvar med HSØ sine innspill
- Generell årlig forbedring i arbeidsproduktiviteten på i gjennomsnitt 0,5 %
- Driftsgevinster nye bygg(3,5 %) – som i forrige ØLP
- Varekost, andre variable inntekter og kostnader følger aktivitetsutviklingen
- 100 % finansiering av kapitalkost protonserter
- Nøytrale økonomiske effekter av endret opptaksområde bydeler
- Økte finanskostnader som følge av 1 % økt rente er på om lag 2,4 mrd for planperioden, gir også økte byggelånsrenter på 0,3 mrd(økt tilvirkningskost)

### **Driftsgevinster nye bygg og generell effektivisering 2023 -2038**

For den generelle utvikling i aktivitet er det gitt at både inntekter og kostnader øker i takt med aktivitetsutviklingen. En generell årlig forbedring i arbeidsproduktiviteten på 0,5 % medfører at bemanningsveksten vil øke 0,5 % mindre enn aktiviteten. Dette er en planforutsetning som ikke lå til grunn ved forrige rullering av ØLP 2018 -2021(37). Det er flere analyser som er gjennomført av produktivitetsutviklingen for spesialisthelsetjenesten senere år. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ga i januar 2016 Frischsenteret i oppdrag å utarbeide et notat med analyser av utvikling i produktivitet i somatisk del av spesialisthelsetjenesten i perioden 1999-2014. I sammendraget i rapporten «Produktivitet i spesialisthelsetjenesten», fra Frischsenteret til Helse og omsorgsdepartementet fremgår følgende:

*Det dokumenteres to analyser på somatikken; én hvor det ikke tas hensyn til bruk av kapital og vi kan bruke hele perioden 1999-2014, og én hvor kapitalkostnader inngår for årene fra 2004 når kapitaltall er tilgjengelige. I analysen uten kapital er samlet produktivitetsvekst målt til ca. 24 %, mens med kapital er anslagene for 2004-2014 enda høyere. Analyser av kvalitetsindikatorer for perioden etter 2008 tyder ikke på at kvalitetsendring er en vesentlig feilkilde for de beregnede produktivitetstallene.*

*Det er et tilstrekkelig datagrunnlag tilstede for fortsatt å gjøre gode analyser av produktivitet i somatisk sektor. For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det i dag ikke et datagrunnlag som gjør det mulig å skille forskjeller i sammensetning av aktivitet fra forskjeller i produktivitet.*

I gjennomsnitt betyr 24 % produktivitetsvekst over 15 år, 1,6 % årlig forbedring.

Gevinster knyttet til at virksomheten tar i bruk nye bygg er også lagt til grunn med totalt 3,5 pst forbedring, samme nivå som ved forrige rullering av ØLP 2018-2021(37). Det er foreløpig ikke gjort vurderinger av særskilte midlertidige negative resultateffekter som følger av innflytting i nye bygg på Aker og Gaustad, det er imidlertid forutsatt at driftsgevinstene er lavere i de første årene knyttet til pukkkelkostnader ved oppstart. Det vil bli vurdert mulige konsekvenser som lavere

aktivitet i en tilvenningsperiode og andre flyttekostnader også for disse prosjektene under konseptfasen som skal styrebehandles i desember 2018.

I perioden 2019-2022 er det innarbeidet et betydelig krav til forbedring av driften, med en forbedring i arbeidsproduktivitet på om lag 1,8 % årlig med utgangspunkt i budsjett 2018. Fra 2023 til 2038 er det beregnet krav til forbedring av driften som følger av nye bygg (3,5 pst), samt en årlig forbedret arbeidsproduktivitet på 0,5 %. Erfaringer fra hovedstadsprosessen hvor betydelig aktivitet ble flyttet fra OUS HF til andre foretak var at virksomhet som får økt volum av pasienter har potensiale for å ta ut produktivitetsgevinster. Det er ikke særskilt lagt inn gevinster som følge av overtakelse av bydeler fra Akershus universitetssykehus HF i planperioden. Dette er foreløpig vurdert ivare tatt med den generelle effektiviseringen for planperioden på 0,5 % årlig for perioden 2023 – 2038.

### **Finansielle poster, herunder likviditet og tiltak for å holde denne innenfor gitt driftskreditramme**

I perioden fram mot 2022 er det lagt til grunn et investeringsnivå, nedbetaling av gjeld og overskuddskrav som medfører en økt basisfordring på i underkant av 100 mill. kroner, etter at det i 2022 er benyttet om lag 1,1 mrd til finansiering av nytt klinikkbygg Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling. Utnyttelsen av driftskreditten er samtidig forutsatt økt med i overkant av 400 mill kroner i perioden frem til 2022. Økt utnyttelse av driftskreditten skyldes bruk av 2018 investeringsmidler(240 mill. kr.) i 2019, samt avdragsbetaling på nye finansielle leieavtaler for planperioden 2019 - 2022(160 mill. kr.).

Foretaket holder seg med dette godt innenfor den driftskreditrammen som er bevilget.

### **Andre forhold**

Det er ikke, som del av arbeidet med økonomisk langtidsplan, vurdert om det er forhold som vil gi vesentlige endringer i lønnsammensetning mellom fast lønn og variable lønnskostnader. Det er ikke forutsatt at innleie blir vesentlig redusert i perioden frem til 2022. Vurderinger vil bli gjort som del av den årlige detaljerte budsjettutarbeidelsen. Lønnsglidning er ikke særskilt vurdert. ISF er innført innen psykisk helsevern og TSB og det er forutsatt vekst i antall poeng fra budsjettet nivå for 2018 på 2 pst.. Budsjett 2018 danner utgangspunkt for varekostnader og andre driftskostnader og det er ikke vurdert særlige effekter av merverdiavgiftskompensasjonsordningen i 2019.

For gjennomføring av økt aktivitet vil det kunne være en utfordring å få tilgang til tilstrekkelig kvalifisert personell. Dette gjelder særskilt spesialsykepleiere inklusive operasjonssykepleiere. Årlige behovskartlegginger viser et behov for om lag 400 nye spesialsykepleiere innen først og fremst operasjon, intensiv, kreft, barn og nyfødintensiv. Rekruttering til de fleste funksjoner på sykehuset skjer hovedsakelig gjennom utdanning. Betingelsene ved gjennomføring av videreutdanning til spesialsykepleiere ble betydelig bedret fra 2013, og denne ordningen er forutsatt videreført. Dette har økt antallet sykepleiere som søker seg til videre utdanning og spesialisering. Andre klinikkovergrepene tiltak er Klinisk stige, obligatorisk lederutviklingsprogram, og eksterne og interne veilederkurs for de som veileder studenter. Oslo universitetssykehus HF har også en egen handlingsplan for rekruttering som definerer ulike tiltak som skal bidra til at OUS fremstår som en attraktiv og aktiv arbeidsgiver – gjennom blant annet karrieredager, ungdomsdager og lederopplæring innen rekruttering.

Oslo universitetssykehus HF var i årene 2011-2012, som følge av overføringen av opptaksområder til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, inne i en periode der de økonomiske rammene krevde produktivitetsvekst samtidig som aktiviteten ble redusert.

Resultatet ble den gang store driftsunderskudd. Oslo universitetssykehus HF er nå i en vekstsituasjon når det gjelder aktivitet. Gjennomføringen av det budsjetterte resultatet på 175 mill kroner i overskudd for 2018 vurderes likevel å være beheftet med usikkerhet. Resultatet for 1. kvartal 2018 er et budsjettavvik på om lag 60 mill. kroner. Avviket er i hovedsak knyttet til lavere aktivitet enn forutsatt i budsjettet.

Som følge av nasjonale og regionale funksjoner forventes det en økning i antallet nye implantater, prosedyrer, medikamenter med mer som gir særskilt høye kostnader for regionsykehusene og i særdeleshet Oslo universitetssykehus HF. Per i dag blir ikke disse kostnadene godt nok dekket gjennom DRG-systemet, og det tilfaller derfor regionsykehusene økte kostnader og aktivitet uten at dette fremkommer av henholdsvis finansiering og aktivitetstall. Oslo universitetssykehus HF vil gå i dialog med Helsedirektoratet med sikte på å finne frem til mulige løsninger innenfor dagens DRG-system og sikre bedre finansiering også av nye metoder og funksjoner innen medisinen. Den nasjonale finansieringen av aktivitet knyttet til landsfunksjoner som utføres ved Oslo universitetssykehus HF for andre regioner må også sikres en finansiering som dekker kostnadene. Det er et stort antall pasienter fra andre helseregioner som får sin behandling ved Oslo universitetssykehus HF. Pasienter som kommer til behandling fra andre helseregioner har ofte komplekse og sjeldne diagnoser og sykdommer innenfor en rekke fagområder uten at dette nødvendigvis blir kompensert i aktivitetsstatistikken (DRG – vektning).

### Forskning

Oslo universitetssykehus HF har hatt vekst i forskningsaktiviteten de siste årene, i henhold til krav fra eier. Den relative veksten i forskningsaktivitet (målt i poeng) har imidlertid vært større i andre regioner enn Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus HF. Hoveddelen av veksten har vært eksternt finansiert. Bidrag fra eksterne medfører som regel også ytelser fra helseforetaket i form av infrastruktur som arealer (kontorer, laboratorier og lagringsplass for forskningsbiobanker), utstyr og IKT.

Tabellen viser utvikling i kostnader til forskning, som inkluderer støttefunksjoner og beregnede indirekte kostnader. En vesentlig del av endringene i de internt finansierte kostnadene i tidligere år skyldes svingningene i pensjonskostnadene. I tillegg kommer om lag 300 millioner kroner årlig som forvaltes av Det medisinske fakultet, og som i stor grad benyttes til forskning ved sykehuset i felles forskningsgrupper. Universitetet ønsker fremover å forvalte en større andel av de midler som benyttes i fellesskap og som finansieres eksternt (en avtale om policy på dette området ble inngått i 2017).

OUS HF	2013	2014	2015	2016	2017	Andel 2017
Basis HF	850 289	662 926	928 958	916 226	952 037	54 %
HSØ, øremerket	353 244	341 661	353 010	325 026	405 601	19 %
HOD, Hdir	56 348	95 300	63 210	71 796	89 812	4 %
Eksterne	262 384	311 396	358 119	397 353	472 972	23 %
Totalt	1 522 266	1 411 284	1 703 297	1 710 401	1 920 422	100 %

Tabell 4: Kostnader til forskning fordelt på finansieringskilder

Det er et mål fra Helse Sør-Øst RHF at flere pasienter får tilbud om å delta i kliniske studier. Dette krever blant annet tid til forskning for klinikere, styrket infrastruktur og bedret logistikk og kapasitet hos serviceavdelinger. Et annet utviklingstrekk som berører både forskning, diagnostikk og behandling er persontilpasset medisin. Det introduseres stadig nye og kostbare legemidler for store sykdomsgrupper, og det er stor variasjon i dokumentert klinisk effekt. Det er behov for å

identifisere de pasientene som vil ha gunstig effekt av den spesifikke behandlingen, samt unngå ressurskrevende overbehandling og unødige bivirkninger. Avanserte storskalaanalyser er viktig i dette arbeidet og krever utstyr, datalagrings- og analysekapasitet. Samtidig er det andre områder hvor forskning har ført til at behandlingen har blitt forenklet og/eller mindre kostnadskrevende.

Samlet forventes noe økte kostnader ved forskning fremover, som i hovedsak finansieres ved økt eksterne bevilgninger, men som ønskes supplert med interne ressurser. Det er vanskelig å anslå hva som kan frigjøres av ressurser over tid ved omprioritering i klinikkene. Klinikene er derfor bedt om også å planlegge for ressursprioriteringer innen forskning. Stabs- og støtteenhetene må bistå med å kartlegge klinikkovergripende investeringsbehov innen IKT, utstyr og biobanker. Det er økt investeringsbehov innen disse områdene.

### 3. Vekst i aktivitet innenfor tjenesteområdene - prioriteringsregelen

#### **Somatikk**

Det er lagt til grunn en vekst i pasientbehandlingen målt i antall DRG-poeng på 1,75 pst per år i planperioden (2019-2022). Veksten forutsetter en videreføring av reduksjonen i fristbrudd og ventelister og at det underliggende behovet for pasientbehandling er noe høyere enn befolkningsveksten.

#### **Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)**

Det er foreløpig ikke utarbeidet en intern fordeling av budsjettet mellom tjenesteområdene i Oslo universitetssykehus HF, men det planlegges ut fra at vekst innenfor behandling på lokal- og områdesykehus skal bli større innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn vekst i somatisk virksomhet.

Som forutsetning ved denne rulleringen av ØLP 2019 -2022 er veksten her lagt på 2 %, mot 1,75 % innenfor somatikken.

I henhold til Oppdragsdokumentet er det de distrikts- psykiatriske sentre, psykisk helsevern for barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling som i hovedsak vil bli prioritert.

Det forutsettes i Oppdragsdokumentet en dreining i pasientbehandling fra døgn-, og dagbehandling til poliklinisk behandling. Økende antall pasienter med mer alvorlig symptombelastning og økt pleietyngde for flere pasientgrupper, krever fortsatt døgnbehandling. Fortsatt dreining til poliklinikk i pasientbehandlingen er avhengig av gode utfall i en krevende dialog med Oslo kommune om overføring av pasienter til bolig i bydelen.

### 4. Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling

#### **Program for å forbedre driften i OUS**

Som følge av at Oslo universitetssykehus HF er i en krevende økonomisk situasjon etablerte administrerende direktør i 2016 et program kalt *Forbedring av driften i OUS 2016-2020*. Programmet forvalter en portefølje med forbedringsprosjekter som gjennomgår ulike driftsområder, kostnadsområder og inntektsområder med sikte på å finne virkemidler som kan etableres generisk i linjeorganisasjonen.

Programmet administreres av sentral økonomistab og ledes av direktøren gjennom en styringsgruppe bestående av representanter fra klinikk- og avdelingsledelsen, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentant. Prosjektene resultater og foreslåtte forbedringstiltak legges

frem for programmets styringsgruppe og videre for OUS ledermøte for vedtak om implementering.

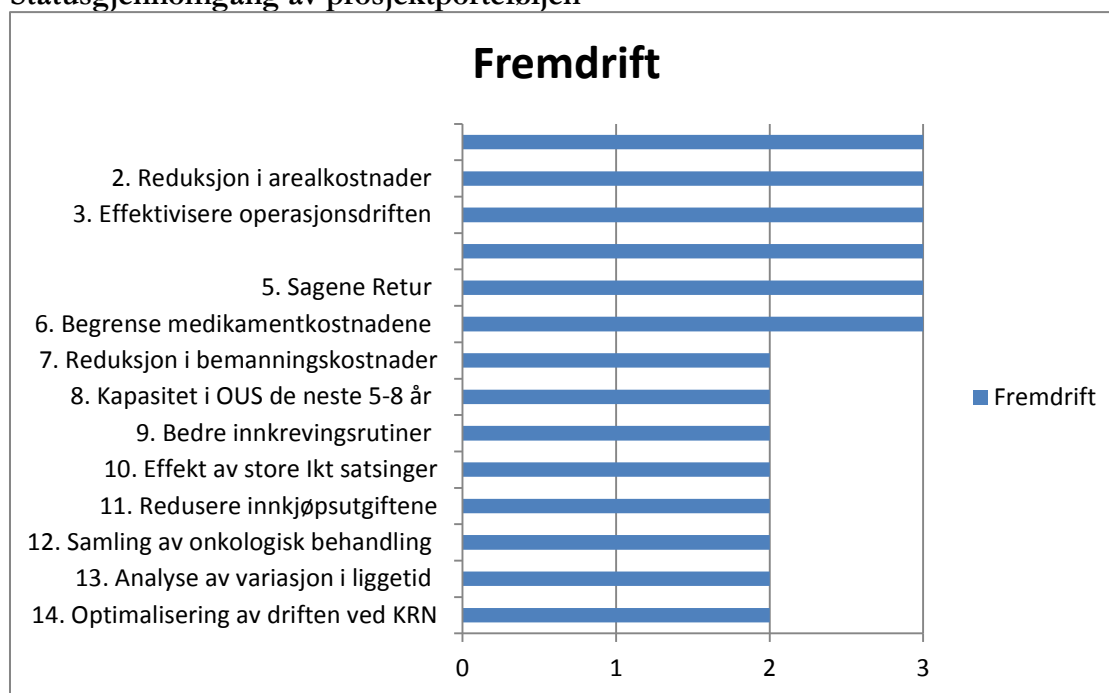
Programmet har det siste halvåret hatt fokus på gevinstrealisering for prosjektene. For å lykkes med å hente ut gevinster er det nødvendig med en god prosess i linjen kombinert med oppfølging og måling over tid. Økonomiske effekter og aktivitetsmål av tiltak knyttet til forbedringsprogrammet er inntatt i driftsavtale med klinikkledere.

Det legges også opp til at prosjektenes anbefalte tiltak og klinikkens egne tiltak innenfor fokusområdene knyttes til den løpende økonomiske oppfølgingen i OUS:

- Budsjettprosessen
- Månedlig rapportering
- Ukentlig rapportering til Ledermøtet

Siden høsten 2016 er det etablert 14 forbedringsprosjekter innenfor varierte driftsområder. Programmet har holdt jevn progresjon og de nyeste prosjektene ble etablert i januar 2018. Seks av prosjektene befinner seg i en gevinstrealiseringsfase hvor vedtatte tiltak fra prosjektarbeidet følges opp og implementeres i aktuelle deler av linjen. De resterende åtte prosjektene er i gjennomføringsfasen, men det forventes av flere av disse vil tre inn i gevinstrealiseringsfasen ilt 2018.

### Statusgjennomgang av prosjektporteføljen



Tabell 5: Illustrerer hvilke prosjekter som befinner seg i 1) Etableringsfasen 2) Gjennomføringsfasen 3) Gevinstrealiseringsfasen

### Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift

Mål: Hensikten med prosjektet er å øke antall polikliniske konsultasjoner med dagens ressurser, samt å bidra til at de frister som er satt for styring av pasientforløpet blir innfridd. I tillegg skal prosjektet bidra til å skape bedret pasient/lege-kontinuitet.

Status: Ledermøtet har vedtatt en ny retningslinje: *Tilgjengelighet og ressursstyring av poliklinisk virksomhet* som skal sikre bedre poliklinisk drift. Retningslinjen er implementert og effekter tas ut i klinikkene. Prosjektet følges spesielt opp på indikatoren for passert planlagt tid.

### **Reduksjon i arealkostnader**

Mål: Prosjektet skal sikre at OUS har oversikt over leieforhold, oversikt over utnyttelse av egne arealer, og et verktøy for analyse av nytte- og økonomisk verdi av å benytte eid vs. leid areal.

Status: Prosjektet har som mål å oppnå en 10 % reduksjon i kostnadene innen perioden 2017 – 2022. I 2018 er det en del kontrakter som ikke får full effekt fordi kontraktene går ut eller endres midtveis. Helårseffekten vil man ikke se før i 2019. Før endelig status er en innsparing på omkring 6 mnok.

### **Effektivisere operasjonsdriften**

Mål: Overordnet mål for prosjektet er å øke antallet operasjoner med gitt ressursinnsats / kapasitet. Det vil si å innrette tiltak som medfører raskere oppstart av stuen, kortere skiftetider og færre uventede driftsavbrudd/forsinkelser og strykninger.

Status: Prosjektet leverte prosjektrapport juni 2017 som inkluderte konkrete forslag til forbedring av operasjonsplanlegging og forberedelse.

Prosjektet utarbeidet en prosedyre «Prinsipper for god drift på operasjon» som inkluderer følgende konkrete driftsendringer:

- Alle kirurger fyller ut et konkret og fullstendig operasjonsmeldeskjema i DIPS
- Alle pasienter fyller ut et standardisert egenmeldingsskjema på en side som implementeres i Min journal
- Sjekkliste for forberedelse til operasjonsmøte (kl. 14 dagen før)
- Sjekkliste for klargjøring av pasient fra sengepost til operasjonsteamet
- Opprette lokale driftsteam og etablere møteprosedyrer:
  - Ukeprogrammøte som gjennomgår program for kommende uke med deltagere fra pasientkoordinator, operasjonssykepleiere, kirurg, evt. anestesilege møter
  - Dagsprogrammøte som skal kvalitetssikre neste dags operasjonsprogram (kl. 14). Her skal tiltaket sjekkliste for forberedelse til operasjonsmøte benyttes

### **Traumekirurgisk sengepost OUS Ullevål**

Mål: Prosjektet skal legge til rette for å etablere en dedikert traumekirurgisk post med et tryggere og mer effektivt pasientforløp, samt redusere belegget av traumepasienter på PO og kortere liggetid på Intensiv.

Status: Prosjektet er ferdigstilt og leverte prosjektrapport i juni 2017, og saken følges opp videre.



### **Sagene retur**

Mål: Prosjektet skal lage en plan for hvordan man tilbakefører lokalsykehusfunksjonen for indremedisin for pasienter fra Sagene bydel.

Status: Prosjektet er ferdigstilt og leverte prosjektrapport i juni 2017. Rapporten har så langt ikke ført til vedtak i ledermøtet.

### **Begrense medikamentkostnadene**

Mål: Hensikten med prosjektet er å utnytte OUS sine ressurser på best mulig måte slik at legemiddelkostnadene ikke øker mer enn nødvendig, samt prioriterer de rette pasienter til den rette behandling i tråd med overordnede nasjonale føringer.

Status: Prosjektet leverte prosjektrapport juni 2017. Prosjektrapporten skisserte tre tiltak knyttet til hvordan OUS kan sikre inntekter og åtte tiltak for hvordan OUS kan begrense utgiftene. OUS Ledermøte vedtok 24. oktober anbefalingene i prosjektrapporten og opprettelsen av et utvalg under legemiddelkomitéen som kan ha konstant fokus og oppfølgingsansvar over området (ref. ledermøtesak 300/2017). Som en del av gevinstrealisering jobber utvalget kontinuerlig med oppfølging av anbefalingene.

### **Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk**

Prosjektet er delt inn i tre delprosjekter:

- 3a) Forbedret bruk av GAT
- 3b) Bemanningsplanlegging
- 3c) Reduksjon av variabel lønn

Mål: Prosjektet skal sikre:

- At all lønnsdannelse for alle yrkesgrupper, både fast og variabel, samt alt fravær skal registreres i Gat.
- Bemanningsplaner som gjenspeiler behov som følger av kjent aktivitet, vedtatt budsjett og innenfor godkjente rammer
- Utarbeide prosedyrer og felles rutiner som sikrer reduksjon av innleie av interne og eksterne vikarer

Status: Prosjektet har fortløpende lagt frem forslag til driftsendringer for ledermøtet, særlig knyttet til reduksjon av variabel lønn, hvor OUS har store utgifter. Prosjektet jobber også fortløpende med opplæring og implementering av forbedret bruk av GAT systemet og bedre bemanningsplanlegging i alle klinikkene.

### **Kapasitet i OUS de neste 5-8 år**

Mål: Prosjektet skal sørge for en tilstrekkelig behandlingsskapasitet de neste 5-8 år inkl. vurdering av videre aktivitet ved Aker sykehus i perioden. Et utgangspunkt har vært hvordan Akers nåværende gode arealer kan benyttes mest hensiktsmessig i tiden fram til et nytt lokalsykehus på Aker er realisert.

Status: Prosjektets anbefalte modell fikk tilslutning i ledermøtet den 28.03.2017: «Elektivt kirurgisk senter på Aker med dagkirurgi og kirurgi med kort liggetid 5 dager i uken og med utnyttelse av samlet operasjonskapasitet på Aker». I løpet av 2018, etter flytting av karkirurgisk virksomhet, vil senteret bli etablert. Avdeling for endokrinologi MED klinikk er i ferd med å samle mesteparten av virksomheten på Aker. Det vurderes nå om flytting av urologisk virksomhet (øhj. og tyngre elektiv virksomhet) fra Aker til Ullevål kan skje i 2018 etter at karkirurgisk virksomhet er flyttet.

### **Bedre innkrevingsrutiner**

Mål: Formålet med prosjektet er å sikre at sykehuset får korrekte inntekter. Prosjektet skal etablere bedre innkrevingsrutiner for områdene:

- «Ikke møtt» pasienter
- Personell med refusjonsrett
- Utenlandske pasienter
- Sikre riktig nivå på pasientbetaling ved poliklinikkene
- Registrering av polikliniske konsultasjoner på sengepost

Status: Prosjektet ble vedtatt etablert av styringsgruppen den 24.04.2017. Prosjektet jobber kontinuerlig og ingen vedtak er så langt fattet i prosjektet. Prosjektet har anslått avslutningsdato til 01.06.2019.

### **Effekt av store IKT kostnader**

Mål: OUS har gjennomført betydelige investeringer på IKT-området siden fusjonen i 2009. Implementering av kliniske IKT-løsninger som DIPS og MetaVision har muliggjort etablering av blant annet felles arbeidsprosesser og prosedyrer for å sikre effektivitet og kvalitet på tjenestene vi leverer. Prosjektets formål er å kartlegge hvor OUS best kan hente ut uforløste gevinster fra disse investeringene.

Status: Prosjektet har levert sin kartleggingsrapport fra forprosjektet til styringsgruppen. Konklusjonen i rapporten var at utfordringsområdene knyttet til bruk av DIPS i hovedsak omhandler organisatoriske og individuelle faktorer, og mindre om tekniske faktorer. Prosjektet vurderte det dit hen at de fleste utfordringene handler om opplæring og forståelse for den helhetlige elektroniske arbeidsflyten i DIPS.

Basert på kartleggingsrapporten foreslår prosjektleder blant annet å etablere et prosjekt som skal gjennomføre en foranalyse for å vurdere etablering av et rammeverk for opplæring i klinisk IKT; innhold, organisering, styring og ledelse. I tillegg vurderes det å opprette et prosjekt for gjennomgang av konkrete arbeidsprosesser.

### **Redusere innkjøpsutgiftene**

Mål: Hovedmålet er å redusere sykehusets kostnader til innkjøp, redusere risiko for erstatningskrav og reduserer risiko for omdømmetap.

Status: Prosjektet er i gjennomføringsfasen og jobber tett sammen med klinikkene. Prosjektets hovedfokus er analyse av innkjøpskostnadene, ledelsesforankring, opplæring og kommunikasjon. Klinikkene blir anbefalt å gjøre korrektive tiltak dersom det ansees som påkrevd.

### **Samling av onkologisk lungekreftbehandling på Ullevål og onkologisk behandling av prostatakraft på Radiumhospitalet**

Mål: Prosjektet skal vurdere risikoelementene og mulighetene for å gjennomføre en vellykket samling av onkologisk lungekreftbehandling på Ullevål og onkologisk behandling av prostatakraft på Radiumhospitalet og samling av annen uro-onkologisk kreftbehandling til ett sted i OUS med unntak for testikkelkreft som allerede i dag er samlet på Ullevål.

Status: Prosjektet vil i slutten av april 2018 legge frem prosjektrapport og anbefaling til styringsgruppen.

## Benchmarkingsanalyse av variasjonen i liggetid

Mål: Hovedmålsettingen er å analysere variasjon i gjennomsnittlig liggetid for Topp 25 DRG innen hver hoveddiagnosegruppe. Liggetiden sammenlignes med liggetider på andre universitetssykehus. Analysen skal føre til en faktabasert dialog med klinikkene for å identifisere forbedringspotensial ved å redusere gjennomsnittlig liggetid.

Status: Det ble gjennomført og presentert en initial analyse av gjennomsnittlig liggetid basert på NPR data for 2016. Analysen viste gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold 2012 – 2016 og kompleksiteten av pasientgrunnet i 2016. Resultatene følges opp i dialog med klinikkene.

## Optimalisering av driften ved KRN

Mål: Hensikten med prosjektet er å øke pasientsikkerheten gjennom at det utarbeides bedre rutiner og styringsinformasjon knyttet til ventelistene, henvisninger og tidspunkt for gjennomført undersøkelse. Det er samtidig viktig å avdekke og korrigere eventuell uhensiktsmessig drift innenfor billedtaking og tolkning.

Prosjektet skal vurdere, og anbefale, tiltak innenfor følgende områder i planlegging og drift:

- Vurdere utnyttelsesgrad av maskinene
- Endret oppgavedeling innenfor spesifiserte områder, vurdere om det er pasienter som kan behandles lokalt istedenfor på OUS
- I samråd med rekvirerende fagmiljø å vurdere hyppighet av kontroller innenfor definerte pasientforløp

Status: Prosjektet legger opp til en tidsplan som vil legge frem en innstilling for styringsgruppen i juni 2018 med en implementeringsfasen 1. oktober 2018.

## Forberedelse til kommende års budsjetter og klinikkens arbeid med tiltak

20. mars 2018 ble det gjennomført et budsjett- og strategi seminar for ledergruppen i Oslo universitetssykehus HF. Foretakstillitsvalgte deltok på samlingen. Det ble gjennomført gruppearbeid hvor tiltak for å bedre foretakets økonomi ble foreslått og presentert gruppevis i plenum. De viktigste tiltakene som ble foreslått å arbeide videre med inn mot budsjett 2019 var:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Avansert hjemmesykehus for voksne</li><li>• Redusere variasjon</li><li>• I større grad samle fagmiljø som er spredt på flere steder</li><li>• Redusere dobbeltarbeid, for mange prøver og bilder tas flere ganger</li><li>• Tilfeldig og ustrukturert arbeidsdeling mellom avtalespesialister og sykehusavdelinger – det må tas grep her</li><li>• Øke utnyttelsen av operasjonskapasiteten</li><li>• Alt som kan bidra til å redusere flaskehalsen bør prioriteres opp</li><li>• Sprengt kapasitet pga at pasienter venter på en MR eller CT(Inneliggende)</li><li>• Etisk kompetanse må prioriteres opp for tidligere avsluttet behandling</li><li>• Bedre styringsinformasjon</li><li>• Kontroller må i større grad gjennomføres av fastleger og private avtalespesialister</li><li>• Bedre planlegging innen de største fagområdene slik at aktivitet og bemanning henger bedre sammen</li><li>• Samle ø-hjelpen på ett sted</li><li>• 90 % av pasientene skal ha sammedagskirurgi</li><li>• Minske variasjon på bemanning</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Redusere ekstern innleie</li><li>• Tørre å omfordele</li><li>• Oppgaveglidning må i større grad skje</li><li>• I større grad benytte telemedisin</li><li>• Redusere pre operative liggedøgn</li><li>• Trenger vi så mange bioingeniører</li><li>• Redusere tapte økter på operasjon</li><li>• Slå sammen flere enheter på sommeren</li><li>• Utskrivningsklare pasienter – samarbeidet med kommunen må forbedres</li><li>• Lovisenberg /Diakonhjemmet øker ikke egendekning – dette må endres</li><li>• Pasientsikkerhet gir god drift og økonomi</li><li>• Flytte ut behandlinger urologi/PCI/hjertebehandling</li><li>• God logistikk</li><li>• Standardiserte protokoller – pasientflyt</li><li>• I større grad erstatte sykepleiere med hjelpepleiere</li><li>• Diagnostikkutviklingen er ikke styrt – må tas grep</li><li>• Nedgang i pasientvolum må medføre omfordeling av rammer</li><li>• Skal vi fortsatt gjøre de store volumene (AMD)</li><li>• Forbruksrater bør følges strukturert</li></ul> |
|--|--|

## Tiltak i klinikkene

Hver klinikk har levert en oversikt over de tiltak det vurderes å arbeide videre med for å forbedre resultatene fra 2019 og fremover. Klinikkenes beregnet en mulig effekt av tiltakene med et forventet minimum og maksimum beløp. Klinikkenes foreløpige forventning er at de områdene det arbeides med kan bidra til resultatforbedring i størrelsesorden 150 til 200 millioner kroner i 2019. Området med størst effekt er å legge til rette for økning i aktivitet uten at dette gir tilsvarende kostnads/bemanningsøkninger. Dette krever blant annet bedre koordinering og logistikk knyttet til avvikling av poliklinikk og gjennomføring av operasjonsprogrammet.

Vurdering av bemanningsplaner, vaktordninger og bruk av overtid utgjør også en stor andel av tiltakene. Samkjøring/samløslisering av enkeltfunksjoner er også betydelige tiltak for enkelte klinikker. Tiltakene vil ytterligere gjennomarbeides og forberedes inn mot budsjettbehandlingen for 2019.

## 5. Investeringer

### Finansiering av planlagte investeringer

Investeringsnivået i årene fremover har flere finansieringskilder (se tabell 5 for omfang hvert år i planperioden 2019-2022):

- Basislikviditet/historisk likviditetstildeling
- Fase 1 Omstillingsmidler, ferdigstille Fase 1 med 1 575 mill kroner i 2012 priser vedtatt av stortinget. 50/50 andel lån og egenandel. Investeringene i 2019 finansieres av lån utbetalt i 2015.
- Fase 2 – Tilsynsavvik og oppgraderinger med ramme på 1 807 mill kroner i 2015 priser hvorav lån 70 pst og egenfinansiering 30 pst
- Nye lånesøknader for langsiktig utvikling av eiendomsmassen (RSA etappe 1, nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet, Protonsenter, etappe 1 og 2 Aker og etappe 1 Gaustad)
- Overskudd samme år og opparbeidede rettigheter fra tidligere år
- Uttak av basisfordring på HSØ RHF
- Finansielle leieavtaler
- Salg av eiendom
- Andre bidragsyttere (gaver fra privatpersoner eller stiftelser, avdragsbetalinger på IKT-lån til Sykehuspartner og tilskudd til Protonsenter)

### Basislikviditet

Investeringer til løpende drift er i utgangspunktet forutsatt håndtert gjennom videreføring av historisk likviditetstildeling på om lag 330 mill kroner per år.

### Fase 1 Omstillingsmidler - lån

Investeringer i omstilling er forutsatt finansiert med 50 pst låneopptak fra HOD og resterende 50 pst kontantoppgjør fra Helse Sør-Øst RHF (reduksjon av Oslo universitetssykehus HF sin fordring på Helse Sør-Øst RHF) eller salg av eiendom i Oslo universitetssykehus HF frem til og med 2015. Totalt 1,575 milliarder kroner (2012-priser) er stilt til disposisjon for omstillingsinvesteringer knyttet til samlokaliseringer. Det er om lag 16 mill kroner i gjenværende investeringsmidler på dette området etter gjennomføring av budsjett 2018.

Investeringer i samhandlingsarena Aker inngår i lånebevilgningen med 75 mill kroner.

## **Fase 2 Tilsynsavvik/oppgraderinger - lån**

Det er bevilget lånefinansiering på 1 265 mill kroner over årene 2016-2019 til prosjekter for å lukke myndighetspålegg og sikre oppgraderinger slik at sikker drift kan opprettholdes. Lånesøknaden forutsetter 542 mill kroner i egenandel fra basislikviditet/overskudd for disse årene.

## **Fase 3 Nye byggeprosjekter - lån**

Gjennomføring av nye byggeprosjekter er planlagt finansiert ved lån , uttak fra basisfordring på Helse Sør-Øst RHF, tilskudd og salg av eiendom. Protonsenter forutsettes finansiert ved låneandel 70 pst og 30 pst tilskudd. RSA etappe 2 finansieres med salg av eiendom. Målbildet etappe 2 finansieres med salg av eiendom, lån og uttak av basisfordring. Øvrige nye byggeprosjekter finansieres med låneandel 70 pst og basisfordring.

Finansiering av nytt klinikkbygg Radiumhospitalet, protonbygg og Regional sikkerhetsavdeling forutsetter lånefinansiering i 2022 på 4,5 mrd.

## **Overskudd fra drift samme år**

I planperioden er det forutsatt resultatforbedring som bidrar med overskudd fra drift. Dette overskuddet er i planperioden forutsatt benyttet til investeringer samme år som driftsresultatet oppnås. Dette betyr at Oslo universitetssykehus HF planlegging og budsjettering av investeringer må være tilstrekkelig fleksibel til at investeringsnivået reelt kan tilpasses resultatrisiko. Det betyr også at Oslo universitetssykehus i årene framover må holde tilbake mange kontraktssigneringer frem til resultatrisiko fremstår som mer avklart. Det stiller økt krav til presisjonsnivået i den økonomiske styringen i foretaket. I finansstrategien for Helse Sør-Øst er prinsippet at overskudd fra drift disponeres til investeringer det påfølgende året. Det må derfor avklares med Helse Sør-Øst RHF hva som kan forutsettes inn i det enkelte års budsjett.

Følgende finansiering fra overskudd fra drift eksklusive eiendomssalg er lagt inn som finansiering av investeringsbehovet i planperioden 2019-2022:

- 100 mill kroner i 2019
- 150 mill kroner i 2020
- 250 mill kroner i 2021
- 350 mill kroner i 2022

I tillegg er det lagt til grunn at såkalte opparbeidede rettigheter ved utgangen av 2018 på om lag 240 mill kroner kan benyttes. Det er også lagt til grunn at salg av eiendommer øker overskuddet og finansieringen av investeringer. Overskudd bidrar primært til finansiering av egenandelene for lånesøknad Fase 2 og ordinære investeringer i bygg.

## **Uttak av basisfordring på HSØ RHF**

Oslo universitetssykehus HF årlige basisinntekter fra Helse Sør-Øst RHF medfører ikke en tilsvarende overførsel av likviditet fra Helse Sør-Øst RHF. I fireårsperioden 2019 til 2022 holdes årlig mellom 390 og 460 mill kroner av Oslo universitetssykehus HF inntekter igjen i foretaksgruppen for å prioritere investeringer i regionale IKT-prosjekter og sykehusutbygginger. Når denne likviditeten holdes igjen i Helse Sør-Øst RHF oppstår en betydelig fordring på Helse Sør-Øst RHF i balansen til Oslo universitetssykehus HF.

Ved inngangen til 2019 er denne fordring, også omtalt som basisfordring, estimert til om lag 3,7 milliarder kroner. Med de låneopptakene/reduksjon av basisfordring fra Helse Sør-Øst RHF som her er forutsatt er det forventet at fordringen er om lag uforandret ved utgangen av 2022. Bruk av

basisfordring knyttet til finansiering av nytt klinikkbygg Radiumhospitalet og Regional sikkerhetsavdeling er da hensyntatt med en bruk på 1,1 mrd. i 2022.

### **Finansielle leieavtaler**

Finansielle leieavtaler er forutsatt benyttet som finansieringskilde til investeringer i perioder der det ikke er tilstrekkelig likviditet i Oslo universitetssykehus HF eller foretaksgruppen til å gjennomføre nødvendige investeringer. Denne finansieringsformen er mest aktuelle for investeringer innen MTU og ambulanser.

### **Salg av eiendom**

Inntekter fra salg av eiendom er lagt inn som forutsetning for investeringer med 501 mill kroner i perioden 2019-2023 med om lag 400 mill. kroner til å finansiere RSA etappe 2. Dette er eiendommer på Sogn og Dikemark. I perioden 2025-2030 er det forutsatt salg av eiendom som ikke lenger benyttes når det langsiktige målbildet realiseres. Salgene er forutsatt benyttet som finansiering av investeringer i eksisterende bygg som skal videreføre og nye bygg på Gaustad og Aker.

### **Andre finansieringskilder**

Oslo universitetssykehus og Urstiftelsen DNR har laget en omforent avtale som regulerer overføring av stiftelsens midler på om lag 200 mill kroner til OUS. Stiftelsestilsynet har gitt samtykke til omdanningen (slik den er regulert i avtalen) og avtalen ligger nå klar for signering av partene. Når avtalen er undertegnet vil pengene bli utløst til Oslo universitetssykehus HF for delfinansiering av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Det er lagt til grunn at nytt Protonsenter finansieres med 30 pst investeringstilskudd, og 70 % lån.

Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF tar opp lån fra Oslo universitetssykehus HF for å gjennomføre lokalt finansierte IKT-prosjekter i størrelsesorden 35 mill kroner per år. Det er lagt til grunn at avdragsbetalinger på disse lånene kan reinvesteres.

Det er i langtidsplanen ikke inkludert investeringer i eller finansiering av forsknings- og undervisningsarealer fra Kunnskapsdepartementet.

Det enkelte års investeringsbudsjett vil kunne bli justert opp med finansiering fra andre eksterne givere og gi et høyere investeringsbudsjett eller mindre bruk av egen likviditet.

## Oppsummering finansiering

Gitt investeringer og de driftsresultater og de tilhørende låneopptakene som er lagt til grunn vil gjelds- og fordrings situasjonen totalt sett innebære høyere netto rentekostnader i perioden frem til 2022 med om lag 70 mill. kroner. Dette må også sees på bakgrunn av at det aller meste av IKT-investeringene forutsettes å bli bokført utenfor helseforetakets regnskaper (gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst RHF/Sykehuspartner). De økonomiske konsekvensene for foretaket kommer først til syne i form av sterkt økte IKT-driftskostnader i årene framover.

I tabellen under er finansieringskildene til investeringer for perioden 2019-2022 vist.

<b>Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter)</b> <i>(mill kroner)</i>	<b>ØLP 2019</b>	<b>ØLP 2020</b>	<b>ØLP 2021</b>	<b>ØLP 2022</b>	<b>Sum</b>
<b>Ordinær likviditet</b>	329	329	329	329	1 316
<b>Tidligere års resultater</b>	240	0	0	0	240
<b>Driftsresultat (ekskl. salg)</b>	100	150	250	350	850
<b>Annen finansiering</b>	38	38	29	32	137
<b>Eiendomsalg</b>	31	200	90	90	411
<b>Fordring på HSØ RHF</b>	0	0	0	1 085	1 085
<b>Øremerkede tilskudd</b>	0	0	0	755	755
<b>Lån</b>	193	186	195	4 519	5 092
<b>Finansiell leie</b>	403	403	403	403	1 610
<b>SUM</b>	<b>1 333</b>	<b>1 305</b>	<b>1 295</b>	<b>7 563</b>	<b>11 497</b>

Tabell 6: Finansiering av investeringer 2019-2022

## Investeringer

Det er utarbeidet egne investeringsplaner for MTU, bygg, IKT og annet.

I tabellen under fremkommer en oversikt over investeringsbeløpene i de foreliggende investeringsplanene for langtidsplanperioden. På siste side i dette dokumentet vises også en investeringsplan for hele perioden 2019-2038, tabell 9.

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) <i>(mill kroner)</i>		ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	Sum
Ordinære investeringer	MTU	450	450	450	450	1 800
	Bygg (videreføres og nye)	304	161	243	352	1 060
	Bygg (fraflyttes)	105	50	50	113	318
	Annet	80	80	80	80	320
	Egenkapital pensjon	65	73	82	92	312
	IKT	35	35	35	35	140
	<b>SUM</b>	<b>1 039</b>	<b>849</b>	<b>940</b>	<b>1 122</b>	<b>3 950</b>
Omstilling (Fase 1)	Bygg (videreføres og nye)	14	0	0	0	14
	<b>SUM</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
Tilsynsavvik og oppgraderinger (Fase 2)	Bygg (videreføres og nye)	100	103	106	0	308
	Bygg (fraflyttes)	150	154	159	0	463
	<b>SUM</b>	<b>249</b>	<b>257</b>	<b>265</b>	<b>0</b>	<b>771</b>
Nytt klinikkbygg RAD	MTU	0	0	0	360	360
	Bygg (nye)	0	0	0	3 038	3 038
	<b>SUM</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3 398</b>	<b>3 398</b>
Protonsenter	MTU	0	0	0	665	665
	Bygg (nye)	0	0	0	1 252	1 252
	<b>SUM</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 917</b>	<b>1 917</b>
RSA - etappe 1 (Regional sikkerhetsavdeling)	Bygg (nye)	0	0	0	1 021	1 021
	Annet	0	0	0	22	22
	<b>SUM</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1 043</b>	<b>1 043</b>
RSA - etappe 2 (Lokal sikkerhet og PUA)	Bygg (nye)	65	86	146	105	403
	<b>SUM</b>	<b>65</b>	<b>86</b>	<b>146</b>	<b>105</b>	<b>403</b>
TOTALT	MTU	450	450	450	1 475	2 825
	Bygg (videreføres og nye)	483	350	495	5 769	7 097
	Bygg (fraflyttes)	255	204	209	113	781
	Annet	80	80	80	102	342
	Egenkapital pensjon	65	73	82	92	312
	IKT	35	35	35	35	140
	<b>SUM</b>	<b>1 368</b>	<b>1 192</b>	<b>1 351</b>	<b>7 586</b>	<b>11 497</b>

Tabell 7: Investeringer 2019-2022 fordelt på art



## **Ordinære investeringer og Fase 2 investeringer (tilsynsavvik og oppgraderinger)**

Ordinære investeringer er her definert som investeringer som ikke er finansiert over særskilt lånebevilgning over statsbudsjettet eller tildelt som øremerket finansiering fra andre kilder.

Som det fremkommer av investeringstabellen legges det til grunn et nivå på MTU investeringer på 450 mill kroner per år i planperioden 2019-2022.

### *Bygg – ordinære investeringer i bygg som skal beholdes*

Investeringsbehov i de byggene som skal beholdes når store deler av virksomheten flytter inn i nye bygg er vurdert. De bygg dette gjelder er i hovedsak dagens bygninger på Rikshospitalet, store deler av dagens bygninger på Gaustad, den delen av Aker som benyttes til Helsearena Aker aktivitet og store deler av Radiumhospitalet. Det er betydelig usikkerhet ved de estimater som er utarbeidet. Estimatenes er basert på en vurdering av nødvendige ombygginger og oppgradering av disse arealene for å kunne ha en adekvat standard sett opp mot nye omkringliggende bygg. Multiconsult har utarbeidet nye estimater for oppgradering av Radiumhospitalet i forbindelse med nytt klinikkbygg. Nivåene som er lagt inn for Radiumhospitalet er langt lavere enn anbefalingen til Multiconsult basert på deres erfaringstall knyttet til tilstandsanalyser. Investeringene er dratt ut i tid, som vil gjøre at de første 4 årene kan bli utfordrende. Hovedsakelig gjelder dette Rikshospitalet som ikke har lånepakkefinansiering ved siden av. Det må gjennomføres mer detaljerte vurderinger knyttet til alle lokaliseringer for å få ett mer komplett investeringsbilde. Dette utvikles til kommende års økonomiske langtidsplaner (2020-2024) når arbeidet med konseptfase for Aker og Gaustad er kommet videre.

### *Bygg – ordinære investeringer i bygg som skal fraflyttes*

Det er gjort en vurdering av nødvendige utbedringer i bygg som skal fraflyttes. Bygg som omfattes av dette er i hovedsak Ullevål, Dikemark og SSE. I målbildet for Oslo universitetssykehus HF er virksomheten ved disse lokalisasjonene erstattet med nye bygg på Aker og Gaustad. Det er forutsatt at det ikke skal gjøres investeringer de siste 5 årene før forventet utflytting. Det er derfor lagt til grunn at det ikke gjøres vesentlige investeringer etter 2027. Dersom innfasing av målbildet endres, endres også disse forutsetningene. Det er lagt til grunn 683 millioner kroner i ordinære investeringer på bygg som skal fraflyttes frem til 2027. I tillegg kommer planlagte investeringer for lukking av avvik knyttet til brudd på lov og forskrift. Dette er et lavere estimat enn det som lå til grunn for idèfaseutredningen våren 2016 og vil øke risiko for sammenbrudd.

### *Bygg – ordinære investeringer i bygg for å tilpasse kapasitet*

Det er behov for å tilpasse behandlingsskapasiteten i årene fremover. Det er etablert et prosjekt «Behandlingskapasitet 5-8 år» der det forutsettes investeringer i bygg for å kunne tilpasse virksomheten til god og effektiv drift. Frem til 2027 er det budsjettet med om lag 20 mill kroner per år som skal omfatte alle lokalisasjoner.

Overtakelse av Alna bydel er lagt inn som investering etappe 1 Aker med ferdigstilling først i 2027. Det er ikke lagt inn særskilt vurdering av investeringsbehovet ved overtakelse av bydel Alna fra 2020. Dette må vurderes nærmere og avklares i et samarbeid mellom Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet diakonale sykehus.

### *Bygg Fase 2 - Tilsynsavvik og oppgraderinger*

Fase 2 prosjektene gjelder lukking av avvik knyttet til brudd på lov og forskrift. Dette er midler gitt i særskilt lån (70 pst) og utgjør totalt med Oslo universitetssykehus egenandel 1,8 milliarder kroner over 4 år (2016-2019). Investeringspådraget knyttet til fase 2 midler er nå samlet forutsatt å holde seg innen en ramme på 1,3 mrd. Årsaken er at nytt klinikkbygg Radiumhospitalet vil redusere det opprinnelige kartlagte behovet tilsvarende.

Midlene begrenser seg til Aker, Ullevål og Radiumhospitalet og utgjør en særskilt finansieringskilde ut over ordinære investeringer. Investeringene planlegges og vurderes i sammenheng med ordinært investeringsbudsjett.

### *Fase 1 - Omstillingsinvesteringer*

Investeringene er i en avsluttende fase. Basert på disponert budsjett 2018 er det om lag 14 mill. kroner igjen av investeringsrammen til 2019.

## **Nye sykehusbygg**

Idefaserapporten for OUS ble sommeren 2016 behandlet i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF. Foretaksmøtet vedtok:

- 1. Foretaksmøtet godkjenner Helse Sør-ØST sitt framtidige mål bilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.*
- 2. Foretaksmøtet ber om at det ved utvikling av Aker sykehus som lokalsykehus på sikt legges til rette for å overta ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for de tre Oslo bydelene som i dag tilhører Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde.*
- 3. Foretaksmøtet slutter seg til at Helse Sør-Øst RHF vil starte med konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, og at den første utviklingen på Gaustad og Aker planlegges startet opp samtidig og vil foregå parallelt.*

I økonomisk langtidsplan for 2017-2036, som styret i Oslo universitetssykehus HF behandlet våren 2016, ble det benyttet investeringsanslag fra idefasearbeidet i OUS. I prinsippet omfattet dette alle investeringene som var nødvendige for å realisere det målbildet som senere ble vedtatt på nevnte foretaksmøte selv om det var betydelig usikkerhet knyttet til anslagene.

Helse Sør-Øst har presisert følgende i forhold til økonomisk langtidsplan for 2018-2037:

*Som det fremgår av styresak 021-2017 i Helse Sør-Øst RHF videreføres regionalt prioriterte prosjekter i tråd med sak 051-2016 Økonomisk langtidsplan 2017-2020. Videre står det i budsjettskriv nr 3, avsnitt 11, at «...prosjekter som pr dags dato ikke ennå har status tilsvarende godkjent forprosjekt vil regnes som et budsjettmessig innspill. Formell behandling av prosjekter gjøres kun i konkret dialog med Helse Sør-Øst RHF.» Helse Sør-Øst RHF ønsker å presisere at innarbeidelse av planlagte store byggeprosjekter forutsetter at det foreligger en utviklingsplan som er godkjent av det regionale helseforetaket, og at det er gitt regional godkjenning for oppstart idefase for de byggeprosjektene som innarbeides. Inntil godkjenning av oppstart idefase foreligger, skal helseforetaket innarbeide vedlikehold og funksjonell oppgradering av eksisterende bygningsmasse.*

Estimater for rullering av ØLP 2019 -2022(38) for investeringer og plan for gjennomføring (periodisering) er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF og Sykehusbygg HF. I investeringsestimatenes inngår nå totalt 27,3 milliarder kroner inkl. byggelånsrenter. Dette gjelder prosjektene:

- Gaustad etappe 1
- Aker somatikk etappe 1 (4 bydeler)/ Aker sykehuspsykiatri 9 bydeler
- RSA/LSA/PUA etappe 1 og etappe 2
- Radiumhospitalet – nytt klinikkbygg og protonbygg

Ferdigstillelse av hele målbildet er inntatt med totalt 13,9 mrd. Dette gjelder prosjektene:

- Aker etappe 2
- Gaustad etappe 2

Tre av nybygg prosjektene har vært gjennom en mer grundig vurdering, dette gjelder RSA og nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet, samt protonbygg. For Gaustad (trinn 1 og 2), Aker (trinn 1 og 2) er investeringsnivå for etappe 1 basert på de innspill som er oversendt fra Helse Sør-Øst RHF. Endringer er i hovedsak knyttet til prisjustering og effekt av 1 % høyere rentenivå med økte byggelånsrenter som konsekvens. Aker/Gaustad etappe 2 var ikke inkludert i den økonomiske langtidsplanen for 2018- 2021. Gjennomføring av etappe 2 på Gaustad er nødvendig for å etablere et komplett lands-, regions- og lokalsykehus på Gaustad i samsvar med det vedtatte målbildet og nødvendige investeringer for å gjennomføre dette er nå inntatt med et estimat på 12,6 mrd fra idefaserapporten. Tallgrunnlaget er prisjustert og tillagt byggelånsrenter med samme forutsetninger som for øvrige nye planlagte bygg.

### **Medisinsk teknisk utstyr – utvikling i gjennomsnittlig levealder**

Ved inngangen til 2018 var det registrert om lag 44 000 aktive enheter medisinskteknisk utstyr ved Oslo universitetssykehus, med en anskaffelseskostnad på om lag 4 mrd. kroner. Gjennomsnittsalderen var 11,4 år når alle enheter teller likt. Verdivektet gjennomsnittsalder var 9 år. Mer enn 40 % av enhetene var eldre enn gjennomsnittlig levetid på 10 år. Oslo universitetssykehus har høyest gjennomsnittlig alder for medisinskteknisk utstyr i Helse Sør-Øst. Med mål om å stanse aldringsprosessen og over tid redusere gjennomsnittlig alder, ble det utarbeidet en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinskteknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015. Denne har blitt fulgt opp i årene etter med investeringer rundt 400 millioner kroner. For å snu utviklingen vil det være nødvendig med rundt 500 millioner kroner årlig.

I langtidsperioden 2019 til 2038 er det lagt til grunn såkalte ordinære investeringer i medisinskteknisk utstyr i størrelsen 300 millioner kroner til 450 millioner kroner årlig, totalt om lag 8 mrd. kroner. I tillegg kommer medisinskteknisk utstyr som anskaffes i forbindelse med nye bygg. Når nytt klinikkbygg og protonsenters på Radiumhospitalet står ferdig i 2022 tas det i bruk nytt utstyr for om lag 1 mrd. kroner. I perioden 2026 til 2032 planlegges det med nytt utstyr for om lag 2,3 mrd. kroner i forbindelse med nye bygg på Gaustad og Aker. Med investeringsnivået for langtidsperioden forventes det en nedgang i gjennomsnittlig alder for medisinskteknisk utstyr. Når hele målbildet er realisert forutsettes det noen år med lavere investeringer i medisinskteknisk utstyr, som vil drive gjennomsnittlig alder opp igjen.

Investeringsnivået for nytt utstyr og utstrømningsraten av gammelt utstyr er viktige faktorer for å få ned gjennomsnittlig alder. Oslo universitetssykehus arbeider med å se på hvordan investeringsprosessen kan endres. En dreining av anskaffelser fra sammenbrudd til elektiv prosess, samt å optimalisere prosessene for prioritering og anskaffelse kan ha stor effekt.

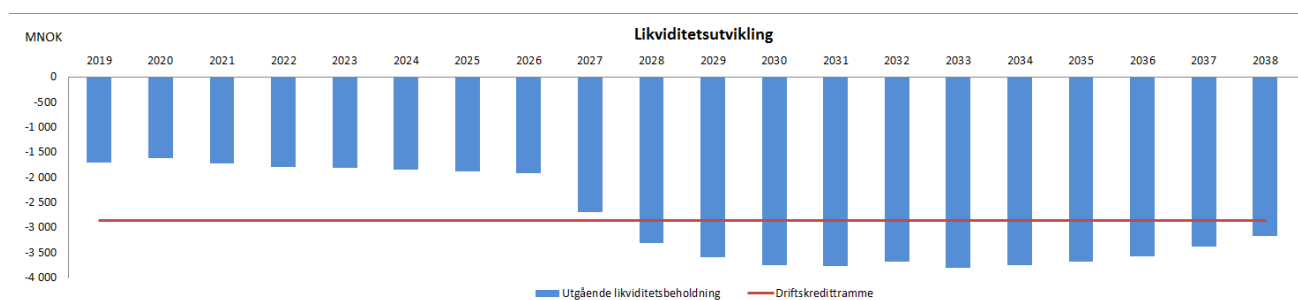
## Vedlikehold vedtatt i sak 021-2017

Foretakene er bedt om å kommentere særskilt om kravet til vedlikehold som vedtatt i sak 021-2017 er oppfylt/vedlikehold på kroner 250 kr. per kvadratmeter

Fordi bygningsmassen er gammel og dårlig vedlikeholdt er det større behov for utskifting enn vedlikehold de kommende årene. Avvikslukkingen med fase 2 midler vil også innebære at vedlikeholdsetterslepet blir noe mindre.

Når nybygg tas i bruk og bygg som skal videreføres er oppgradert vil det være et skifte som innebærer større behov for vedlikehold.

## 6. Likviditet



Tabell 8: Likviditet 2019-2038

Når betalbare renter på nye bygg gir resultateffekter fra 2027 er behovet for driftskredditt høyere enn den bevilgede rammen. I denne ØLP rulleringen er eiendomssalg benyttet til å finansiere målbilde etappe 2. Hod-lån er forutsatt med en låneandel på 25 % av anskaffelseskost for målbilde etappe 2.

I fjorårets ØLP var det en høyere andel lange lån(70 %) som lå til grunn, mens salgene ble forutsatt inn til styrking av likviditeten. Hvis foretaket skal holde seg innenfor bevilget driftskredittramme må låneandelen for målbilde etappe 2 økes med om lag 1 mrd. Alternativt må driftskredittrammen økes. Det er å foretrekke da lange lån har 1 % høyere rente.

Inntekter fra salg av eiendom er lagt inn som forutsetning for investeringer med 501 mill kroner i perioden 2019-2023, hvor av om lag 400 mill. kroner til å finansiere RSA etappe 2. Dette er eiendommer på Sogn og Dikemark. I perioden 2025-2030 er det forutsatt salg av eiendom som ikke lenger benyttes når det langsiktige målbildet realiseres. Salgene er forutsatt benyttet som finansiering av investeringer i eksisterende bygg som skal videreføre og nye bygg på Gaustad og Aker. Det er risiko for at budsjettet salg og fremdrift i investeringer tar lenger tid en forventet.

## 7. Nødvendig resultatnivå i Oslo universitetssykehus HF

Oslo universitetssykehus HF er i en situasjon hvor det driftes i gammel bygningsmasse, gjennomsnittlig levetid på medisinsk teknisk utstyr er lang og behov for samkjørte IKT-systemer er stort. Dette fremtvinger et behov for økt investeringsnivå både på kort og lang sikt. Det var ved forrige rullering av ØLP 2018 – 2021(37) forutsatt et resultat eksklusive eiendomssalg med overskudd i 2018 på 300 mill kroner, 350 mill kroner i 2019, 400 mill kroner i 2020 og 400 mill kroner i 2021. Det fremgår av saken at:

*Det understrekes at det er stor usikkerhet knyttet til gjennomføringen av resultatkravene i langtidsplanperioden. Fra resultat første kvartal 2017 innebærer kravene til resultatforbedring en effektivisering i klinikkene på i gjennomsnitt 2-3 pst for hvert år i planperioden. Det understrekes også at det for 2018 budsjettet er en betydelig usikkerhet i budsjetteringen av DRG- og polikliniske inntekter. Det er varslet omlegginger innen begge finansieringsystemene der det er en betydelig risiko for negative konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF. Endringer på dette området kan isolert sett medføre at resultatkravet for Oslo universitetssykehus må vurderes for 2018 og kommende år.*

Som beskrevet i saken er inntektsutviklingen og økte kostnader årsaker som gjør det meget vanskelig å realisere den resultatutviklingen som ble lagt ved forrige rullering av ØLP 2018 – 2021(37). Resultatutvikling første kvartal viser at det også er en betydelig resultatrisiko knyttet til 2018, her både knyttet til inntektene(ISF) og kostnader(lønn). Ideelt sett burde foretakets overskudd vært i størrelsesorden 400 – 600 mill. kroner i kommende planperiode 2019 – 2022. Dette er på nivå med Helse Sør-Øst sitt fastsatte målbilde på et resultatnivå på om lag 2,5 % av foretakets samlede driftsinntekter.

## 8. Kravet til styrebehandling

Styret behandler økonomisk langtidsplan i ekstraordinært styremøte 15. mai 2018. Oppdaterte resultat og investeringsnivå, samt kommentarer sendes etter endelig styrebehandling.

## 9. Vedlegg

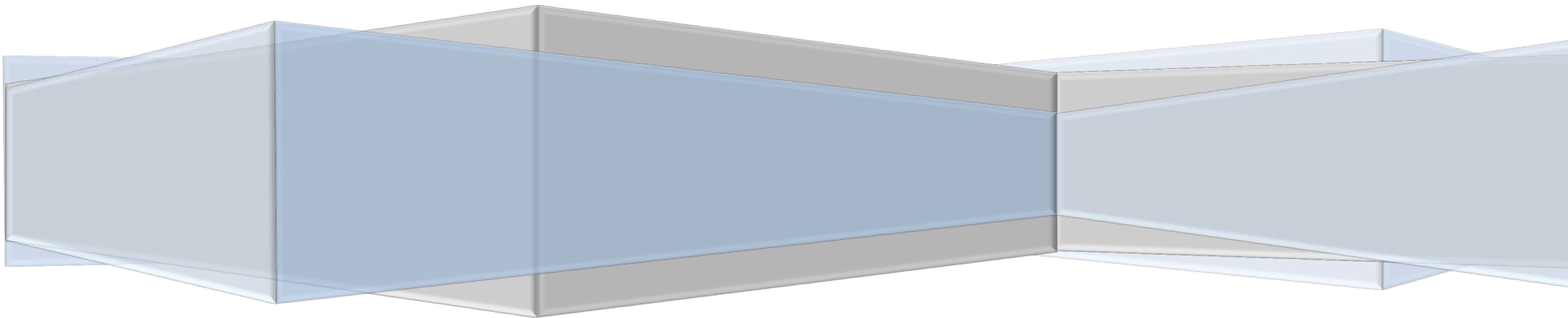


Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) <i>(mill kroner)</i>		ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021	ØLP 2022	ØLP 2023	ØLP 2024	ØLP 2025	ØLP 2026	ØLP 2027	ØLP 2028	ØLP 2029	ØLP 2030	ØLP 2031	ØLP 2032	ØLP 2033	ØLP 2034	ØLP 2035	ØLP 2036	ØLP 2037	ØLP 2038	Summer (2019- 2038)	
Gaustad (samling av traume og regionale funksjoner)	MTU	0	0	0	0	0	0	0	492	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	492	
	Bygg (nye)	0	0	0	0	0	0	0	9 293	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9 293	
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	9 785	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9 785	
Aker - etappe 1 (lokal- og områdefunksjoner)	MTU	0	0	0	0	0	0	0	702	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	702	
	Bygg (videreføres og nye)	0	0	0	0	0	0	0	10 082	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10 082	
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	10 784	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10 784	
Aker - etappe 2 (lokal- og områdefunksjoner)	MTU	0	0	0	0	0	0	0	5	24	39	35	5	0	0	0	0	0	0	0	0	108	
	Bygg (videreføres og nye)	0	0	0	0	0	0	0	47	238	392	365	79	0	0	0	0	0	0	0	0	1 121	
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SUM	0	0	0	0	0	0	0	52	262	431	400	84	0	0	0	0	0	0	0	0	1 229	
Målbildet etappe 2	MTU	0	0	0	0	0	0	9	22	88	175	175	201	195	137	0	0	0	0	0	0	1 002	
	Bygg (nye)	0	0	0	0	0	0	103	245	988	1 963	1 965	2 262	2 221	1 889	0	0	0	0	0	0	11 637	
	Annet	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	SUM	0	0	0	0	0	0	112	267	1 076	2 138	2 140	2 464	2 416	2 027	0	0	0	0	0	0	12 639	
TOTALT	MTU	450	450	450	1 475	356	350	384	1 646	412	564	585	631	570	537	350	380	400	425	450	450	11 315	
	Bygg (videreføres og nye)	483	350	495	5 769	431	467	844	20 348	1 643	2 755	2 565	2 519	2 403	2 051	187	216	226	236	242	242	44 471	
	Bygg (fraflyttes)	255	204	209	113	93	73	73	63	63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 146	
	Annet	80	80	80	102	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	1 622
	Egenkapital pensjon	65	73	82	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	92	1 784
	IKT	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	700
	SUM	1 368	1 192	1 351	7 586	1 087	1 097	1 509	22 263	2 325	3 526	3 357	3 357	3 180	2 795	744	803	833	868	899	899	61 038	





# Oslo universitetssykehus





# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

---

### **SAK 30/2018 VALG AV NY STYRELEDER I KREFTREGISTERET**

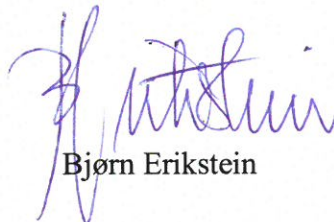
Nåværende styreleder i Kreftregisteret, viseadministrerende direktør Lisbeth Sommervoll, har skiftet arbeidsgiver, og har meldt at hun trer ut av styret i Kreftregisteret. Det foreslås at fagdirektør Kjell Magne Tveit velges som ny styreleder.

Det nåværende styret ved Kreftregisteret ble oppnevnt av styret for Oslo universitetssykehus i møte den 15. desember 2015. Styret ble valgt for perioden 1. januar 2018 til 31. desember 2019.

### **Forslag til vedtak:**

*Styret i Oslo universitetssykehus HF velger Kjell Magne Tveit som leder i styret for Kreftregistertet, med funksjonstid fra 25. april 2018 til 31. desember 2019.*

Oslo, den 18. april 2018



Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2018

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg: HMS årsrapport 2017

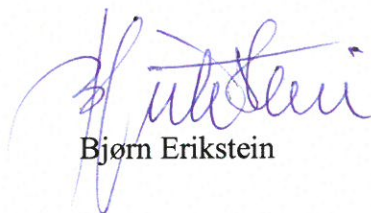
---

**SAK 31/2018 RAPPORT OM HELSE, MILJØ OG SIKKERHET 2017**

### Forslag til vedtak:

*Styret tar redegjørelse om HMS årsrapport 2017 til orientering.*

Oslo, den 18. april 2018

  
Bjørn Erikstein

## 1. Sammendrag

Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende er Oslo universitetssykehus HF hovedoppgaver. I sitt arbeid med dette skal ansatte ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø når det gjelder fysiske og psykiske faktorer.

Et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt er en forutsetning for god pasientbehandling i en travelt hverdag. Oslo universitetssykehus HF sin målsetning er at arbeidssituasjonen til den enkelte skal være meningsfylt og helsefremmende. Oslo universitetssykehus skal være en arbeidsplass som ansatte er stolt av og hvor de trives å jobbe.

Arbeidsmiljøet påvirkes av omgivelsene og menneskene i samspill. Helseforetaket har ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø i samarbeid med de ansatte og har tro på at et godt arbeidsmiljø gir god pasient behandling.

Oslo universitetssykehus HF har følgende primære satsingsområder innen HMS området i 2018:

- Organisatorisk arbeidsmiljø
- Etablering av miljøledelsessystem
- Ytringsklima, åpenhetskultur og nulltoleranse for trakassering
- HMS-systemer og medvirkning i byggeprosjekter
- Forebygging av muskel- og skjelettplager
- Arbeid mot multiresistente bakterier

## 2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

På grunnlag av innsamlede data og vurderinger gjort av klinikkene og Arbeidsmiljøavdelingen, samt oppdragsdokument med føringer fra Helse Sør-Øst, legges det opp til følgende satsingsområder innen HMS-området for Oslo universitetssykehus HF i 2018:

### Organisatorisk arbeidsmiljø

HMS i sykehus handler om mange faktorer, også organisatorisk arbeidsmiljø. Når arbeidspresset er høyt kan dette fort resultere i negativt stress, konflikter, pasienthendelser og sykmeldinger. Samtidig er strukturelle faktorer som medvirkningsarenaer, møtестruktur, opplæring, arbeidsprosesser bemanningsstyring, daglig styring, og risikokontroll helt avgjørende for opplevelsen og håndteringen av arbeidspresset. Foretaket har mange enkeltteksempler på god styring og ledelse for å dempe negativt stress, men har fremdeles en vei å gå for å løfte dette området til en jevnt god standard. De nevnte strukturelle faktorene har dessuten i stor grad vært diskutert med pasientsikkerhet som kontekst. Her ses et område der pasientsikkerhet og HMS har klare avhengigheter og synergier. Det handler i like stor grad om både ansattes og pasienters helse og sikkerhet – og om at disse påvirker hverandre.

### Etablering av miljøledelsessystem

Norske myndigheter ønsker at alle helseforetak i landet drives mer miljøvennlig fordi moderne sykehusdrift fører til miljøutslipp. Foretakets virksomhet er omfattende og påvirker miljø og klima gjennom forbruk av varer og utstyr, transport, byggeaktivitet, drift av bygg, håndtering av legemidler og kjemikalier. For å gjøre sykehusene mer miljøvennlige har Helse- og omsorgsdepartementet satt krav til miljøsertifisering. Oslo universitetssykehus HF har mål om å innføre miljøledelsessystemet ISO 14001 og å bli miljøsertifisert innen utgangen av 2018.

### Ytringsklima, åpenhetskultur og nulltoleranse for trakassering

I kjølvannet av #metoo-kampanjen har det vært gjennomført spørreundersøkelser både i Oslo universitetssykehus HF og i andre helseforetak om seksuell trakassering. Mange oppgir at de selv har opplevd eller sett andre bli utsatt for seksuell trakassering, men samtidig er det nesten ikke meldt inn noen saker gjennom de offisielle varslingskanalene. Verbal trakassering forekommer også, og det er økende forståelse for sammenhengen mellom nedlatende kommunikasjon i et arbeidsmiljø og hvordan dette negativt påvirker både de ansatte og pasientarbeidet. Oslo universitetssykehus HF må fortsette arbeidet med å skape et trygt ytringsklima og åpenhetskultur slik at ansatte føler det som trygt å varsle om trakassering, og at det alle steder er et trakasseringsfritt og respektfullt arbeidsmiljø.

### HMS-systemer og medvirkning i byggeprosjekter

Det vil i 2018 planlegges for store ombygninger ved Radiumhospitalet spesielt, men planlegges også ved Aker sykehus og også på Gaustad. Dette vil føre til omfattende rokkeringer av arbeidsplasser for mange ansatte, og det må påses at de har et fullt forsvarlig fysisk og psykososialt arbeidsmiljø mens dette pågår. Ansatte må også i så stor som grad som mulig få muligheten til å medvirke i byggeprosjekter som vil påvirke dem. Ombyggingene vil kreve mye innleie av arbeidskraft og ha risikofylte arbeidsoppgaver. Oslo universitetssykehus HF må sikre at det er etablert et godt system for å håndtere mottak og styring av innleid arbeidskraft, og at risikovurderinger med risikoreducerende tiltak blir utført.

### Forebygging av muskel- og skjelettplager

Muskel-/skjelettplager er utbredt på sykehuset, og i følge tall fra NAV står de for 31 % av legemeldte fraværsdager for Oslo universitetssykehus HF i 2017. I følge lovverket skal arbeidsplassen innredes og utformes slik at arbeidstakere unngår uheldige fysiske belastninger. Gjennom tilrettelegging for gode arbeidsstillinger, variasjon samt redusere tungt og ensformig arbeid, kan muskel- og skjelettplager forebygges. I tillegg til å redusere de fysiske kravene i arbeidet er det økende oppmerksomhet i Oslo universitetssykehus HF og i lovverket, på å øke/bevare de ansattes fysiske kapasitet. Det er viktig å påvirke kulturen for hvordan man jobber fysisk gjennom en systematisk tilnærming, både på enhets- og klinikknivå.

### Arbeid mot multiresistente bakterier

Forekomsten av resistente bakterier blant sykehusets pasienter øker år for år. Dette er en økende risiko i sykehuset for både pasienter og ansatte. For ansatte er det særlig MRSA som gir konsekvenser, fordi helsepersonell med MRSA ikke kan ha pasientkontakt. Ved påvist MRSA hos helsearbeider involverer dette ofte familiemedlemmer, og dermed screening og eventuell sanering, av flere personer. I 2017 ble det meldt inn mange HMS-avvik om at manglende smittermerking har ført til flere tilfeller hvor ikke ansatte har visst hva pasientene bærer av smitte. Oslo universitetssykehus HF må sikre at alle klinikkene har etablerte systemer for å redusere risiko for smitte av ansatte og pasienter.

## 3. Faktabeskrivelse

Det ble i 2017 ikke gjennomført medarbeiderundersøkelse (MU) eller HMS-runder grunnet flytting av dato for gjennomføring fra høst til vår. Skadetall for 2017 var omtrentlig samme som tidligere år. Det er som tidligere år fallskader, vold, og skader som oppstår i forbindelse med løft/forflytning av pasienter som er de største skadekategoriene. Innmelding av HMS-avvik har økt betydelig fra fjoråret. Bemanning/arbeidspress er den kategorien det er registrert flest saker på.

Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet er omfattende med et stort forbruk av ressurser og utslipp av klimagasser. Sykehusdriften genererer også betydelige mengder avfall, hvor restavfall, smitteavfall og papiravfall utgjorde de største avfallsfraksjonene i 2017. Foretaket har siden høsten 2017 arbeidet målrettet med å innføre miljøledelse i henhold til standarden ISO 14001:2015 og skal etter planen gjennomføre hovedrevisjon høsten 2018.

Sykefraværstallet for Oslo universitetssykehus HF i 2017 var 7,29 %, en marginal endring fra 2016. Utviklingen gjennom året viste tilsvarende sesongvariasjoner som tidligere år. Sykehuset har en betydelig andel kvinnelige ansatte i fertil alder, og det er om lag 600 ansatte som er gravide til enhver tid. Denne gruppen har et høyere sykefravær enn andre, og mange har behov for rådgivning for tilrettelegging, noe de får gjennom bedriftsjordmortilbudet.

Oslo universitetssykehus HF sitt system for forebygging og oppfølging av ansatte med rus- og avhengighetsproblemer er Akan. Sykehuset har ved årets utgang 20 aktive Akan-avtaler, men det antas at det er mørketall av saker der ansatte sliter med et rus- og avhengighetsforhold.

Vold og trusler er en stor HMS-utfordring, og er som tidligere år en av de største kategoriene for registrerte skader og HMS-avvik. Klinikkene har planlagt flere tiltak fremover for å bedre situasjonen med vold og trusler.

Sentralt Arbeidsmiljøutvalg hadde i året som gikk 9 møter og behandlet 50 saker. HMS-utvalget hadde 4 møter og behandlet 27 saker.

Muskel- og skjelettplager utgjør den største årsaken til tapte dagsverk for Oslo universitetssykehus HF og det vil derfor være fordelaktig å jobbe forebyggende. Det er viktig å påvirke arbeidskulturen gjennom en systematisk tilnærming, både på enhets- og klinikknivå. Interne ressurspersoner, som f.eks. forflytningsveiledere, er viktige bidragsytere for å forankre kunnskap og tilpasse den til arbeidets art. I tillegg til å redusere de fysiske kravene i arbeidet gjennom ergonomisk tilrettelegging og bruk av hjelpemidler, er det et økende fokus på å fremme de ansattes fysiske kapasitet. Egne helsemotivatorkurs er startet opp for å ivareta dette behovet.

Plassforhold og egnethet er et stort og varierende problem i foretaket som videre kan påvirke det fysiske arbeidsmiljøet og begrense muligheten for å innta gode arbeidsstillinger.

Det er flere utfordringer med hensyn til luftkvalitet i inneluften i flere av sykehusets arealer. Gammelt og utdatert ventilasjonsanlegg, bruksendring av arealer og fortetting er årsakene til forhøyet karbondioksidnivå og lufttemperatur. Dårlig orden og renhold er ofte en medvirkende årsak.

Det forekommer sjeldent helseskadelig støy og utfordringer gjelder hovedsakelig støy som forstyrrer arbeidet og til dels hindrer kommunikasjon. Der hvor støy forekommer har det hovedsakelig sammenheng med aktivitet i kontorlandskaper, støy fra utstyr og byggearbeider. Derfor bør det rettes oppmerksomhet mot støy i anbudsprosesser, støyskjerming og dialog med berørte ved byggearbeider.

Belysning oppleves ikke som noen stor utfordring. Det er gjort endel tiltak for å bedre lysforholdene enkelte steder, samt at utbedring av lysforhold har vært gjort i forbindelse med flyttinger og ombygginger.

Klinikkenes vurdering av egen status innen kjemisk arbeidsmiljø viser stort sett det samme eller en bedring fra 2016 til 2017. Flere av klinikkene har oppnevnt kjemikaliekontakter og jobbet med stoffkartoteket. Det gjenstår likevel en del arbeid med å registrere sikkerhetsdatablader og utføre risiko- og substitusjonsvurderinger.

Klinikkene melder om økt forekomst av resistente bakterier ved sykehuset som et voksende problem innen smittevern. Kommunikasjon og rutiner i tilknytning til smittpasienter er en stor utfordring. Det er fare for smittespredning mellom seksjoner til pasienter, og til ansatte. Det bør utarbeides bedre rutiner i alle ledd i denne sammenheng. Det ble i 2017 arbeidet med å gi informasjon til alle i Oslo universitetssykehus HF om at det er nye krav til risikovurdering av hvorvidt det er behov for å benytte utstyr med sikkerhetsmessige beskyttelsesmekanismer eller ikke. Endringen stiller krav om at alle avdelinger skal risikovurdere all bruk av gjenstander som kan skjære/stikke og forårsake skader og /eller infeksjoner fra biologiske faktorer. Det er opprettet et nettverk av lokale ressurspersoner for stikkskader.

Tall for 2017 viser at svært få ansatte har persondosimeteravlesninger opp mot grenseverdiene fra Statens strålevern. Den effektive helkropps-dosen hos disse ligger godt innenfor anbefalt verdi. En viss strålebelastning må forventes blant ansatte som bruker strålegivende utstyr i sitt arbeid. Klinikkk for radiologi og nukleærmedisin er spesielt belastet i så måte, og man vil her fortsette å ha fokus på strålereduserende tiltak.

Brannvernseksjonens oppfatning er at enkelte klinikker ikke prioriterer øvelse- og opplæringsbehov. Antall utløste brannalarmer i 2017 var 195, som er en liten økning fra 2016. Dette er forstyrrende for driften. Det var totalt 7 branntilløp ved foretaket, og det meste skyldtes feil på elektrisk utstyr eller feil bruk av elektrisk utstyr.

Oslo universitetssykehus HF har totalt 46.000 enheter medisinsk-teknisk utstyr, og utstyrsparken øker årlig med ca. 2 %. Gjennomsnittsalderen er 11,36 år og vektet på innkjøpskostnad er gjennomsnittsalder på 8,96 år. I 2017 ble det anskaffet nytt medisinsk-teknisk utstyr for 410 millioner NOK, og det utføres jevnlig service og vedlikehold i henhold til pålagte lovkrav.

Ytringsklima og kulturbygging var et av de anbefalte satsningsområdene i HMS-rapporten 2016. Det partssammensatte koordinerende utvalget leverte en handlingsplan til sentralt AMU ved slutten av 2017. Tiltak inkluderer å vurdere opprettelse av et partssammensatt varslingsutvalg, nedsette en gruppe for å revidere prosedyreverket om varsling og avvik, opplæring i varsling via ulike metoder, f.eks. e-læring, lederoppfølging i form av lederkontrakter på alle nivåer, revisjon av ansettelses- og rekrutteringsprosedyrer til lederstillinger, og metoder for kulturutvikling. Kulturkonsulentene i klinikkene sammen med Arbeidsmiljøavdelingen bidrar i dette kulturarbeidet.

Å skape en lærende organisasjon er et viktig perspektiv når det gjelder pasientsikkerhet, og de ansattes opplevelse av arbeidsmiljøet. Et av kjennetegnene er felles erfaringslæring. I klinikkenes beskrivelser av sine utfordringer og tiltak er ikke dette aspektet ved læring spesielt vektlagt. Felles tverrfaglig erfaringslæring og korrigerende krever stor grad av psykologisk trygghet. Det innebærer et inkluderende miljø der alle stemmer blir hørt, at det oppleves som trygt å bidra med synspunkter og kritikk, og at det er reell medvirkning.

Medvirkning har vært et av områdene i tidligere medarbeiderundersøkelser med lavest skår. I tillegg til å være et krav i Arbeidsmiljøloven, er medvirkning viktig både i et kontinuerlig forbedrings- og pasientsikkerhetsperspektiv, og når det gjelder de ansattes opplevelse av arbeidssituasjonen som negativt stressende. Nesten halvparten av



klinikkene har medvirkning på listen over sine fem største arbeidsmiljøutfordringer, så dette er et område flere ønsker å bli bedre på.

For en kompleks virksomhet som Oslo universitetssykehus HF der mange yrkesgrupper med ulik kompetanse må samhandle, er samarbeid av stor betydning for pasientsikkerhet og hvordan de ansatte opplever sin arbeidssituasjon. Medarbeiderundersøkelsen har gjennom mange år vist at det stort sett er godt samarbeid innad i egen arbeidsgruppe. Det er imidlertid utfordringer når det gjelder samarbeid på tvers. Det rapporteres også om forstyrrende konflikter i flere miljøer. Omtrent en tredjedel av klinikkene påpeker at kommunikasjon og samhandling mellom forskjellige profesjoner, enheter, seksjoner, avdelinger og klinikker kan bli bedre.

Klinikkenes egenvurdering på temaet mobbing og trakassering er omtrent lik for 2017 som for 2016. Mange klinikker rapporterer imidlertid at de i 2017 satte temaet på dagsordenen ved ulike anledninger, i ulike fora og på ulike nivå i organisasjonen. Flere klinikker trekker fram behovet for økt kunnskap om mobbing og trakassering, varsling og varslingsrutiner, og temaet er også satt høyt på dagsorden fra sykehusets ledelse. Flere tiltak er nå igangsatt for å forebygge og håndtere mobbing og trakassering generelt, og seksuell trakassering spesielt.

Negativt stress er en utfordring for ansatte i Oslo universitetssykehus HF. Opplevelsen av høye krav og stort arbeidspress i sammenheng med uforutsigbarhet beskrives som sentrale problemstillinger. Arbeidsbelastning, egenkontroll og medvirkning er de tre områdene som har lavest skår på tidligere medarbeiderundersøkelser, og alle er faktorer som påvirker opplevelsen av negativt stress. Det er en rekke psykososiale og organisatoriske faktorer som kan tas tak i for å påvirke og dempe opplevelsen av negativt stress: fokus på gode kollegiale relasjoner, anerkjennelse, stressmestringsteknikker, prioriteringer, arbeidsprosessforbedringer, bemanningsstyring og ikke minst, opplevelsen av egenkontroll/autonomi.



## Sammendrag

OUS har som målsetning at arbeidssituasjonen til den enkelte skal være meningsfylt og helsefremmende. Ansatte skal ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø når det gjelder fysiske og psykiske faktorer.

Det ble i 2017 ikke gjennomført medarbeiderundersøkelse og HMS-runde grunnet flytting av dato for gjennomføring fra høst til vår. Innmelding av HMS-avvik har økt betydelig fra fjoråret, og bemanning/arbeidspress er den kategorien det er registrert flest saker på. Skadetall for 2017 var omtrentlig samme som tidligere år. Det er som tidligere år fallskader, vold, og skader som oppstår i forbindelse med løft/forflytning av pasienter som er de største innregistrerte skadekategoriene.

OUS sin virksomhet er omfattende med et stort forbruk av ressurser og utslipp av klimagasser. Sykehusdriften genererer også betydelige mengder avfall, hvor restavfall, smitteavfall og papiravfall utgjorde de største avfallsfraksjonene i 2017. OUS har siden høsten 2017 arbeidet målrettet med å innføre miljøledelse i henhold til standarden ISO 14001:2015 og skal etter planen gjennomføre hovedrevisjon høsten 2018.

Sykefraværet for OUS i 2017 var 7,29 %, en marginal endring fra 2016. Utviklingen gjennom året viste tilsvarende sesongvariasjoner som tidligere år. Sykehuset har en betydelig andel kvinnelige ansatte i fertil alder, og det er om lag 600 ansatte som er gravide til enhver tid. Denne gruppen har et høyere sykefravær enn andre, og mange har behov for rådgivning for tilrettelegging, noe de får gjennom bedriftsjordmottilbudet.

OUS sitt system for forebygging og oppfølging av ansatte med rus- og avhengighetsproblemer er Akan. Sykehuset har ved årets utgang 20 aktive Akan-avtaler, men det antas at det er mørketall av saker der ansatte sliter med et rus- og avhengighetsforhold.

Vold og trusler er en stor HMS-utfordring, og er som tidligere år en av de største kategoriene for registrerte skader og HMS-avvik. Klinikken har planlagt flere tiltak fremover for å bedre situasjonen med vold og trusler.

Sentralt Arbeidsmiljøutvalg i OUS hadde i 2017 9 møter og behandlet 50 saker. HMS-utvalget hadde 4 møter og behandlet 27 saker.

Muskel- og skjelettplager utgjør den største årsaken til tapte dagsverk for OUS, og det vil derfor være fordelaktig å jobbe forebyggende. Det er viktig å påvirke arbeidskulturen gjennom en systematisk tilnærming, både på enhets- og klinikknivå. Interne ressurspersoner, som f.eks. forflytningsveiledere, er viktige bidragsytere for å forankre kunnskap og tilpasse den til arbeidets art. I tillegg til å redusere de fysiske kravene i arbeidet gjennom ergonomisk tilrettelegging og bruk av hjelpemidler, er det et økende fokus på å fremme de ansattes fysiske kapasitet. Egne helsemotivatorkurs er startet opp for å ivareta dette behovet.

Plassforhold og egnethet er et stort og varierende problem i OUS, som videre kan påvirke det fysiske arbeidsmiljøet og begrense muligheten for å innta gode arbeidsstillinger.

Det er utfordringer med hensyn til luftkvalitet i inneluften ved OUS. Gammelt og utdatert ventilasjonsanlegg, bruksendring av arealer og fortetting er årsakene til forhøyet karbondioksidnivå og lufttemperatur. Dårlig orden og renhold er ofte en medvirkende årsak.

Det forekommer sjeldent helseskadelig støy i OUS. Utfordringer gjelder hovedsakelig støy som forstyrrer arbeidet og til dels hindrer kommunikasjon. Der hvor støy forekommer har det hovedsakelig sammenheng med aktivitet i kontorlandskaper, støy fra utstyr og byggearbeider. Derfor bør det rettes oppmerksomhet mot støy i anbudsprosesser, støyskjerming og dialog med berørte ved byggearbeider.

Belysning oppleves ikke som noen stor utfordring i OUS. Det er gjort endel tiltak for å bedre lysforholdene enkelte steder, samt at utbedring av lysforhold har vært gjort i forbindelse med flyttinger og ombygginger.

Klinikkenes vurdering av egen status innen kjemisk arbeidsmiljø viser stort sett det samme eller en bedring fra 2016 til 2017. Flere av klinikkene har oppnevnt kjemikaliekontakter og jobbet med stoffkartoteket. Det gjenstår likevel en del arbeid med å registrere sikkerhetsdatablader og utføre risiko- og substitusjonsvurderinger.

Klinikkene melder om økt forekomst av resistente bakterier ved sykehuset som et voksende problem innen smittevern. Kommunikasjon og rutiner i tilknytning til smittepasienter er en stor utfordring. Det er fare for smittespredning mellom seksjoner til pasienter, og til ansatte. Det bør utarbeides bedre rutiner i alle ledd i denne sammenheng. Det ble i 2017 arbeidet med å gi informasjon til alle i OUS om at det er nye krav til risikovurdering av hvorvidt det er behov for å benytte utstyr med sikkerhetsmessige beskyttelsesmekanismer eller ikke. Endringen stiller krav om at alle avdelinger skal risikovurdere all bruk av gjenstander som kan skjære/stikke og forårsake skader og /eller infeksjoner fra biologiske faktorer. Det er opprettet et nettverk av lokale ressurspersoner for stikkskader.

Tall for 2017 viser at svært få ansatte har persondosimeteravlesninger opp mot grenseverdiene fra Statens strålevern. Den effektive helkroppsdosen hos disse ligger godt innenfor anbefalt verdi. En viss strålebelastning må forventes blant ansatte som bruker strålegivende utstyr i sitt arbeid. KRN er spesielt belastet i så måte, og man vil her fortsette å ha fokus på strålereduserende tiltak.

Brannvernseksjonens oppfatning er at enkelte klinikker ikke prioriterer øvelse- og opplæringsbehov. Antall utløste brannalarmer i 2017 var 195, som er en liten økning fra 2016. Dette er forstyrrende for driften. Det var totalt 7 branntilløp ved OUS, og det meste skyldtes feil på elektrisk utstyr eller feil bruk av elektrisk utstyr.

OUS har totalt 46.000 enheter medisinsk-teknisk utstyr, og utstyrsparken øker årlig med ca. 2 %. Gjennomsnittsalderen er 11,36 år og vektet på innkjøpskostnad er gjennomsnittsalder på 8,96 år. I 2017 ble det anskaffet nytt medisinsk-teknisk utstyr for 410 millioner NOK, og det utføres jevnlig service og vedlikehold i henhold til pålagte lovkrav.

Ytringsklima og kulturbygging var et av de anbefalte satsningsområdene i HMS-rapporten 2016. Det partssammensatte koordinerende utvalget leverte en handlingsplan til sentralt AMU ved slutten av 2017. Tiltak inkluderer å vurdere opprettelse av et partssammensatt varslingsutvalg, nedsette en gruppe for å revidere prosedyreverket om varsling og avvik, opplæring i varsling via ulike metoder, f.eks. e-læring, lederoppfølging i form av lederkontrakter på alle nivåer, revisjon av ansettelses- og rekrutteringsprosedyrer til lederstillinger, og metoder for kulturutvikling. Kulturkonsulentene i klinikkene sammen med Arbeidsmiljøavdelingen bidrar i dette kulturarbeidet.

Å skape en lærende organisasjon er et viktig perspektiv når det gjelder pasientsikkerhet, og de ansattes opplevelse av arbeidsmiljøet. Et av kjennetegnene er felles erfaringslæring. I klinikkens beskrivelser av sine utfordringer og tiltak er ikke dette aspektet ved læring spesielt vektlagt. Felles tverrfaglig erfaringslæring og korrigerende krever stor grad av psykologisk trygghet. Det innebærer et inkluderende miljø der alle stemmer blir hørt, at det oppleves som trygt å bidra med synspunkter og kritikk, og at det er reell medvirkning.

Medvirkning har vært et av områdene i tidligere medarbeiderundersøkelser med lavest skår. I tillegg til å være et krav i Arbeidsmiljøloven, er medvirkning viktig både i et kontinuerlig forbedrings- og pasientsikkerhetsperspektiv, og når det gjelder de ansattes opplevelse av arbeidssituasjonen som negativt stressende. Nesten halvparten av klinikkene har medvirkning på listen over sine fem største arbeidsmiljøutfordringer, så dette er et område flere ønsker å bli bedre på.

For en kompleks virksomhet som OUS der mange yrkesgrupper med ulik kompetanse må samhandle, er samarbeid av stor betydning for pasientsikkerhet og hvordan de ansatte opplever sin arbeidssituasjon. Medarbeiderundersøkelsen har gjennom mange år vist at det stort sett er godt samarbeid innad i egen arbeidsgruppe. Det er imidlertid utfordringer når det gjelder samarbeid på tvers. Det rapporteres også om forstyrrende konflikter i flere miljøer. Omtrent en tredjedel av klinikkene påpeker at kommunikasjon og samhandling mellom forskjellige profesjoner, enheter, seksjoner, avdelinger og klinikker kan bli bedre.

Klinikkenes egenvurdering på temaet mobbing og trakassering er omtrent lik for 2017 som for 2016. Mange klinikker rapporterer imidlertid at de i 2017 satte temaet på dagsordenen ved ulike anledninger, i ulike fora og på ulike nivå i organisasjonen. Flere klinikker trekker fram behovet for økt kunnskap om mobbing og trakassering, varsling og varslingsrutiner, og temaet er også satt høyt på dagsorden fra ledelsen i OUS. Flere tiltak er nå igangsatt for å forebygge og håndtere mobbing og trakassering generelt, og seksuell trakassering spesielt.

Negativt stress er en stor utfordring for ansatte i OUS. Opplevelsen av høye krav og stort arbeidspress i sammenheng med uforutsigbarhet beskrives som sentrale problemstillinger. Arbeidsbelastning, egenkontroll og medvirkning er de tre områdene som har lavest skår på tidligere medarbeiderundersøkelser, og alle er faktorer som påvirker opplevelsen av negativt stress. Det er en rekke psykososiale og organisatoriske faktorer som kan tas tak i for å påvirke og dempe opplevelsen av negativt stress: Fokus på gode kollegiale relasjoner, anerkjennelse, stressmestringsteknikker, prioriteringer, arbeidsprosessforbedringer, bemanningsstyring og ikke minst, opplevelsen av egenkontroll/autonomi.

## Anbefalte satsingsområder for 2018

Basert på innsamlede data samt vurderinger gjort av klinikkene og Arbeidsmiljøavdelingen, og oppdragsdokument med føringer fra Helse Sør-Øst, anbefales følgende satsingsområder for OUS for 2018:

### Organisatorisk arbeidsmiljø

HMS i sykehus handler om mange faktorer, også organisatorisk arbeidsmiljø. Når arbeidspresset er høyt kan dette fort resultere i negativt stress, konflikter, pasienthendelser og sykmeldinger. Samtidig er strukturelle faktorer som medvirkningsarenaer, møtестruktur, opplæring, arbeidsprosesser bemanningsstyring, daglig styring, og risikokontroll helt avgjørende for opplevelsen og håndteringen av arbeidspresset. OUS har mange enkeltksemppler på god styring og ledelse for å dempe negativt stress, men har fremdeles en vei å gå for å løfte dette området til en jevnt god standard. De nevnte strukturelle faktorene har dessuten i stor grad vært diskutert med pasientsikkerhet som kontekst. Her ses et område der pasientsikkerhet og HMS har klare avhengigheter og synergier. Det handler i like stor grad om både ansattes og pasienters helse og sikkerhet – og om at disse påvirker hverandre.

### Etablering av miljøledelsessystem

Norske myndigheter ønsker at alle helseforetakene i landet drives mer miljøvennlig fordi moderne sykehusdrift fører til betydelige miljøutslipp. OUS sin virksomhet er omfattende og påvirker miljø og klima gjennom forbruk av varer og utstyr, transport, byggeaktivitet, drift av bygg, håndtering av legemidler og kjemikalier. Bruk av miljøledelsessystemet ISO 14001 vil i følge helse- og omsorgsdepartementet gjøre sykehusene mer miljøvennlige. Departementet krever at sykehusene blir miljøsertifisert etter denne standarden, og de fleste andre sykehusene i landet har allerede oppfylt dette kravet. OUS er en viktig samfunnsaktør og må ta ansvar for påvirkning på ytre miljø, og derfor sørge for å bli miljøsertifisert innen utgangen av 2018.

### Ytringsklima, åpenhetskultur og nulltoleranse for trakassering

I kjølvannet av #metoo-kampanjen har det vært gjennomført spørreundersøkelser både i OUS og i andre helseforetak om seksuell trakassering. Mange oppgir at de selv har opplevd eller sett andre bli utsatt for seksuell trakassering, men samtidig er det nesten ikke meldt inn noen saker gjennom de offisielle varslingskanalene. Verbal trakassering forekommer også, og det er økende forståelse for hvordan eksempelvis nedlatende kommunikasjon i et arbeidsmiljø påvirker både de ansatte og pasientarbeidet. OUS må fortsette arbeidet med å skape et trygt ytringsklima og åpenhetskultur slik at ansatte føler det som trygt å varsle om trakassering, og at det alle steder er et trakasseringsfritt og respektfullt arbeidsmiljø.

### HMS-systemer og medvirkning i byggeprosjekter

Det vil i 2018 være store ombygninger ved Radiumhospitalet og Aker sykehus. Dette vil føre til omfattende rokkeringer av arbeidsplasser for mange ansatte, og det må påses at de har et fullt forsvarlig fysisk og psykososialt arbeidsmiljø mens dette pågår. Ansatte må også i så stor som grad som mulig få muligheten til å medvirke i byggeprosjekter som vil påvirke dem. Ombyggingene vil kreve mye innleie av arbeidskraft og ha risikofylte arbeidsoppgaver. OUS må sikre at det er etablert et godt system for å håndtere mottak og styring av innleid arbeidskraft, og at risikovurderinger med risikoreduserende tiltak blir utført.

### **Forebygging av muskel- og skjelettplager**

Muskel-/skjelettplager er utbredt på sykehuset, og i følge tall fra NAV står de for 31 % av legemeldte fraværsdager for OUS i 2017. I følge lovverket skal arbeidsplassen innredes og utformes slik at arbeidstakere unngår uheldige fysiske belastninger. Gjennom tilrettelegging for gode arbeidsstillinger, variasjon samt redusere tungt og ensformig arbeid, kan muskel- og skjelettplager forebygges. I tillegg til å redusere de fysiske kravene i arbeidet er det økende oppmerksomhet i OUS, og i lovverket, på å øke/bevare de ansattes fysiske kapasitet. Det er viktig å påvirke kulturen for hvordan man jobber fysisk gjennom en systematisk tilnærming, både på enhets- og klinikknivå.

### **Arbeid mot multiresistente bakterier**

Forekomsten av resistente bakterier blant sykehusets pasienter øker år for år. Dette er en økende risiko i sykehuset for både pasienter og ansatte. For ansatte er det særlig MRSA som gir konsekvenser, fordi helsepersonell med MRSA ikke kan ha pasientkontakt. Ved påvist MRSA hos helsearbeider involverer dette ofte familiemedlemmer, og dermed screening og eventuell sanering, av flere personer. I 2017 ble det meldt inn mange HMS-avvik om at manglende smittemerking har ført til flere tilfeller hvor ikke ansatte har visst hva pasientene bærer av smitte. OUS må sikre at alle klinikkene har etablerte systemer for å redusere risiko for smitte av ansatte og pasienter.

## Innhold

Innledning.....	8
1. Systematisk HMS .....	9
1.1. Systematisk HMS-arbeid .....	9
1.2. Ytre miljø.....	18
1.3. Smittevern.....	20
1.4. Inkluderende arbeidsliv .....	23
1.5. Gravid og trygg i jobb.....	25
1.6. Rus- og avhengighetsproblematikk .....	27
1.7. Vold og trusler .....	29
1.8. Sentralt AMU.....	32
1.9. HMS-utvalget .....	32
2. Fysisk arbeidsmiljø.....	33
2.1 Ergonomi og fysisk helse.....	33
2.2 Plassforhold .....	36
2.3 Luftkvalitet .....	38
2.4 Støy .....	40
2.5 Lysforhold.....	42
2.6 Kjemisk arbeidsmiljø.....	43
2.7 Strålevern .....	46
2.8 Brannvern .....	47
2.9 Medisinsk teknologi.....	50
3. Psykososialt arbeidsmiljø .....	52
3.1 Læring.....	54
3.2 Samarbeid .....	57
3.3 Negativt stress.....	60
3.4 Medvirkning .....	63
3.5 Mobbing og trakassering .....	66
3.6 Kultur.....	69
4. Klinikkenes HMS-årsrapporter for 2017.....	73
4.1 Akuttklinikken .....	76
4.2 Barne- og ungdomsklinikken.....	81
4.3 Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi .....	88
4.4 Hjerte-, lunge- og karklinikken.....	91
4.5 Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon .....	97
4.6 Klinikk for laboratoriemedisin .....	103
4.7 Kreftklinikken.....	113
4.8 Klinikk for radiologi og nukleærmedisin .....	119
4.9 Kvinneklinikken .....	125
4.10 Medisinsk klinikk .....	129
4.11 Nevroklinikken .....	132
4.12 Ortopedisk klinikk .....	136
4.13 Oslo sykehusservice.....	141
4.14 Klinikk for psykisk helse og avhengighet .....	147
4.15 Prehospital klinikk .....	150
4.16 Direktørens stab .....	156
5. Vedlegg .....	160
Vedlegg 1: Medlemmer i AMU og AU 2017.....	160
Vedlegg 2: Oversikt over klinikkforkortelsene .....	162



## Innledning

Denne årsrapporten skal gi innsikt i Oslo universitetssykehus HF (OUS) sitt arbeid og status innen helse, miljø og sikkerhet (HMS).

Hovedoppgavene til OUS er relatert til pasientbehandling, men det drives også forskning og utdanning. Ansatte skal i dette arbeidet ha et fullt forsvarlig arbeidsmiljø når det gjelder fysiske- og psykiske faktorer. OUS har som målsetning at arbeidssituasjonen til den enkelte skal være meningsfylt og helsefremmende.

Et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt er en forutsetning for god pasientbehandling i en travel hverdag. OUS skal være en arbeidsplass ansatte er stolt av og hvor de trives å jobbe. Arbeidsmiljøet påvirkes av omgivelsene og menneskene i samspill. Helseforetaket har ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø i samarbeid med de ansatte. OUS har tro på at et godt arbeidsmiljø gir god pasientbehandling. Arbeidet med de gjensidige avhengighetene mellom pasientsikkerhet og HMS har blitt videreført igjennom 2017.

Årsrapporten består av fire hovedkapitler:

Kapittel 1: Systematisk HMS

Kapittel 2: Fysisk arbeidsmiljø

Kapittel 3: Psykososialt arbeidsmiljø

Kapittel 4: Klinikkenes HMS-årsrapporter for 2017

# 1. Systematisk HMS

## 1.1. Systematisk HMS-arbeid

Systematisk HMS-arbeid er det arbeidet som gjøres for å sikre at aktiviteter kontinuerlig planlegges og utføres for å redusere risiko for, samt følge opp, skader på mennesker, miljø og materiell. Dette gjøres i form av kartlegging, risikovurdering, handlingsplaner og rutiner, og skal foregå på alle plan i virksomheten. Leder har ansvaret for å gjennomføre det systematiske HMS-arbeidet i nært samarbeid med verneombudet og øvrige ansatte.

Systematisk HMS-arbeid er hjemlet i Internkontrollforskriften. Det er krav om skriftlig dokumentasjon for:

- Fastsettelse av HMS-mål
- Oversikt over fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet innen HMS-området
- Kartlegging av farer og problemer og vurdere risikoforhold
- Utarbeidelse av handlingsplan
- Iverksettelse av tiltak for å redusere risiko

Arbeidsmiljøloven stiller krav om at det fysiske og psykososiale arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig.

To viktige verktøy i det systematiske arbeidet i OUS er Medarbeiderundersøkelsen (MU) og forbedringssystemet Achilles. Achilles har flere moduler, hvorav de mest essensielle for arbeidsmiljøet er modulene for HMS-avvik og HMS-runde.

### **Medarbeiderundersøkelsen (MU)/ForBedring**

MU var inntil 2017 en årlig arbeidsprosess for å kartlegge og forbedre det psykososiale arbeidsmiljøet til de ansatte. Fra og med 2018 endrer prosessen navn til ForBedring, og vil inkludere pasientsikkerhetskulturundersøkelse og HMS-grovkartlegging.

Gjennomføringen består av en anonym spørreundersøkelse som blir sendt ut til alle ansatte ved OUS (med visse unntak) på e-post. Etter mottatt rapport avholdes lokale tilbakemeldingsmøter med gjennomgang og diskusjon av resultatene. Ansattgruppen blir i det møtet enige om sine forbedrings- og bevaringsområder, og tiltak. Prinsippene om lokal handling og bred medvirkning er sentrale for OUS. Det er et mål at alle medarbeidere på alle nivå skal uttale seg under kartleggingen, delta/ha innflytelse på valg av forbedrings- og bevaringsområder, utarbeidelse og oppfølging av tiltak, samt være informert om gjennomføringen av tiltak.

I 2017 ble utviklingen av MU/ForBedring et nasjonalt samarbeid mellom helseregionene, og det ble besluttet å flytte gjennomføringen til våren istedenfor høsten. Som følge av denne flyttingen ble det i 2017 ikke gjennomført noen MU/ForBedring i OUS. Denne HMS-årsrapporten har derfor ikke det sedvanlige datagrunnlaget fra en medarbeiderundersøkelse. Tilbakemeldingsmøter var likevel obligatoriske å gjennomføre i 2017, der ansattegruppene diskuterte sine forbedrings- og bevaringsområder basert på undersøkelsen i 2016 og egne ønsker.

Gjennomføringen av ForBedring i 2018 starter i uke 9 med utsendelse av spørreundersøkelser, og innen uke 23 skal forbedrings- og bevaringsområder og tiltak være lagt inn i det nettbaserte verktøyet Achilles.

### HMS-runde

En HMS-runde er en befaring/kartlegging av verneområdet, hvor arbeidsmiljøforhold skal vurderes av leder i samarbeid med verneombud og innspill fra alle ansatte. Tiltak settes opp om nødvendig. Tiltakene utgjør verneområdets HMS-handlingsplan. Dette skal utføres en gang årlig i alle verneområder. I likhet med ForBedring, er bred involvering av de ansatte og lokale tiltak viktig. Ansatte i verneområdet må derfor bli godt informerte både i forkant av HMS-runden, slik at de kan komme med sine innspill, og i etterkant av runden, slik at de får vite resultatet av kartleggingen og oppsatte tiltak.

ForBedring vil fra 2018 ha noen spørsmål som går på det fysiske arbeidsmiljøet, og tilbakemeldingene på dette temaet kan og bør tas med til gjennomføringen av HMS-rundene. HMS-runder ble på bakgrunn av dette, og for å få gjennomføringen tidligere på året mht. budsjett, også flyttet til våren. Det var derfor ikke obligatorisk å gjennomføre HMS-runder i OUS i 2017, med unntak av de verneområdene som ikke gjennomførte rundene sine i 2016. Som følge av dette har ikke denne HMS-årsrapporten noen resultatdata for HMS-rundene.

HMS-rundene vil ha oppstart fra uke 16 i 2018. Da skal lederne ha mottatt resultatrapporter fra ForBedring. Det anbefales at tilbakemeldingsmøte avholdes før gjennomføring av HMS-runde, da det kan komme nyttige innspill fra de ansatte i dette møtet. Det er likevel ikke et krav. Fristen for gjennomført HMS-runde med oppsatte tiltak i Achilles er innen uke 19. Nytt i runden for 2018 er inkluderingen av noen spørsmål som går på det organisatoriske arbeidsmiljøet. Dette er et område som overlapper mellom HMS og kvalitet/pasientsikkerhet. For eksempel er god bemanningsstyring viktig både med tanke på de ansattes arbeidsmiljø og pasientenes behandling.

### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Systematisk HMS-arbeid	2017	AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
	2016	AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE

De fleste klinikkene vurderer sin status innen systematisk HMS-arbeid i 2017 lik statusen i 2016. AKU mener HMS-arbeidet i deres klinikk har blitt bedre da de har oppnådd høy grad av gjennomføring av kurs for ledere og verneombud, og at de fleste enhetene deres har evaluert HMS-handlingsplanen sin. NVR oppgir at flere avdelinger har mange tiltak i Achilles som årsak til bedre vurdering. OSS nedjusterer seg selv på bakgrunn av lav gjennomføringsgrad av tiltak fra HMS-rundene fra 2016 og færre ledere og verneombud som har gjennomført obligatorisk HMS-opplæring.

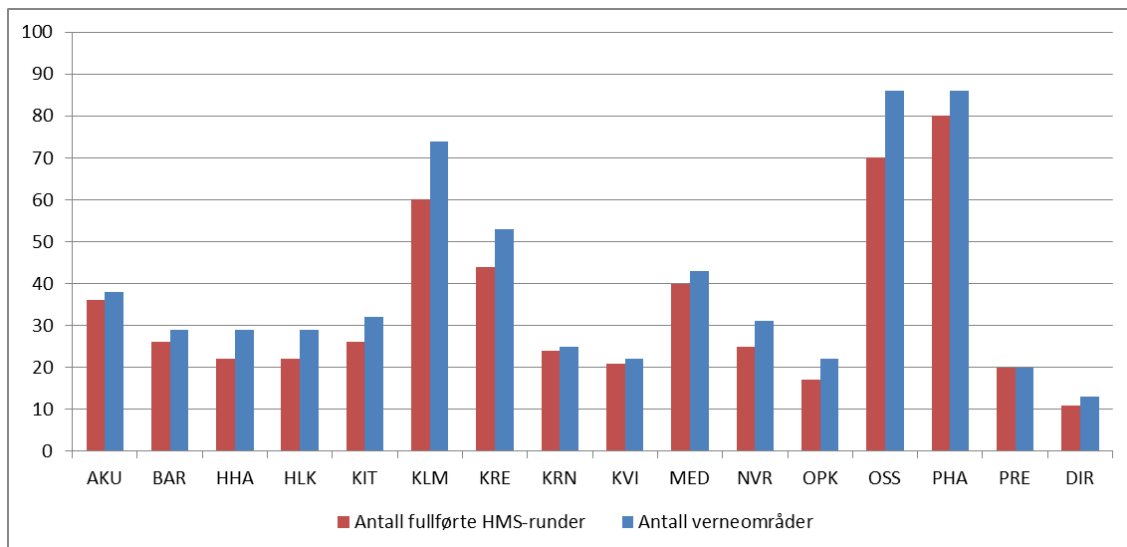
Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenrevisjoner:

- Varierende grad av involvering av de ansatte og vernetjenesten i HMS-arbeidet
- Få muligheter til å nå alle ansatte i møter for oppfølging av HMS-arbeidet
- Lav gjennomføringsgrad av tiltak fra HMS-rundene
- Flere personalområder som ikke har gjennomført tilbakemeldingsmøter for 2017
- Utfordring å få oversikt over nye rutiner og frister for HMS-arbeidet

- HMS-avvik som ikke blir behandlet kan føre til at ansatte slutter å melde inn flere
- Ledere som ikke er omfattet av Lederprogrammet får ikke noen HMS-opplæring

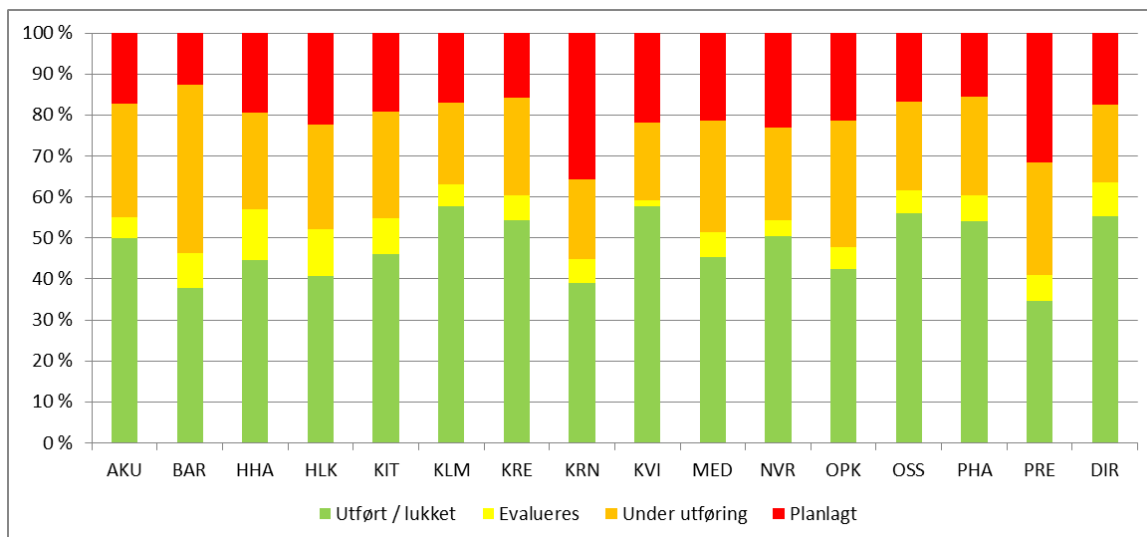
### Status for HMS-runder

Det var i 2017 ikke obligatorisk for verneområdene å gjennomføre HMS-runder, med unntak av de områdene som ikke gjennomførte runden for 2016. Ved slutten av 2016 hadde 76 % av verneområdene i OUS gjennomført HMS-runden. Ved slutten av 2017 økte dette tallet til 86 %. Dette er en klar bedring, men kravet er at 100 % av verneområdene skal ha gjennomført HMS-runden. En opprydding av doble/ubrukte HMS-rundeskjemaer i klinikkene vil muligens bringe gjennomføringsgraden litt høyere opp.



**Figur 1: Antall verneområder som har fullført HMS-runder sett mot antallet som skulle ha fullført dem**

Tiltakene som settes opp i HMS-rundene vil ha status «Planlagt» til å begynne med, før ansvarlig for tiltak setter det over i statusene «Under utføring», «Evalueres» og til slutt «Utført/lukket». Det kan være flere forklaringer til hvorfor tiltak fra 2016 fortsatt ikke er «Utført/lukket», som at noen tiltak krever tid for å få gjennomført. Det er likevel veldig mange tiltak som ser ut til å stå urørte. Totalt for OUS er 50 % av tiltakene (2825 av 5677) fra HMS-runden for 2016 «Utført/lukket». Figur 1 viser hva status på tiltakene er ved slutten av 2017, fordelt på klinikk.

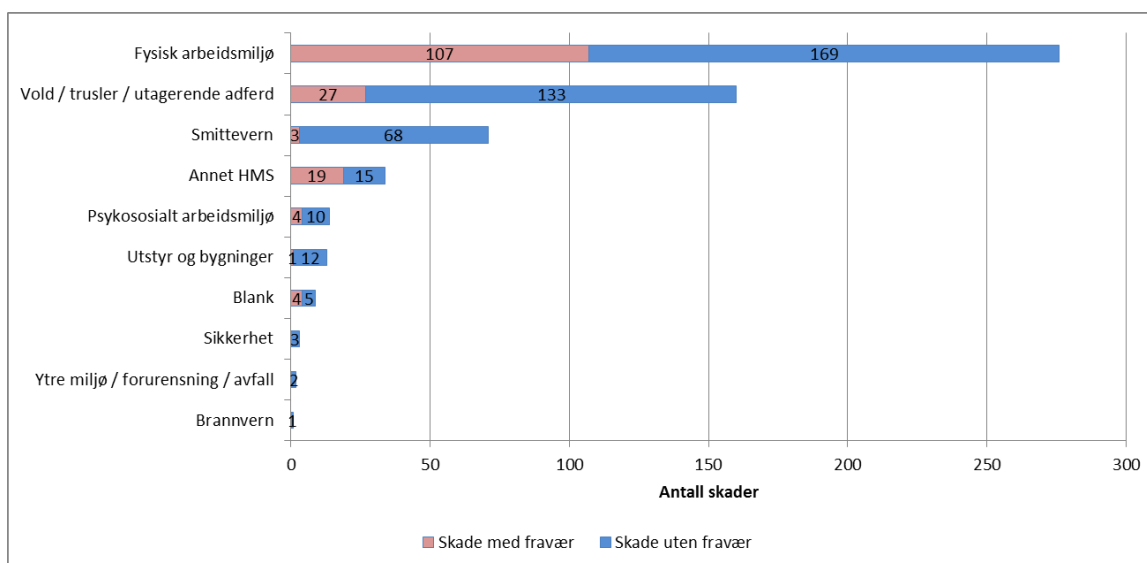


Figur 2: Status på tiltak satt opp i HMS-runder 2016/ 2017

### Skader i OUS i 2017

Det ble i 2017 registrert 583 skader i OUS, hvorav 165 av dem var fraværsskader (skader som gjør at en ikke kan jobbe neste dag/skift). I 2016 ble det meldt 551 skader, hvorav 181 var fraværsskader.

Som tidligere år er det registrert flest saker i de tre hovedkategoriene «Fysisk arbeidsmiljø», «Vold / trusler / utagerende adferd» og «Smittevern».



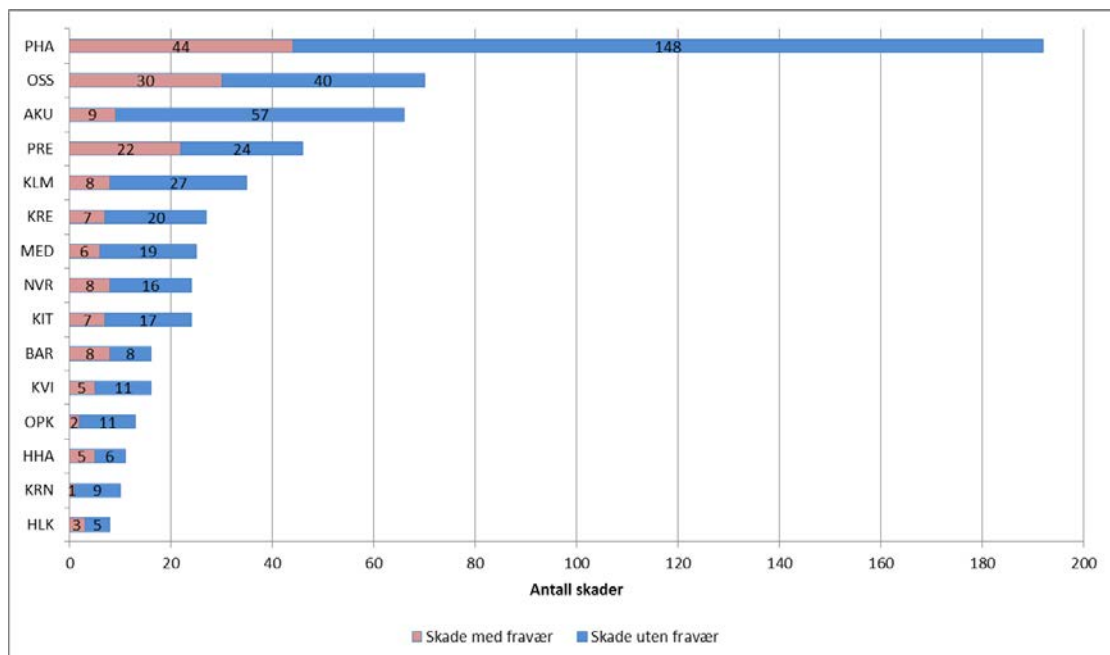
Figur 3: Antall skader registrert i Achilles i 2017, med og uten fravær

«Fysisk arbeidsmiljø» er den hovedkategorien det er registrert flest skader på, både med og uten fravær. I denne hovedkategorien er det to underkategorier som peker seg ut når det gjelder antall skader: «Fall, slag, støt, klemskade» og «Muskel-skjelett skade». De fleste skadene i den første underkategorien er i stor grad om fall; fall på glatt is i uteområdene til OUS og diverse fall i trapper og korridorer. Arbeidsmiljøavdelingen vil før neste vinter se nærmere om det er noen uteområder hvor det skjer spesielt mange fallskader, både av pasienter/pårørende og ansatte, for så å kommunisere

med rette instanser hvis det er spesifikke områder som peker seg ut. «Muskel-skjelett skade» er den andre underkategorien under «Fysisk arbeidsmiljø» som har mange registrerte skader. Det er mange forskjellige typer skader her, men noe som går igjen er skader som har oppstått i forbindelse med løft/forflytning av pasienter. Se eget kapittel om «Ergonomi og fysisk aktivitet» for mer om tematikken.

Som tidligere år er det i stor grad ansatte ved PHA som har opplevd skader som følge av «Vold / trusler / utagerende adferd». Skadene er spredd ut over mange av avdelingene til PHA. Se eget kapittel om «Vold og trusler» for mer om tematikken.

Til tross for mange skader relatert til smittevern, er de få som har medført fravær. De fleste skadene er stikkskader fra brukte sprøyter og annet utstyr. Selv om det er veldig få tilfeller av faktisk smitte på grunn av stikkskader, er det fortsatt en viktig tematikk å jobbe med, da det medfører mye usikkerhet til de som blir stukket, en del arbeid med administrasjon av stikkskadekonvolutter og testing, og ansatte som ikke kan jobbe mens de venter på prøveresultater. De tre sakene som medførte fravær er et utbrudd av Norovirus som smittet flere ansatte og pårørende, et tilfelle av MRSA-smitte i ambulansetjenesten, og en sak som medførte fravær først og fremst på grunn av et dypt kutt. Se eget kapittel om smittevern for mer om tematikken.



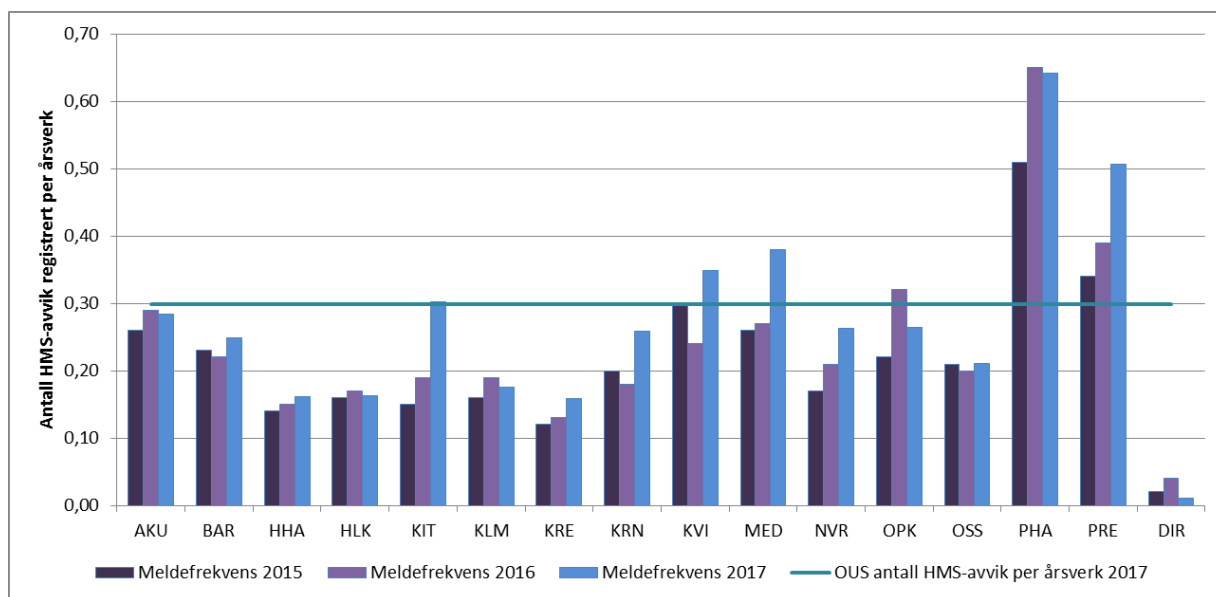
Figur 4: Antall skader registrert per klinikk i 2017, med og uten fravær

### HMS-avvik registrert i 2017

En viktig del av det systematiske HMS-arbeidet er å registrere uønskede hendelser/forhold og skader, analysere bakenforliggende årsaker og sette inn forbedringstiltak der det er nødvendig. HMS-avvik er i OUS definert som "Hendelser eller forhold som påvirker arbeidsmiljøet, ansattes helse eller ytre miljø negativt".

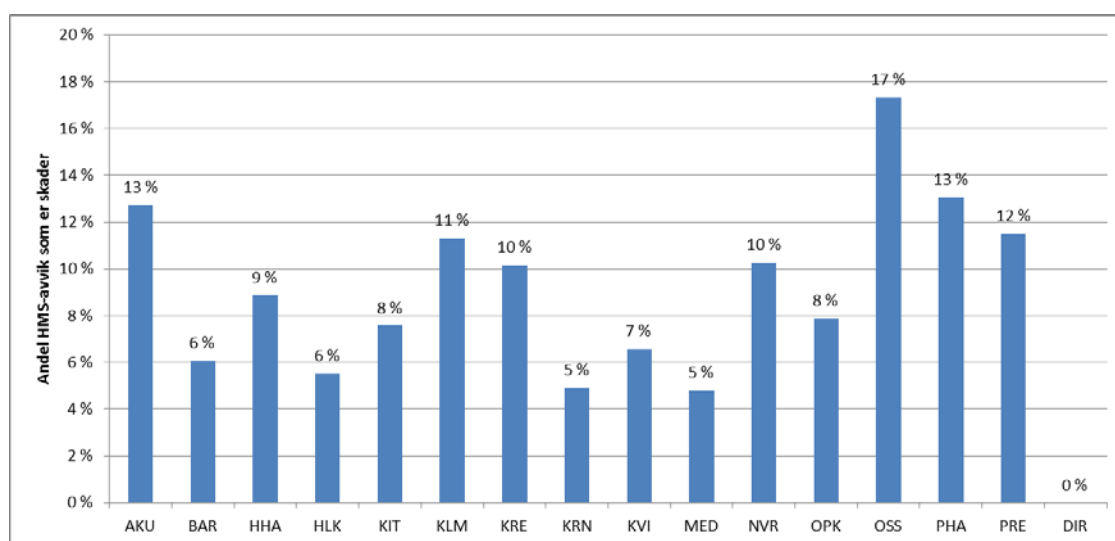
Det ble i 2017 meldt inn 5590 HMS-avvik av medarbeidere i OUS (hvorav 583 er skader), som tilsvarer 0,30 HMS-avvik per årsverk. Dette er en positiv utvikling fra tidligere år (2015: 4316 HMS-avvik, 0,24

per årsverk; 2016: 4923 HMS-avvik, 0,27 per årsverk). Gjennomsnittlig antall HMS-avvik per årsverk for helseforetakene i Helse Sør-Øst var i 2016 på 0,26.



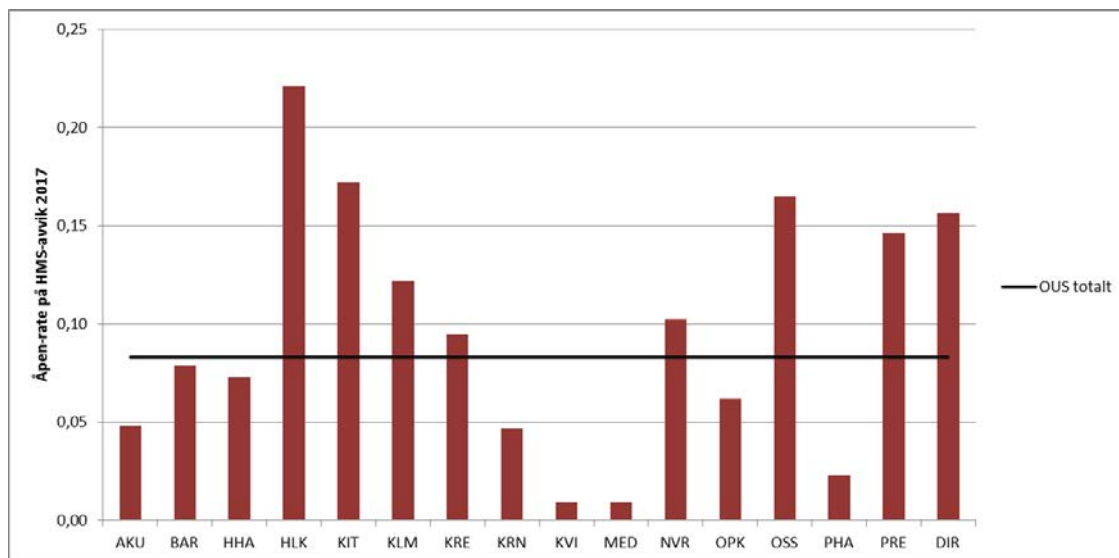
**Figur 5: Antall HMS-avvik registrert per årsverk av medarbeidere i klinikkene**

Som tidligere år er det ansatte ved PHA og PRE som melder inn flest HMS-avvik. For å si noe om en klinikk burde hatt flere registrerte HMS-avvik kan man ta utgangspunkt i teorien om skadepyramiden, som går på at det er en sammenheng mellom antall små uønskede hendelser som skjer og antall mer alvorlige hendelser. Eksempel: Om 1000 personer snubler er det større sannsynlighet for at flere blir skadet enn om bare 10 personer snubler. Man kan anta at på generell basis at hendelser med skader blir tatt mer alvorlig enn hendelser uten skader, og at det derfor er lavere terskel for å melde inn hendelser med skader. Figuren under viser hvor mange prosent av HMS-avvikene som omhandler skader per klinikk. Et lavt tall kan tyde på god meldekultur, det vil si at det meldes inn mange forebyggende saker i forhold til skader.



**Figur 6: Andel HMS-avvik som omfatter personskader**

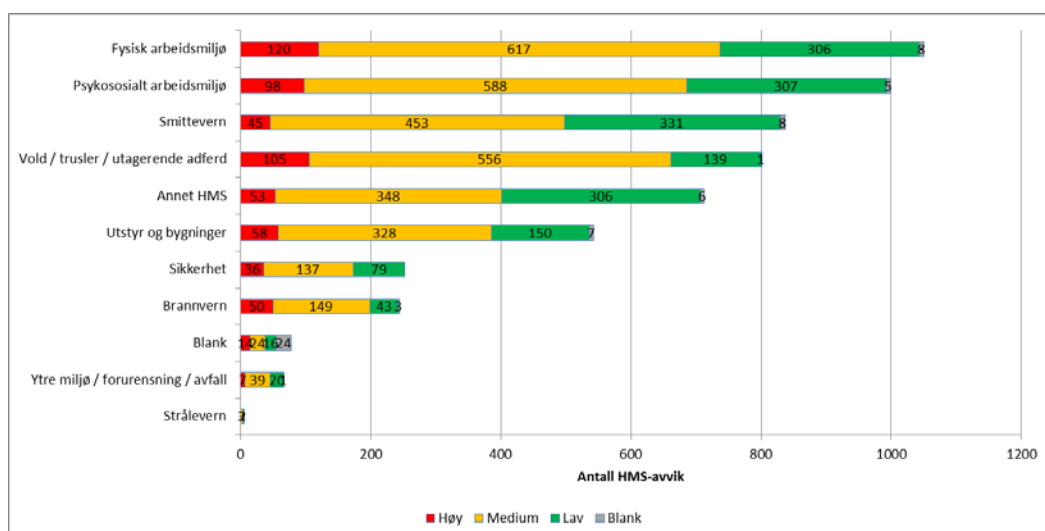
Det er viktig at HMS-avvik blir fulgt opp og behandlet av ledere som mottar dem. Oppfølging vil bedre forholdene og oppmuntre medarbeidere til økt registrering. Ved mars 2018 var 8 % av HMS-avvikene registrert i 2017 fortsatt åpne.



**Figur 7: Antall åpne HMS-avvik som klinikk er ansvarlig for å saksbehandle delt på totalt antall HMS-avvik som klinikk er ansvarlig for å saksbehandle. Kun HMS-avvik registrert i 2017 er med.**

HMS-avvikene i figuren over er plassert i de klinikkene som er satt som ansvarlige for å saksbehandle dem. Dette er ikke nødvendigvis samme klinikk som avvikene ble registrert i. Et lavt tall tyder på at klinikken aktivt jobber med lukking av HMS-avvik. Figuren viser ikke hvorvidt HMS-avvikene har blitt behandlet tilstrekkelig eller om de ble lukket uten behandling og iverksetting av tiltak. Figuren viser heller ikke åpne HMS-avvik fra 2016 og tidligere.

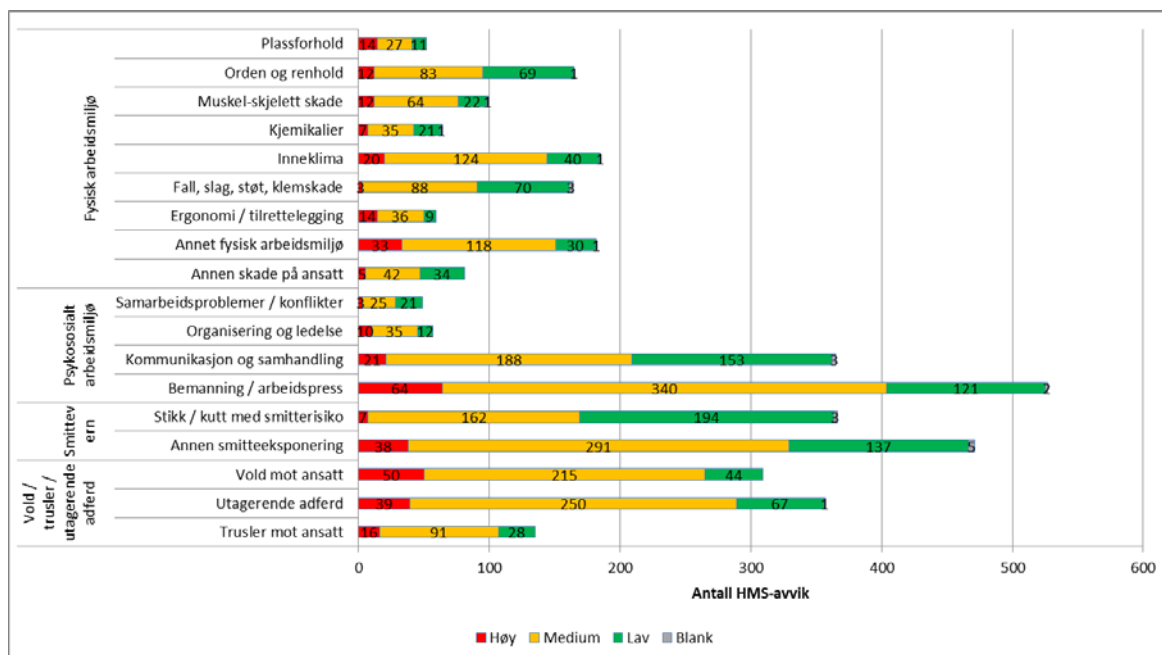
Det finnes 11 hovedkategorier av sakstyper innenfor HMS. Saksbehandler registrerer hvor hyppig hendelsen/forholdet kan gjenta seg og hva potensiell konsekvens kan være. Basert på dette vil det bli regnet ut et risikonivå (lav, medium eller høy). «Blank» betyr at saksbehandler ennå ikke har gjort en vurdering av risikonivå.



**Figur 8: HMS-avvik registrert i 2017, fordelt på hovedkategoriene i Achilles**



«Fysisk arbeidsmiljø» er som tidligere år den hovedkategorien det blir registrert flest saker på. «Vold / trusler / utagerende adferd» har tidligere vært den nest største hovedkategorien, men det har blitt registrert noen færre saker på dette, samtidig som det har kommet inn langt flere saker på «Psykososialt arbeidsmiljø» og «Smittevern».



Figur 9: De fire hovedkategoriene det er registrert flest HMS-avvik på i 2017 og deres underkategorier

PHA og AKU er de to klinikkene som har meldt inn flest HMS-avvik om «Fysisk arbeidsmiljø», etterfulgt av KRE og PRE. HMS-avvikene er spredt over de fleste underkategoriene, men det er spesielt «Inneklima» og «Fall, slag, støt, klemskade» som rapporteres om. KRE har også en del saker som går på «Kjemikalier». Se egne kapitler i «Fysisk arbeidsmiljø» for mer informasjon om disse temaene.

«Psykososialt arbeidsmiljø» er det PHA, MED, BAR, KVI og KIT som har meldt inn flest saker om. Det er flest saker på underkategorien «Bemanning/arbeidspress», men også en del på «Kommunikasjon og samhandling». Se egne kapitler om «Negativt stress» og «Medvirkning» for mer informasjon om disse temaene.

«Smittevern» er det AKU, KLM og MED som har flest registrerte saker på. I OUS er det spesielt stikkskader, manglende/ikke etterlevde smitteisoleringsrutiner, smittevask og manglende informasjon om smitte som er saker som går igjen. Se eget kapittel om «Smittevern» for mer informasjon om dette temaet.

PHA står for 83 % av de innmeldte HMS-avvikene om «Vold / trusler / utagerende adferd». Etter PHA kommer PRE, AKU, NVR, MED og OPK som har flere saker på dette temaet. Se eget kapittel om «Vold og trusler» for mer informasjon om dette temaet.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

For å bedre det systematiske HMS-arbeidet har klinikkene i sine HMS-årsrapporter (kapittel 4) kommet med flere forbedringstiltak som Arbeidsmiljøavdelingen støtter:

- Ledere påser at alle verneområder har et verneombud. Dette bør følges opp i klinikk-AMU. I HMS-runden 2018 vil alle verneområder svare på om de har et verneombud med opplæring eller ikke, og dette er data som klinikkene bør bruke videre.
- Oppfølging av klinikk-AMU, ledelse, HR og verneombud på de verneområdene som ikke har gjennomført HMS-runden innen fristen.
- Alle verneområder bør minst en gang i hvert tertial evaluere HMS-handlingsplanen sin, slik at tiltak ikke forblir urørte frem til HMS-runden året etter. I KVI og BAR arrangerer vernetjenesten årlig undervisning i arbeid med HMS-handlingsplan for verneombud, tillitsvalgte og ledere. KIT vil se på status i ledermøter minimum en gang i kvartalet om HMS-handlingsplan følges opp i avdelinger, seksjoner og enheter.
- Bedre meldekultur for HMS-avvik ved å gi opplæring til ledere og ansatte, og ved at ledere følger opp at HMS-avvik har rett saksbehandlere og blir behandlet. Enheter som har god meldekultur kan brukes som læringsarena i samlinger.
- Informere i linjen om at arbeidsmiljø saker som ikke kan løses på lokalt plan og/eller gjelder flere enheter/avdelinger kan meldes inn til klinikk-AMU.
- Regelmessige dialogmøter mellom klinikk- og avdelingsledelse og vernetjenesten/tillitsvalgte.
- Inkludere arbeidsmiljø som tema i pasientsikkerhetsvisitt.

Dette er tiltak som kan gi god effekt. Hver klinikk bør velge ut en person som vil ha ansvaret med å følge opp at HMS-runder og tilbakemeldingsmøter i forbindelse med ForBedring blir gjennomførte innen fristen i enhetene/seksjonene/avdelingene. Tiltakene i etterkant av disse aktivitetene vil være enhetenes HMS-handlingsplaner. Det bør sjekkes og oppmuntres jevnlig at de oppsatte tiltakene blir utførte. HMS-runden i 2018 inneholder nye spørsmål som blant annet omhandler vold/trusler og mottak av nye personer/vikarer ved enheten. Ved å gjennomføre runden vil enheten/verneområdene få en god gjennomgang av sitt eget HMS-arbeid og kan sette opp tiltak for forbedringer. Derfor er det viktig at runden gjennomføres. Klinikkene bør også påse at tiltakene som gjelder på klinikknivå (kapittel 4) blir utførte.

Flere klinikker etterspør opplæring i HMS for ledere og verneombud. Verneombud skal gjennomføre en obligatorisk 4-dagers grunnopplæring i arbeidsmiljø/HMS, mens flere ledere får HMS-opplæring som del av Lederprogrammet. For de lederne som ikke er inkludert i Lederprogrammet, eller som ønsker en oppfriskning, holder Arbeidsmiljøavdelingen fra 2018 kurset «HMS i praksis». Dette er et kurs på 2,5 timer som dekker opplæring i gjennomføring av HMS-runder, ForBedring og HMS-avvik. Påmelding til kursene gjøres i Læringsportalen.

## 1.2. Ytre miljø

Som Nordens største sykehus er virksomheten ved OUS omfattende og påvirkningen på ytre miljø er tilsvarende stor. Med ytre miljø menes omgivelsene for virksomheten som luft, vann, jord, naturressurser, plante- og dyreliv, mennesker og økologi. Et godt ytre miljø er avgjørende for menneskers helse og livskvalitet.

Eksempler på aktiviteter og tjenester ved OUS som kan påvirke ytre miljø er:

- Bruk av legemidler, produkter og tjenester
- Transport
- Byggevirksomhet
- Forbruk av vann og energi

### Status i OUS

Virksomheten ved OUS medfører betydelige mengder avfall. Deler av dette er farlig avfall (kjemikalier m.m.).

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

Tabell 1: Oversikt over de største avfallskategoriene

Avfall til forbrenning (restavfall), smitteavfall og papiravfall utgjorde i 2017 de største definerte avfallsfraksjonene. Mengden restavfall utgjorde litt over halvparten av total avfallsmengde. Mengden smitteavfall ble redusert med 15 % til 1072 tonn. Stikkprøver viser at avfall sortert som smitteavfall inneholder store mengder materialer fra andre avfallsfraksjoner. Fokus på å redusere denne fraksjonen er derfor et Satsingsområde i 2018. Mengden farlig avfall var 100 tonn, 2 % mindre enn i 2016.

	2017	Δ %	2016	2015	2014
Energiforbruk i GWh	295	-1,7 %	300	298	295
Energiforbruk - gjennomsnitt i kWh/m <sup>2</sup>	289	-1,7 %	294	289	292
Utslipp i tonn CO <sub>2</sub>	77976	2,3 %	76 205	83622	83572
Vannforbruk i m <sup>3</sup>	845255	0,2 %	843 468	937 099	1 115 583

Tabell 2: Oversikt over OUS sin påvirkning på ytre miljø

Energiforbruket gikk ned med 1,7 %, noe som kan skyldes variasjon i temperatur. Forbruket av fyringsolje i 2017 gikk ned med 65 %. Dette har blitt erstattet med bruk av elektrisitet uten opprinnelsesgaranti. CO<sub>2</sub>-utslippene har da økt siden slik elektrisitet har litt høyere CO<sub>2</sub>- utslipp per kWh sammenliknet med fyringsolje.

Vannforbruket holdt seg på omtrent samme nivå som i 2016.

I februar 2018 ble helseforetaket nominert til bærekraftspris ved Nordic Conference on Sustainable Healthcare i Stockholm for miljøarbeidet i 2017. Nominasjonskomiteen la vekt på foretakets bidrag

innen nye bærekraftige løsninger, blant annet arbeidet med det elektroniske stoffkartoteket, og foretakets fremtredende rolle i det nordiske samarbeidet.

### **Satsing og tiltak for forbedring fremover**

Som en del av arbeidet med å etablere miljøledelse vil det være flere spørsmål om ytre miljø i HMS-runden våren 2018.

Helseforetaket arbeider målrettet for å minimere miljøbelastningen og skal blant annet etablere miljøledelse i henhold til standarden ISO 14001:2015. I tråd med standardens krav arbeides det nå med å ferdigstille interessentanalyse, kontekstanalyse, kartlegging av vesentlige miljøaspekter og overordnede målsetninger og tiltak. Annet gjenstående arbeid er utarbeidelse av kommunikasjonsplan, opplæringsplan, gjennomføring av interne revisjoner og ledelsens gjennomgåelse. I februar 2018 gjennomførte OUS et planmøte med DNV-GL hvor status ble gjennomgått. OUS skal etter planen gjennomføre hovedrevisjon i august med målsetning om å bli sertifisert innen utgangen av 2018.

## 1.3. Smittevern

### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Smittevern	2017	Grønt	Gult	Grå	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt
Smittevern	2016	Grønt	Gult	Grå	Gult	Grønt	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Grønt

10 av klinikkene har samme vurdering av status som i 2016. 4 har gått fra grønt til gult, og en klinikk fra gult til grønt i sin vurdering.

I klinikkens HMS årsrapporter er det 5 tema som dominerer:

- Behov for styrking av basale smittevernrutiner, inkludert håndhygiene og forebygging av stikkskader
- Resistente bakterier
- Influensavaksinering av helsepersonell
- Mangel på enerom/isoleringsfasiliteter
- Varsling om smitte ved overflytting av pasienter mellom avdelinger

### Mangelfull statistikk over yrkesbetingede infeksjoner

Det finnes ingen samlet statistikk over antallet ansatte i OUS som har fått en yrkesbetinget infeksjon. En slik statistikk er heller ikke enkel å lage, fordi helsepersonell utsettes for smitte også utenfor jobben (f. eks. influensa, MRSA), og det er ofte vanskelig å avgjøre om en infeksjon er yrkesbetinget eller ikke. Av den grunn er det vanskelig å gjøre en direkte risikoanalyse basert på hyppighet og konsekvens. Valg og prioritering av forebyggende tiltak må derfor baseres på tilstandenens prevalens blant pasientene, kjennskap til smitterisiko og smitemåte, og effekt av smitteverntiltak. Til tross for begrensningene bør det etableres en bedre statistikk over yrkesbetingede infeksjoner i OUS.

### Basale smittevernrutiner

Det er liten tvil om at gode basale smittevernrutiner, inkludert håndhygiene og forebygging av stikkskader, er de viktigste tiltakene mot yrkesbetinget smitte.

Håndhygienen trenger å forbedres i OUS. Blant annet gjelder det bruk av ringer, armbåndsur og armbånd ved all pasientkontakt, som styret for OUS i 2012 bestemte skulle være forbudt. Dette både av hensyn til pasientsikkerhet og personellsikkerhet. Til tross for det er det mange ansatte som bryter dette forbudet. Dette er et individuelt ansvar, men det må formidles tydeligere gjennom linjen at det er nulltoleranse for bruk av ringer og armbåndsur, og at brudd på bestemmelsene vil få konsekvenser for den enkelte.

### Resistente bakterier

Til tross for mangelfull statistikk, er det grunn til å tro at smitte med resistente bakterier er blant de hyppigste yrkesbetingede smittesituasjonene i OUS. Avdeling for smittevern håndterer alene flere 10-talls ansatte med MRSA hvert år. De fleste av disse er koloniserte uten klinisk infeksjon, men det får likevel store konsekvenser for den enkelte og for arbeidsplassen. Det har lenge vært ønske om å etablere et bedre poliklinisk tilbud til disse ansatte, men det har vært vanskelig å få på plass en hensiktsmessig organisering og egnede lokaler for dette.

## Influensavaksinering av helsepersonell

Influenza er en hyppig yrkesbetinget infeksjon blant helsepersonell, og den kan i stor grad forebygges med vaksinasjon. I 2017/2018 oppnådde OUS en vaksinasjonsdekning på 54 %, som var en økning fra ca. 30 % i foregående sesong. Målet er å nå opp i 80 %, men det forutsetter sterk ledelsesforankring og stor innsats ved de enkelte avdelingene.

## Mangel på enerom og isolater

Risikoen for smitte til personell og medpasienter er økt når det ikke er tilgjengelige enerom/isolater for pasienter med infeksjoner. Det er for lite enerom i OUS, og den store økningen av resistente bakterier de siste årene har ytterligere økt behovet for enerom.

## Varsling om smitte ved intern flytting av pasienter

Prosedyrene sier klart at en avdeling som sender en smitteførende pasient til andre avdelinger/undersøkelsesenheter skal melde fra om smitte på forhånd både til transportpersonell og til mottakende avdeling. Det skjer regelmessig at denne informasjonen ikke blir formidlet, noe som øker risikoen for smitte. Klinikkerne må jobbe for å eliminere dette problemet.

## Stikk- og kuttskader

Ved OUS ble det registrert 363 meldinger i Achilles av sakstype «Stikk/kutt med smitterisiko». Tilsvarende tall for 2016 var 358. Nedgangen fra 2015, da det ble meldt 394 slike hendelser, er dermed flatet ut. Én forklaringsfaktor kan være at flere reelt sett stikker seg, men det kan også bety at meldekulturen er blitt bedre.

Avdeling for smittevern og Arbeidsmiljøavdelingen fortsatte også i 2017 arbeidet med informasjon til alle i sykehuset om nye krav til risikovurdering etter EU-direktiv av 2010/32. Det stilles også krav om å benytte utstyr med sikkerhetsmessige beskyttelsesmekanismer ved håndtering av spisse og skarpe gjenstander som kan forårsake skade eller infeksjoner fra biologiske faktorer, der slikt utstyr er egnet for formålet. Dette gjelder bl.a. utstyr som perifer venekanyler, injeksjonskanyler og sikkerhetspennekanyler.

Bedriftssykepleierne i Arbeidsmiljøavdelingen inviterte høsten 2016 alle kliniske avdelinger til å delta i etableringen av et nettverk med stikkskade ressurspersoner. Ressurspersonene fungerer som veiledere innenfor forebygging og oppfølging av stikkskader. Det ble avholdt en første samling for innmeldte ressurspersoner 8. desember 2016, og 2 samlinger i løpet av 2017.

## Vaksinering mot tuberkulose

Siden sommeren 2009 har BCG vaksinasjon av ungdom ikke lenger vært en del av barnevaksinasjonsprogrammet. Fortsatt anbefales det imidlertid å vaksinere definerte risikogrupper. I Norge anbefales BCG vaksine til helsepersonell (inkludert helsefagstudenter). Fra 2016 vil derfor de fleste norske helsefagstudenter, og etter hvert også nyutdannede helsearbeidere, ikke lenger være BCG-vaksinert. Det er arbeidsgiver/praksissted som plikter å tilby vaksine og dekke kostnadene. OUS må derfor, som andre helseinstitusjoner, sørge for tilbud om BCG- vaksine til nyansatte, og til helsefagstudenter i samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

### Anbefalte hovedsatsingsområder

- Tiltak mot resistente bakterier i samarbeid med klinikkerne, jfr. listen nedenfor.
- Reduksjon av antall stikkskader, jfr. avsnitt over og listen nedenfor.
- 80 % vaksinasjonsdekning mot influensa.

### Viktige forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre

- Holde fokus på smitte og håndtering av dette i klinikken.
- Fokus på MRSA og ESBL smitte
- Ansatte holdes oppdatert til enhver tid innenfor gjeldende retningslinjer og prosedyrer, via trening og årlig resertifisering.
- Håndhygiene informasjon og fokus i enhetene.
- LEAN arbeid på smitterutiner.
- Sikre tilstrekkelig arbeidstøy.
- Alle enheter oppfordres til å registrere manuelt hvor mange pas. med smitte.
- Sikre enda bedre rutiner på informasjon og opplæring, bl.a. omkring flytting av pasienter mellom enhetene.
- Retningslinje vedrørende pasientbehandling og basalt smittevern må på leseliste for alle med pasientkontakt og i pasientnære omgivelser.
- Det må arbeides med meldekultur knyttet til smittevern.
- Ansatte med pasientkontakt og pasientrettet arbeid gjennomfører e-læringskurs "Basale smittevernrutiner" og "Håndhygiene".
- Få montert kortlås på tøylageret i bygg 6, Ullevål.
- Prosedyre/informasjon mot våre samhandlingspartnere om OUS standard for smittevern og våre forventinger til våre «gjester».
- Fortsette avvikskampanjen.
- Økt antall influensavaksiner. Starte influensavaksine-kampanje tidlig.
- Økt bruk av sikkerhetskanyler.
- Flere gule bokser, bedre rutiner for å unngå overfylling.
- Ta opp rutiner på operasjon vedrørende skarpe gjenstander med lederne.
- Flere stikkskadedekontakter i klinikkene.
- Gjeninnføre stikkskadedagen (halvdags seminar om smittevern).

## 1.4. Inkluderende arbeidsliv

IA-avtalen inngått mellom regjeringen og partene i arbeidslivet har som overordnet mål å redusere og forebygge sykefravær, hindre utstøting fra arbeidslivet og øke gjennomsnittlig pensjonsalder. Disse målene inngår som en integrert del av det systematiske HMS-arbeidet i OUS.

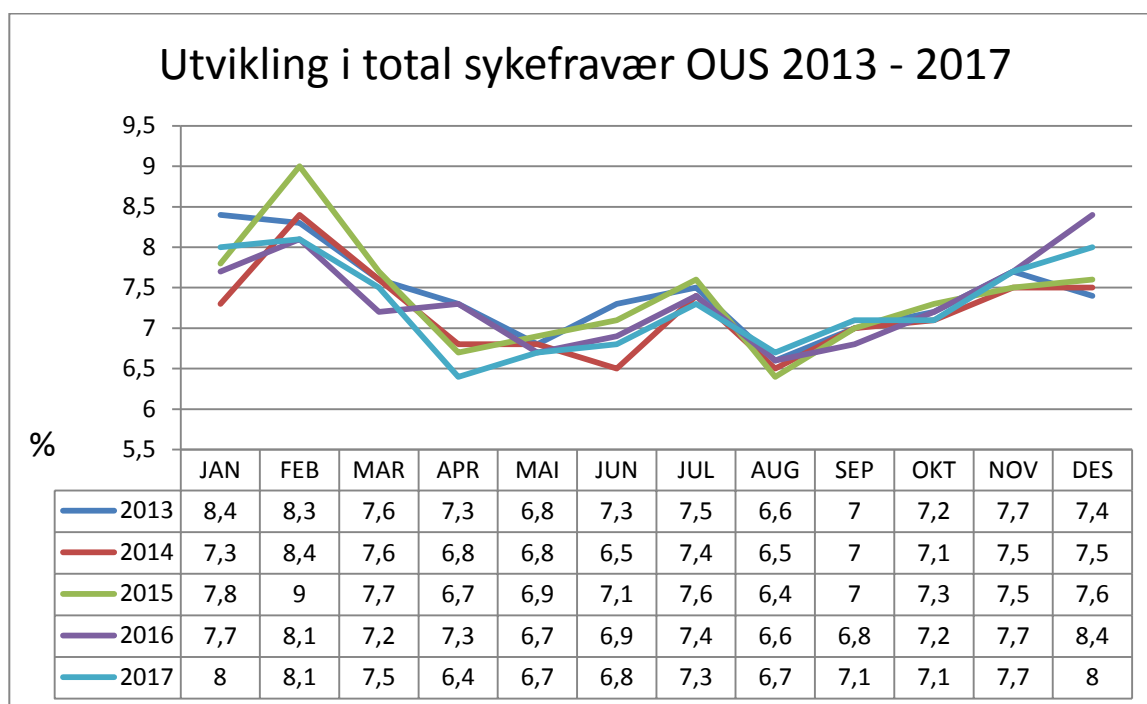
Arbeidsmiljøavdelingen har ikke registrert noen vesentlige endringer i IA-arbeidet i forhold til det som har vært gjort i tidligere år.

### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
IA inkl. "Gravid og trygg på jobb"	2017																
	2016																

Som det fremgår vurderer klinikkene IA arbeidet hovedsakelig positivt. Flere klinikker henviser til egne IA handlingsplaner som følges opp av klinikk AMU bl.a. OPK, NVR, HLK, KRE og PRE. Noen klinikker har egne IA grupper som fungerer som underutvalg av klinikk AMU, som for eksempel OSS, NVR og OPK.

Det er en betydelig variasjon i fravær mellom de forskjellige klinikkene. Lavest fravær er i DIR (3,28 %), OPK (6,02 %) og KRE (6,11 %). Høyest fravær er i OSS (9,11 %) og i PHA (7,94 %). Disse forskjellene kan ha mange årsaker, som blant annet yrke, yrkesgruppe, kjønn, alder og muligheter for tilrettelegging av arbeidet. Klinikker som har endret vurdering fra i fjor i positiv retning er HHA og KVI. I NVR er vurderingen endret fra grønt til gul. Fraværet i denne klinikken har økt det siste året.



**Figur 10: Utvikling i total sykefravær i OUS 2013-2017**

Totalt fravær for 2017 er på 7,29 % som er omtrent uendret fra 2016. Korttidsfraværet i 2017 ligger på 2,65 %, mens langtidsfraværet er 4,65 %. Dette er også svært likt tallene for 2016. Som det fremgår av grafen er det en betydelig samvariasjon i fraværet knyttet til sesong.



Tilrettelegging av arbeidet for ansatte som har helsebegrensninger kan være utfordrende. Til retteleggingstiltak varierer mye, fra kortvarig tilpasning av arbeidsoppgaver og arbeidstid, til omplassering til annen stilling. Størstedelen av tilretteleggingsarbeidet kan gjøres i egen avdeling, i samarbeid mellom leder og ansatt. Eksempler på dette kan være midlertidig fritak fra enkelte arbeidsoppgaver eller midlertidige endringer i arbeidstiden. Hovedregelen er å få til gradvis tilbakeføring til mest mulig normal arbeidssituasjon, ofte ved bruk av gradert sykmelding. Saker som omhandler omplassering av helsemessige årsaker på tvers av klinikkene kan tas opp i sykehusets sentrale IA utvalg, som også jobber strategisk på et overordnet nivå. Utvalget leverer egen årsrapport til hoved AMU på sykehuset.

Arbeidsmiljøavdelingen bistår blant annet med samhandling, rådgiving og med råd om den fysiske tilpasningen av arbeidsplassen. Driftsmessige og økonomiske forhold vil noen ganger være til hinder for at det er mulig å tilby en tilstrekkelig langsiktig tilretteleggingsperiode.

Sykefravær kan i noen tilfeller skjule annen problematikk som konflikter, vanskelige samhandlingsmønstre, motstridende forventninger eller uklar/utfordrende ledelse. Slike faktorer kan være utslagsgivende for at ansatte med helseutfordringer blir sykmeldt.

### **Satsing og tiltak for forbedring fremover**

Flere klinikker henviser til egne handlingsplaner eller retningslinjer for sykefraværarbeid. Dette er både under arbeid og for enkelte klinikker ferdigstilt.

Forbedringstiltak fra handlingsplaner:

- Kartlegginger av fraværårsaker og arbeidsmiljø i avdelinger med høyt fravær)(Mange)
- Informasjonsarbeid og undervisning (Mange)
- Lederopplæring og temamøter for ledere (Mange)
- Invitere til egne kurs med Arbeidsmiljøavdelingen (Mange)
- Egen oppfølging i klinikk-AMU av enheter med fravær over en viss prosent (KRE)
- Gruppesamtaler med gravide (NVR)
- Større involvering av bedriftsjordmor i enkeltsaker – «gravid og trygg i jobb»(OPK, NVR, KRN)
- Egne enkeltprosjekt – eksempel «Livsstyrketrening» (KRE)
- Større involvering av arbeidsmiljøavdelingen i enkeltsaker (AKU, OPK)
- Samarbeid med Nav arbeidslivssenteret, Gratis NAV kurs (KIT)
- Økt fokus på fravær i klinikkens tertialmøter og på ledermøter. Klinikkleder etterspør tiltak i enheter som sliter med sykefravær (KRE)

## 1.5. Gravid og trygg i jobb

Sykehuset har en betydelig andel kvinnelige ansatte i fertil alder, og det er om lag 600 ansatte som er gravide til enhver tid. Denne gruppen har et høyere sykefravær enn andre, og mange har behov for rådgivning i forhold til behov for tilrettelegging. 11 % av sykefraværet i de tre første kvartalene i 2017 i OUS skyldtes svangerskapsrelaterte plager. Arbeidsmiljøavdelingen har derfor ansatt bedriftsjordmor i hel stilling fra mars 2016 som jobber kontinuerlig med rådgivning og oppfølging av gravide. Tjenesten har hatt betydelig positiv påvirkning på gravides sykefravær i andre helseforetak. Målsetningene for tjenesten er at den gravides trygghet og følelse av å være til nytte gjennom hele svangerskapet ivaretas, og at den gravide gjennom individuell tilrettelegging står lenger i jobb.

Tjenesten består av to deler:

1. Treparsamtaler: Jordmor har samtaler med den gravide og leder tre ganger i løpet av graviditeten, hvor det utarbeides en individuell oppfølgingsplan. Tema for samtalene er den gravides helse, behov for tilrettelegging, og diverse tema innenfor arbeid, helse og graviditet. Den gravide utstyres ved første møte med nøkkelbånd og drikkeflaske med gjenkjennelig «Gravid og trygg i jobb» slik at kollegaer og andre kan være informerte og ta hensyn.
2. Temalunsjer: Bedriftsjordmor arrangerer jevnlig møteplasser der de gravide kan ta med matpakken, møte andre gravide, og få kompetansepåfyll innenfor et tema som berører graviditet. Mosjon under graviditeten og stressmestring er eksempler på temaer som blir presentert.

### Status i OUS

Bedriftsjordmor hadde i 2017 408 tilretteleggingssamtaler med gravide og deres ledere. I løpet av knapt to år i drift har over 350 gravide blitt fulgt opp gjennom svangerskapet. Bedriftsjordmor tilbyr også rådgivning, presentasjon av tjenesten og holder egne arrangement som temalunsjer for gravide. I tillegg samarbeider hun med bedriftsfysioterapeutene på deres forflytningsveilederkurs, med fokus på gravide og forflytning.

I 2017 ble det holdt 16 temalunsjer med forskjellige tema for gravide i OUS. Oppslutningen rundt disse har vært god, og tilbudet blir verdsatt og etterspurt av de gravide selv.

I 2017 har det vært noen klinikker som bruker bedriftsjordmor i stor grad, mens andre klinikker bruker tjenesten i liten grad. Tilbudet kan ennå betraktes som relativt nytt, og man ser at det i noen klinikker er bedre kjent enn i andre. Det kan være ulike årsaker til at noen klinikker benytter seg oftere av bedriftsjordmor. Kunnskap om tjenesten, samt en positiv holdning til ordningen er avgjørende. Det er ønskelig at flere ledere og gravide tar kontakt med bedriftsjordmor nå når tilbudet etter hvert begynner å bli kjent i OUS.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

Det er ønskelig at klinikkene har som målrettet tiltak å benytte seg mer av bedriftsjordmortjenesten. Ordningen er frivillig, men leder bør oppmuntre den gravide til å ha kontakt med bedriftsjordmor for oppfølging. Mange tar kontakt litt sent i svangerskapet. Det er av stor betydning for et godt resultat at kontakt med bedriftsjordmor etableres tidlig.

Gravid og trygg i jobb har fått godt fotfeste i OUS, og det meldes tilbake om mange nyttige samtaler og enkle tilretteleggingstiltak. Det jobbes nå med å hente ut sykefraværstatistikk og vurdere om

tjenesten har gitt endringer i sykefraværet hos de som følges opp mot de som ikke har blitt fulgt opp gjennom graviditeten.

For å gjøre tjenesten best mulig, vil det i løpet av 2018 bli innhentet evalueringer fra gravide og deres ledere om deres erfaringer med tjenesten.

## 1.6. Rus- og avhengighetsproblematikk

OUS sitt system for forebygging og oppfølging av ansatte med rus- og avhengighetsproblemer er Akan. Akan står for Arbeidslivets Komite mot Alkoholisme og Narkomani. Hensikten med Akan er å forebygge og følge opp misbruk av alkohol, pengespill, narkotika og legemidler hos ansatte.

Misbruk er en stor utfordring for den det gjelder, og medfører risiko både for pasienter og øvrige ansatte. I OUS er Akan-arbeidet forankret i et gjensidig forpliktende samarbeid mellom leder og ansatt. OUS jobber for et rusfritt arbeidsmiljø og hjelper ansatte som har et avhengighetsproblem.

### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HJK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Arbeid med rus- og avhengighetsproblematikk	2017	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Orange	Yellow	Yellow	Green
	2016	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Red	Green	Yellow	Yellow

Klinikkenes vurdering av egen status innen Akan-arbeidet viser en positiv trend. Flere klinikker bruker tilbudet fra Akan-hovedkontakt og Arbeidsmiljøavdelingen om tilrettelagt undervisning. I denne sammenheng kan KVI, KLM og MED framheves. MED har dessuten deltatt i en forskningsstudie (WIRUS). Studien viser forekomst og intervensjonsstrategier for personer som kan ha begynnende problematisk forbruk av alkohol.

Største utfordringer som klinikkene trekker fram i sine egenvurderinger:

- Ingen eller få saker kan være indikator på uoppdaget risiko
- Usikkerhet rundt hvordan de kan jobbe bedre med problematikken

Pr 31.12.17 er det 20 aktive Akan-avtaler i OUS. 1 ansatt ønsket seg ut av avtalen/opphør av arbeidsforhold. 3 avsluttet etter avtale (vellykket). 12 avtaler er tilkommet i løpet av 2017. Akan-utvalget erfarer at temaet i økende grad har nødvendig oppmerksomhet rundt om i de ulike enheter, seksjoner og avdelinger.

Akan har blitt fast tema i obligatorisk HMS-opplæring. Akan-hovedkontakt, bedriftssykepleier og bedriftsoverlege samarbeider om dette, og Akan har vært tema på alle 6 HMS-grunnkurs i 2017.

Internt kurs til ansatte med tema Akan, interne prosedyrer og Lov om Helsepersonell utført en gang pr semester er annonsert i kurskatalogen og på intranettets forside. Revisjon av Akan-dokumenter i e-håndbok er utført. Akan-utvalget har holdt stand i Arbeidsmiljøuken og Pasientsikkerhetsuken.

Akan-utvalget har hatt 8 møter i løpet av 2017. Akan-utvalget har revidert Akan-brosjyren og bestilt 2000 nye. Akan-utvalget har avviklet ½ dagsseminar med arbeidsoppgave å revidere Handlingsplanen for 2018 – 2020.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

Det er viktig å fortsette profileringsarbeidet. Man må regne med mørketall, og utvalget ønsker å synliggjøre at ansatte kan få hjelp med sitt avhengighetsproblem, og dermed beholde jobben.

Akan-utvalgets medlemmer i OUS har synliggjort sitt arbeid ved kontinuerlig å snakke om Akan i ulike sammenhenger, holde kurs, dele ut brosjyren og bruke intranettet.

### Viktige forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre

- Sikre at prosedyrer og retningslinjer i eHåndboken blir lest. Vurdere krav om lesekvittering for ledere.
- Økt bruk av kurs/informasjon i klinikken ved Akan-hovedkontakt.
- Tema til HR-verksted: Saksbehandling i varslingssaker i forhold til rusproblematikk hos kollega, jfr. eHåndboksdocument 23; Varsling av kritikkverdige forhold.
- Akan som tema på klinikklederforum og verneombudssamlinger.
- Tema på AMU i klinikk.
- Oppfordre ledere, TV og VO til å lese kortversjon av rapporten: «Du, av alle» , Akan publikasjon 1/2016. (Rapporten er laget av Oda Sjøvoll v/Akan kompetansesenter på bakgrunn av intervjuer med ti sykepleiere som har stjålet og brukt medikamenter. Rapporten er fritt tilgjengelig på internett.)

## 1.7. Vold og trusler

Arbeidstilsynet definerer vold og trusler i arbeidslivet som «hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydning trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære». Helserelaterte yrker er i følge Arbeidstilsynet noen av de mest utsatte yrkene når det gjelder vold og trusler.

Fra 1. januar 2017 trådte nye bestemmelser i forskrift om utførelse av arbeid inn. Det stilles blant annet krav om at:

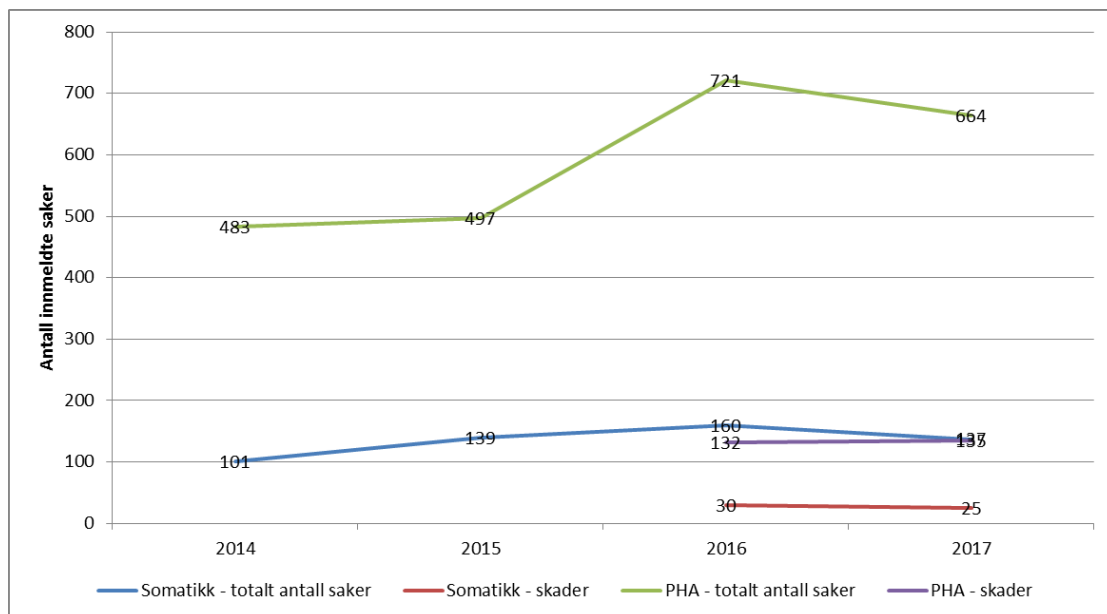
- Arbeidsgiver skal kartlegge hvilken risiko det er for at arbeidstakerne kan bli utsatt for vold eller trusler, og sørge for at risikoen så langt som mulig fjernes eller reduseres.
- Arbeidstakere skal få nødvendig opplæring i forebygging og håndtering av volds- og trusselsituasjoner.
- Arbeidstakerne og deres tillitsvalgte skal få nødvendig informasjon bl.a. om hvilke rutiner som er satt i verk for å forebygge, håndtere og følge opp vold- og trusselsituasjoner. Arbeidsgiver må gjennomføre de tiltak som må til.
- Arbeidsgiver skal sørge for at arbeidstaker som er utsatt for vold og trussel om vold får nødvendig oppfølging, både med hensyn til den fysiske og psykiske belastningen som hendelsen kan ha medført.

### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Vold og trusler	2017	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow
	2016	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow

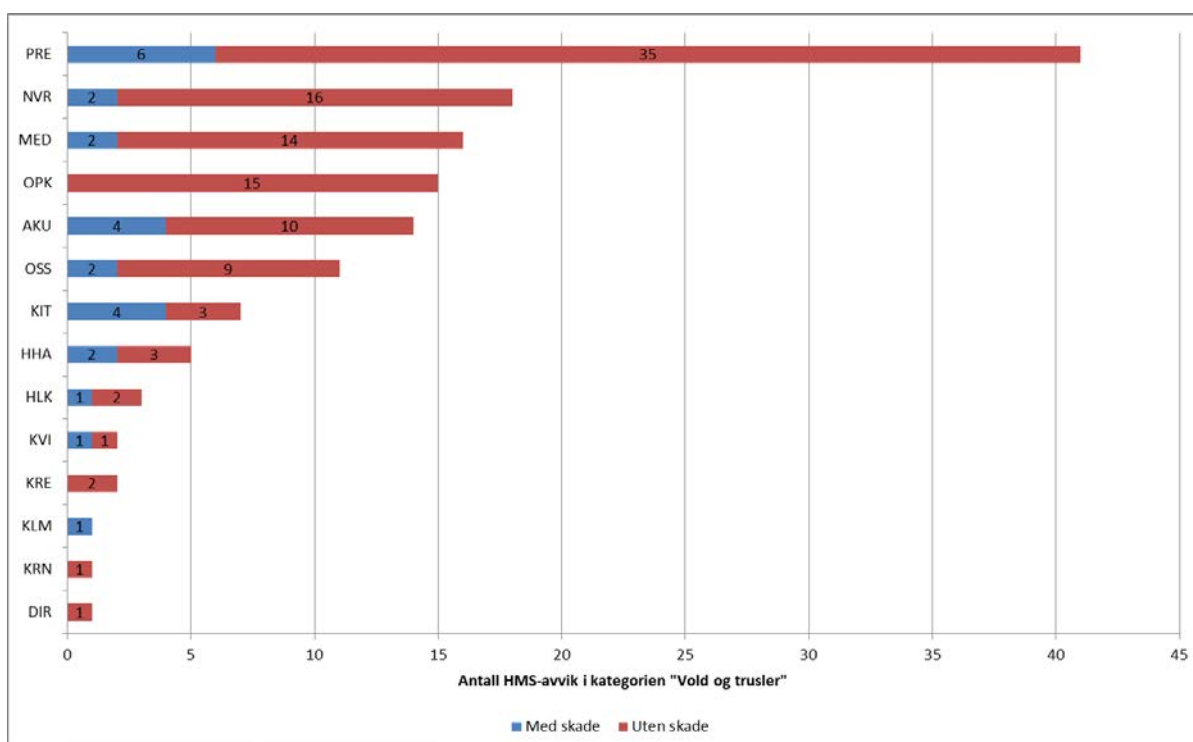
Statusvurdering innen temaet «vold og trusler» er uendret for alle klinikker fra 2016 til 2017. PHA oppgir i sin HMS-årsrapport (kapittel 4) at vold og trusler er klinikkens største HMS-utfordring og risiko, og at det er store forskjeller på risiko i enhetene. PRE melder om en stadig økende tendens til vold og trusler mot ansatte. OPK har mange avvik som gjelder utagerende adferd i skadelegevakten.

Det ble i 2017 meldt inn 801 HMS-avvik om vold og trusler. Dette utgjør 14 % av totalt antall HMS-avvik meldt inn det året. Samtidig utgjør skader som følge av vold og trusler 27 % av alle meldte skader, og 16 % av alle fraværsskader. Dette kan tyde på at det er mange uønskede hendelser relatert til tematikken som ikke blir meldt inn, eller at uønskede hendelser med vold/trussel oftere fører til skader når de først oppstår.



**Figur 11: For enkelhets skyld er alle klinikker som ikke er PHA samlet som "somatikk" i oversikten. OUS har ikke oversikt over antall skader før 2016.**

Det ble i 2017 meldt 9 % færre HMS-avvik i OUS om vold og trusler enn i 2016. Samtidig er det meldt inn omtrent samme antall skader som følge av vold og trusler, så det er grunn til å anta at risikobildet er stort sett uendret. Medarbeidere ved PHA stod for 83 % av de innmeldte HMS-avvikene i 2017 på dette temaet.



**Figur 12: Fordeling av HMS-avvik registrert i klinikkene. PHA er ikke inkludert i oversikten for å kunne se de andre klinikkene bedre.**

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

Klinikkene har i sine HMS-årsrapporter (kapittel 4) kommet med flere tiltak for å bedre situasjonen med vold og trusler:

- Oppfordre ansatte til å melde alle saker om vold og trusler, og raskere oppfølging av ledere for å få sakene behandlet. Det må også sikres at medarbeidere i etterkant av sånne hendelser får «debriefing» og videre oppfølging/ivaretagelse.
- AKU jobber med utviklingen av et e-læringskurs om vold, trusler og kommunikasjon som vil bli rullet ut til alle deres ansatte i løpet av 2018. Arbeidet ledes av deres klinikkhovedverneombud og gjøres i samarbeid med ansatte ved OSS, PHA og DIR. De har lagt frem forslag til sentralt AMU om at kurset skal gjøres tilgjengelig og bli anbefalt for hele OUS i 2018. Sentralt AMU støtter forslaget.
- MED vil fortsette med opplæring av ansatte i voldsrisikovurdering og i kunnskap om å møte mulig voldelige pasienter og pårørende.
- PRE vil fortsette å gjennomføre kurs blant ansatte for håndtering av vold og trusler. Ansatte som opplever dette på jobb må få en god og trygg oppfølging av lokal leder.
- KVI har en beredskapsplan for forskjellige hendelser, deriblant hendelser med vold.
- HHA vil lage en egen retningslinje og ha vold og trusler som tema i seminar for ledere og tillitsvalgte
- OPK vil få på plass videoovervåking i dødsosoner, få stille-alarm til å fungere optimalt og opprettholde fokuset på opplæring av ansatte for å forebygge vold og trusler.
- PHA har en egen retningslinje som heter «Arbeid som kan medføre fare for vold og trusler» (eHåndbok ID 128184). Dette dokumentet beskriver hvilke aktiviteter som skal gjennomføres i PHA innen dette temaet i henhold til forskrift om utførelse av arbeid. Det er definert aktiviteter i PHA på bakgrunn av retningslinjen og forskriften, og de vil i 2018 implementere disse.

Enheten for interne revisjoner i OUS vil i 2018 lede gjennomføringen av HMS-revisjoner med vold og trusler mot ansatte som tema. Målet med revisjonen er å undersøke i hvor stor grad somatiske enheter i OUS jobber for å forebygge vold og trusler fra pasienter rettet mot ansatte, og hvordan enhetene følger opp ansatte etter slike hendelser. Revisjonene vil bli gjennomført i flere klinikker.

ForBedring vil i 2018 ha et spørsmål om man tror man vil bli godt ivare tatt hvis en blir utsatt for vold og trusler, men ikke noe spørsmål om man faktisk har blitt utsatt for det. OUS har sendt innspillet til Helse Sør-Øst og vil jobbe for å få det med til ForBedring i 2019. Vold og trussel er lagt inn som nytt tema i HMS-runden for 2018, for å kartlegge situasjonen i OUS/klinikkene og for å oppfordre til lokale tiltak.



## 1.8. Sentralt AMU

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) er et partssammensatt utvalg som skal arbeide for gjennomføring av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i virksomheten. OUS har ett sentralt AMU, og hver klinikk har sitt eget lokale utvalg (klinikk-AMU). Sentralt AMU skal behandle alle saker som gjelder hele sykehuset eller saker som gjelder to eller flere klinikker. Klinikk-AMU behandler alle saker innenfor egen klinikk. Det kan også fremmes lokale saker for AMU, for eksempel der det ikke er mulig å finne en løsning lokalt.

Sentralt AMU består av 8 representanter fra arbeidsgiver (hvorav administrerende direktør er fast medlem), 8 representanter fra arbeidstakerne (hvorav foretakshovedverneombudet er fast medlem) og 1 representant fra bedriftshelsetjenesten (uten stemmerett). I 2017 hadde foretakstillitsvalgt for Fagforbundet ledervervet. Oversikt over medlemmene i AMU er i vedlegget til denne rapporten.

Sentralt AMU holdt 9 møter og behandlet 50 saker i løpet av 2017.

## 1.9. HMS-utvalget

HMS-utvalget er sykehusets overordnede utvalg når det gjelder HMS, og har rådgivende funksjon overfor adm. dir. og AMU innen dette området. Leder for utvalget var i 2017 HMS-leder. 4 møter ble avholdt og 27 saker ble behandlet.

Utvalget skal fremme forbedringsarbeid innen HMS og har følgende oppgaver:

- ta initiativ til at OUS har et kontinuerlig og systematisk HMS-arbeid på alle nivå i organisasjonen
- bidra til at OUS utarbeider strategiske planer for HMS
- gi uttalelser av prinsipiell karakter innen HMS
- koordinere innsatsområder mellom HMS-faginstansene
- ta initiativ til opplæring innen HMS
- ta initiativ til prosjekter innen HMS
- koordinere tverrfaglig HMS-dokumentasjon
- koordinere HMS-avviksbehandlingen

## 2. Fysisk arbeidsmiljø

### 2.1 Ergonomi og fysisk helse

Muskel-/skjelettplager er utbredt på sykehuset og det vil derfor være fordelaktig å jobbe forebyggende. Det er viktig å påvirke arbeidskulturen gjennom en systematisk tilnærming, både på enhets- og klinikknivå. I følge lovverket skal arbeidsplassen innredes og utformes slik at arbeidstakere unngår uheldige fysiske belastninger. Gjennom tilrettelegging for gode arbeidsstillinger, variasjon samt redusere tungt og ensformig arbeid, kan muskel- og skjelettplager forebygges. I tillegg til å redusere de fysiske kravene i arbeidet er det et økende fokus i OUS og i lovverket på å øke de ansattes kapasitet. Dette er bakgrunnen for at *fysisk helse* nå er integrert i dette fagområdet.

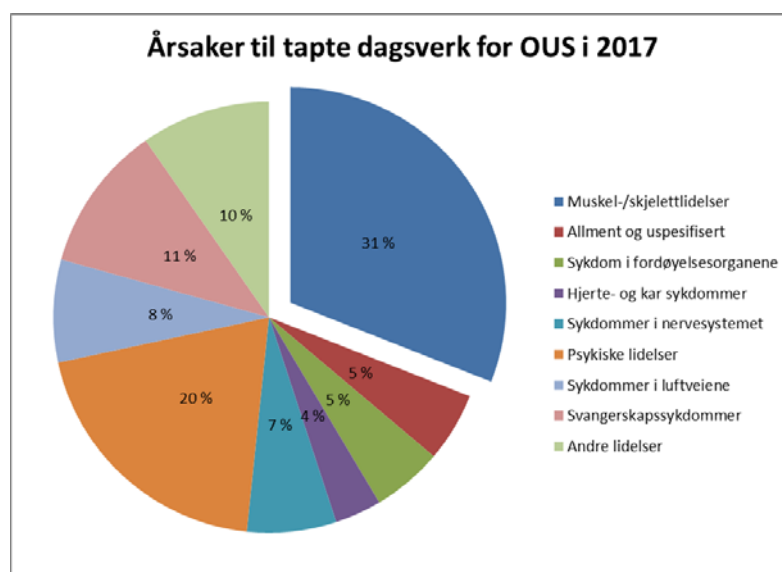
Klinikkenes vurdering av egen status innen temaet ergonomi baserer seg på flere indikatorer, som tidligere resultater fra HMS-runder, antall veiledere, gjennomførte tiltak fra fjorårets handlingsplan og bistand inn til klinikkene.

#### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Ergonomi og fysisk helse	2017	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2016	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Klinikkenes vurdering av egen status innen ergonomi og fysisk helse er stort sett uendret fra 2016 til 2017. KVI kommer ut som oransje grunnet stor fysisk belastning på de ansatte kombinert med høyt arbeidstempo.

Muskel- og skjelettplager var i følge tall fra NAV den største legemeldte fraværsårsaken i OUS i 2017 (30,7 % av alle tapte dagsverk). Utfordringen med muskel- og skjelettplager er at plagene utvikles over tid og ofte med et sammensatt årsaksbilde. Dette understreker behovet for et forebyggende og helsefremmende perspektiv i tilnærmingen.



Figur 13: Tall fra NAV over årsaker til legemeldte fraværsdager i OUS for 1., 2. og 3. kvartal i OUS (tall for 4. kvartal var ikke klare på tidspunktet denne rapporten ble utarbeidet).

## Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger

- Tunge løft
- Statisk og/eller repetitivt arbeid
- Dårlig plassforhold
- Høyt arbeidstempo

En del klinikker eksponeres for fysisk belastning/ tunge løft som de opplever ikke lar seg begrense. I noen klinikker er denne eksponeringen påregnelig ut fra arbeidets art og det vil derfor være ytterligere behov for fokus på helsefremmende tiltak som kan øke de ansattes fysiske kapasitet.

*Forflytningsveiledere, helsemotivatorer og ergonomiveiledere er viktige ressurspersoner i dette arbeidet inn mot sine respektive enheter og i samarbeid med bedriftsfysioterapeutene i Arbeidsmiljøavdelingen. For å ivareta denne muligheten anbefales det at det utdannes minimum 2 veiledere per funksjonelle enhet (verneområde/enhet/seksjon).*

Det ble utdannet 18 nye forflytningsveiledere i 2017 og det er registrert 194 forflytningsveiledere totalt. Tallene må sees i sammenheng med klinikkens størrelse, behov og interne ressurspersoner.

Ergonomiveilederkurset er nå delt i 2 kurs, «Kontorarbeidsplassen» og «løfte- og bærekurs». Sistnevnte kurs er kun på bestilling da dette bør skreddersys til aktuell enhet. I tillegg er det startet opp et «Helsemotivatorkurs» for ansatte som ønsker å fremme fysisk aktivitet, gjerne for sin enhet.

## Oversikt over antall forflytnings- og ergonomiveiledere

	Forflytningsveiledere		Ergonomiveiledere	
	Nye 2017	Totalt	Nye 2017	Totalt
PHA	0	1	0	0
MED	5	25	1	1
HHA	1	2	0	1
OPK	1	10	0	2
NVR	4	28	1	2
KVI	0	2	0	2
BAR	0	3	1	2
KRE	7	24	4	0
KIT	5	14	0	0
HLK	0	14	0	4
AKU	4	53	0	13
PRE	0	0	0	0
KRN	2	12	0	3
KLM	0	0	12	22
OSS	1	6	7	31
DIR	0	0	0	0
	18	194	26	83

Tabell 3: Oversikt over veiledere. Antall veiledere kan være avvikende grunnet utskiftning av ansatte.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

Flere klinikker har skissert gode tiltak fremover basert på sine utfordringer. Spesielt gjelder dette PRE, KVI, NVR, OPK og KLM. Til tross for at flere klinikker vurderer sin egen status innen ergonomi og fysisk helse som lite tilfredsstillende, er det få som har tatt det med videre på sine prioriteringslister.

## Viktigste forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre

- Øke dekning av forflytningsveiledere og hjelpemidler
- Rullering av arbeidsoppgaver
- Øke dekning av ergonomiveiledere
- Jevnlig internundervisning og tid til øving
- Rutiner for opplæring av nyansatte
- Automatisering av arbeidsprosesser
- Skuldertrening med strikk

I tillegg til svært gode skisserte tiltak fra flere klinikker, er det ønskelig å involvere ledere i større grad enn tidligere. Dette for å gi ledere en mulighet til i større grad påvirke kulturen på arbeidsplassen.

## 2.2 Plassforhold

Arbeidsplassen skal utformes og innredes så arbeidsmiljøet blir fullt forsvarlig utfra arbeidstakerens helse, miljø, sikkerhet og velferd. Arbeidsplassen må tilpasses til den aktivitet som skal foregå, antall personer og nødvendig utstyr som skal være i lokalene. Det bør også finnes tilstrekkelig lagerplass og ventilasjon til utstyr, maskiner, hjelpemidler osv. Man må ta hensyn til individuelle behov og prinsippene om universell utforming. Det skal være mulig å variere arbeidsstilling og utføre arbeidet med hensiktsmessige bevegelser.

### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Plassforhold	2017	Yellow	Orange	Green	Orange	Orange	Red	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Green	Yellow	Red
	2016	Yellow	Yellow	Green	Orange	Orange	Red	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Red

Det er varierende hvordan klinikkene scorer seg selv på plassforhold og egnethet. Fortetting, der antall mennesker og maskiner økes innen samme areal, er hovedårsaken til at klinikkene vurderer plassforhold som dårlige. Endret bruk av arealer, ofte der det ikke er en reell mulighet for å gjennomføre nødvendige tilpassinger, er hovedårsaken til at man vurderer egnethet som dårlig. I OUS er det flest klinikker som scorer seg selv på gult og oransje, mens 4 klinikker skiller seg ut med respektive rødt og grønt.

PRE og KIT som er røde opplever fortsatt lite egnethet i nåværende lokaler, og stor økning av oppgaver og personer i samme lokaler. OPK har gått fra rødt til oransje først og fremst grunnet ombygging og vedlikeholdstiltak som ble utført i 2017. De har fortsatt planer for tiltak i forhold til plassmangel. OSS har gått fra gul til grønn. De har foretatt noe flytting av ansatte, blant annet har noen kontoransatte blitt flyttet.

### Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger

- Utfordringer i forhold til fortetting, økning av arbeidsoppgaver, pasienter og ansatte.
- Overbelegg i flere klinikker.
- Trange felleskontorer, vanskelig med bevaring av taushetsplikt.
- Samlokalisering der man må avgi plass til tilflyttende avdelinger/seksjoner uten at det blir frigjort lokaler.
- Plassmangel fører i sin tur til andre arbeidsmiljøutfordringer som f. eks. luftkvalitet og mulighet til å arbeide ergonomisk i tillegg til støy og stress.
- Plassmangel, f. eks. mangel på enerom for smittepasienter, samt overbelegg av pasienter(korridorpasienter), kan i sin tur vanskeliggjøre de ansattes mulighet til å jobbe i tråd med smittevernsrutinene på OUS. Dette påvirker både de ansattes arbeidsmiljø og pasientsikkerheten.
- Dårlig tilgang til garderobe/for små garderober.
- Dårlig fungerende kjøkkenløsninger.
- Lite lagringsplass.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

Viktigste forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre:

- Planlagte utbygginger og ombygginger i flere klinikker, blant annet HLK, BAR, HHA og OPK.
- Se på arealfordelingen i OUS.

Flere klinikker har plassforhold som sentralt punkt på tiltaksplanen (HLK og OPK). Blant annet OPK har satt plassforhold opp som 3 av 5 punkter på tiltaksplanen. Der er det listet opp konkrete tiltak i forhold til dette, mens andre klinikker ikke har noen konkrete forslag. Flertallet av klinikkene som har satt opp dette på tiltaksplanen har som forslag til forbedring fremover at man både må se på arealfordelingen i klinikken, men også i hele OUS.

## 2.3 Luftkvalitet

Det er flere faktorer som påvirker luftkvaliteten, og her er de viktigste av dem:

**Lufttemperatur:** Lufttemperaturen har stor betydning for opplevelse av varme og kulde. Det anbefales at lufttemperaturen så langt som mulig holdes mellom 19-22 °C når det er oppvarmingsbehov.

**Karbondioksidnivå:** Høyt innhold av CO<sub>2</sub> kan skyldes mangelfull ventilasjon i forhold til antall personer i lokalene. De ansatte kan oppleve helseplager som unormal trøtthet, hodepine og allmenn uopplagthet. Tilfredsstillende ventilasjon skal gi konsentrasjoner under den anbefalte faglige normen på 1000 [ppm] CO<sub>2</sub>.

**Luftforurensninger:** Inneluft kan inneholde flere forskjellige forurensninger. Det er vanskelig nøyaktig å kvantifisere betydningen av ulike påvirkninger. Men det er enighet om at disse forurensningene har betydning for symptomene og helseproblemene som:

- slimhinneirritasjon i øyne, nese, hals
- plager av astma og allergisk snue
- hyppigere og verre luftveisinfeksjoner
- tørrhet, kløe, eksem i huden, særlig i ansikt og på hender

På de fleste lokasjonene i OUS er konsentrasjonen av hver enkelt komponent lav i forhold til grenseverdier for forurensninger i arbeidsatmosfæren<sup>1</sup>. Et godt renhold vil redusere støv som inneholder allergener og miljøgifter som forurensner inneluften.

Samvirkende faktorer som tørr luft og høy temperatur forsterker plager av luftforurensning.

### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Luftkvalitet	2017																
	2016																

Klinikkenes vurdering av egen status innen luftkvalitet er stort sett uendret fra 2016 til 2017. NVR og PRE har vurdert at de har oppnådd en bedring.

Det er utfordringer med hensyn til luftkvalitet i inneluften ved OUS. Gammelt og utdatert ventilasjonsanlegg, bruksendring av arealer og fortetting er årsakene til forhøyet karbondioksidnivå og lufttemperatur. Dårlig orden og renhold er ofte en medvirkende årsak.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

Fremover bør klinikkene prioritere å:

- Bedre orden, tilrettelagt renhold og jevnlig hovedrengjøring.
- Ved bruksendring og fortetting av arealer må konsekvenser for det fysiske arbeidsmiljøet vurderes.
- Ved nybygg og ombygging må ventilasjonen dimensjoneres både med hensyn til areal, antall personer, varmegivende og/eller forurensende utstyr og aktivitetene i rommene.

<sup>1</sup> Forskrift om tiltaks- og grenseverdier, Vedlegg 1. Liste over grenseverdier for forurensninger i arbeidsatmosfæren

Tiltak fra HMS-handlingsplanene til klinikkene:

- Intern renholdrevisjon
  - HLK har gjennomført intern renholdrevisjon på KAR på Aker. Erfaringer fra denne revisjonen har ført til større fokus på orden og renhold. HLK vil fortsette å gjøre tilsvarende revisjoner på flere avdelinger.
- Invitere inn yrkeshygienikere fra Arbeidsmiljøavdelingen til å snakke om luftkvalitet på interne møter



## 2.4 Støy

Støynivå på arbeidsplassen er regulert i arbeidsmiljølovens forskrifter som setter krav til utforming av arbeidsplasser og utførelsen av arbeidet. Alle skal beskyttes mot helseskadelig støy. Det settes skjerpede krav til støynivået når arbeidstakere utfører vedvarende *kommunikasjonskrevende* og *konsentrasjonskrevende* arbeid.

### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Støy	2017																
	2016																

Statusvurderingen av støy på arbeidsplassen videreføres fra 2016 i de fleste klinikkene. Støy er ikke blant de største utfordringene innen fysisk arbeidsmiljø. Enkelte klinikker har valgt å justere ned statusen noe fra 2016. Fordi det ikke ble gjennomført noen *HMS-runde* i 2017 mangler et vesentlig underlag i vurderingen inneværende år. Nedjustering av risiko er hovedsakelig begrunnet med gjennomføring av tiltak. En objektiv vurdering av omfang og effekt av tiltak på klinikknivå kan være utfordrende. Tiltak med betydelig effekt og vesentlig omfang forventes å gi utslag i *HMS-runden 2018*.

Det forekommer sjeldent helseskadelig støy i OUS. Utfordringer gjelder hovedsakelig støy som forstyrrer arbeidet og til dels hindrer kommunikasjon. Klinikkerne trekker frem følgende utfordringer når det gjelder støy:

- Støy i kontorlandskaper
- Støyende utstyr
- Byggestøy

Utfordringene med støy i kontorlandskaper er en følge av arealfortetning på sykehusene. Forstyrrende støy kan være negativt for produktiviteten og oppleves stressende.

Det er et ønske om høyere vekting av støynivå i anbudskrav ved innkjøp av utstyr.

Støy i forbindelse med byggearbeid er midlertidig, men kan være vesentlig, da det kan forstyrre arbeid og pasientbehandling.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

Støyforholdene i kontorlandskaper kan bedres med økt kapasitet på *støtterom* og tilstrekkelig støyavskjerming mellom ansatte. Det bør prioriteres å plassere ansatte med vedvarende konsentrasjonsbehov og stort behov for tale/telefoni på enekontorer.

Vibrasjoner fra teknisk utstyr kan forplante seg og føre til unødvendig støy, og det er et lovkrav å dempe slike vibrasjoner. I mange tilfeller kan rimelige tiltak bedre forholdene.

Det er til dels stor variasjon i støynivået på tilsvarende teknisk utstyr, noe som viser at det er potensiale til støyreduksjon ved anskaffelse. Vektingen av støynivå i anbud bør prioriteres, spesielt på operasjonsstuer hvor det kommuniseres om pasientbehandling og kan være store mengder teknisk utstyr uten muligheter for støyskjerming.

Dialog mellom prosjekterende og ansatte som er berørt av støy fra byggearbeider er viktig. Det vil oppleves bedre for berørte hvis de vet når og hvor lenge støyende arbeid vil vare. Dette vil også gjøre det mulig å planlegge for når og hvor støysensitivt arbeid foregår og eventuelle andre tiltak. Dette er et tema som blir viktig fremover med store byggeplaner på Radiumhospitalet og Aker sykehus.

## 2.5 Lysforhold

Lovverket stiller krav til at arbeidslokaler og arbeidsplasser skal være utformet og innredet slik at de enkelte arbeidsplasser får tilfredsstillende belysning for å verne arbeidstakernes sikkerhet og helse. I følge Lyskulturs publikasjon fra 2012, Luxtabell og veiledning av belysning av innendørs arbeidsplasser, understrekes det at gode synsforhold gjør at vi kan utføre arbeidsoppgavene raskere og mer nøyaktig, samt at vi får bedre utholdenhet. Riktig arbeidslys er blant annet viktig fordi 80 % av sanseinntrykkene våre registreres via synet. Tilfredsstillende belysning er viktig for å få en god tilrettelegging av arbeidsplassen.

De enkelte arbeidsplasser skal som hovedregel ha dagslys og utsyn. Dagslys og utsyn påvirker helse, trivsel og produktivitet, og dagslys regulerer lykke-, stress- og våkenhetshormoner i kroppen. Kunstig lys kan derfor ikke erstatte dagslys. Spiserom skal gi mulighet for dagslys og utsyn.

### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Lysforhold	2017																
	2016																

Klinikkenes vurdering av lysforhold er uendret fra 2016 til 2017.

Belysning oppleves ikke som noen stor utfordring i OUS.

Det er gjort endel tiltak for å bedre lysforholdene enkelte steder, samt at utbedring av lysforhold har vært gjort i forbindelse med flyttinger og ombygginger.

### Største utfordringer som klinikkene trekker frem i sine egenvurderinger

Klinikker som KVI og KRN har kommentert utfordringer knyttet til mangel på dagslys og utsyn hvor arbeidets art krever mørkere lokaler, eksempelvis ultralyd, granskning osv.

Likevel bør det være tilgjengelige lokaler og pause- og spiserom med tilgang på dagslys alle steder.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

- På kontor- og dataarbeidsplasser skal det være tilgang på både hensiktsmessig allmennbelysning og plassbelysning. Varierende behov for lys gjør at individuell reguleringsmulighet er viktig. Eldre mennesker vil generelt ha behov for mer lys enn yngre mennesker for å utføre samme synsoppgave.
- Alle ansatte skal ha tilgjengelige spiserom med dagslys og utsyn
- Fokus på/mulighet for rotasjon og mikropausur på arbeidssteder uten dagslys (hvor arbeidets art ikke tillater optimale lysforhold).

## 2.6 Kjemisk arbeidsmiljø

Bruk av kjemikalier med farlige egenskaper er regulert gjennom lover, forskrifter og interne prosedyrer. Det stilles krav til risikovurdering, utforming og tilrettelegging, opplæring, substitusjon, oppbevaring, vernetiltak og målinger av forurensninger i arbeidsatmosfæren.

Som et verktøy i arbeidet med kjemikaliesikkerhet, bruker OUS et elektronisk stoffkartotek fra EcoOnline, heretter kalt «stoffkartoteket».

I stoffkartoteket skal avdelingene:

- kunne søke opp informasjon om kjemikaliene de bruker
- registrere sikkerhetsdatablader
- utføre og dokumentere risiko- og substitusjonsvurderinger

OUS bruker også stoffkartoteket til:

- registrering av avfallsstoffnummer for håndtering av farlig avfall
- registrering av forbudte og vurderingspliktige kjemikalier
- registrering av kjemikalier som lovlig slippes ut i avløp
- registrering av kjemikalier som krever arbeidstakerregister

Nytt av året er å klassifisere kjemikalier i en lagringskategori. Kjemikalier i samme lagringskategori kan lagres sammen.

Arbeidsmiljøavdelingen arrangerer nybegynnerkurs og kurs for viderekomne i bruk av stoffkartoteket. Kursene er for kjemikaliekontakter som er avdelingens primærkontakt i kjemikalierelaterte spørsmål og bruk av stoffkartoteket.

I tillegg demonstreres stoffkartoteket i kursene Grunnopplæring i arbeidsmiljø / HMS og HMS på laboratoriet.

### Status i OUS

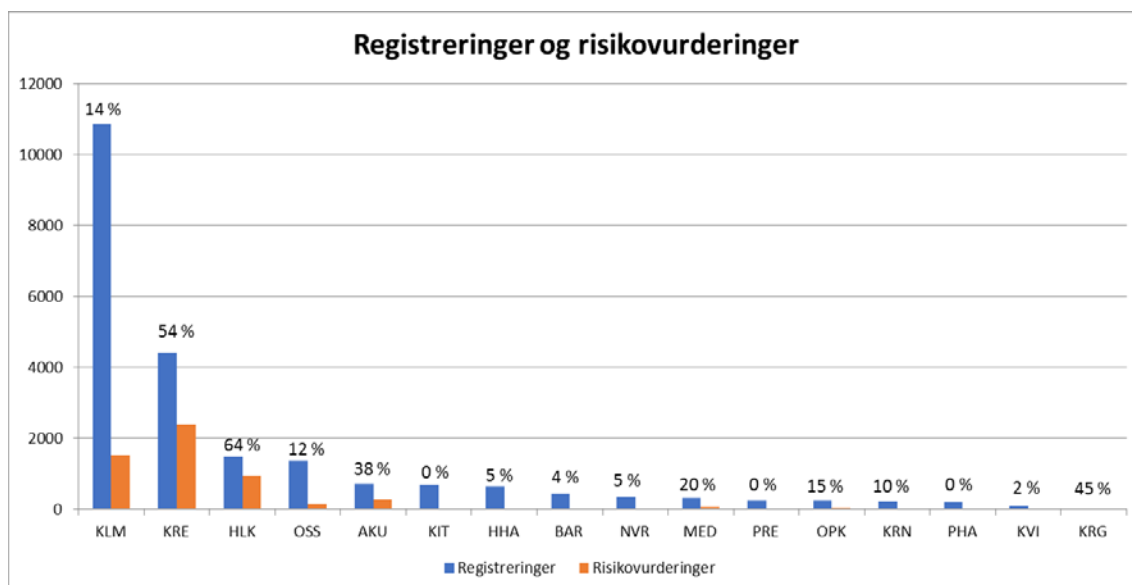
		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Kjemisk arbeidsmiljø	2017	Yellow	Orange	Grey	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Green	Yellow	Red	Orange	Orange	Green	Yellow
	2016	Orange	Red	Grey	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Red	Red	Orange	Yellow	Green	Red

### Egenvurdering

Klinikkens vurdering av egen status innen kjemisk arbeidsmiljø viser stort sett det samme eller en bedring fra 2016 til 2017. Unntaket er OSS. Flere av klinikkene har oppnevnt kjemikaliekontakter og jobbet med stoffkartoteket. Fire klinikker har kjemisk arbeidsmiljø som en av de største arbeidsmiljøutfordringene.

### Registrering og risikovurdering

Antall registreringer har økt fra 21 427 til 22 279. Det er fortsatt mangelfull risikovurdering av kjemikaliene i flere klinikker (figur 14). Per 2. januar 2018 var 25 % av alle registreringene i stoffkartoteket risikovurdert lokalt. Dette er en nedgang fra 33,9 % året før. Nedgangen skyldes, i motsetning til tidligere, at årets tall er basert på risikovurderinger utført kun de siste to årene og at antall registreringer har gått opp. Et generelt mål i OUS for andel risikovurderinger er 80 %.



Figur 14: Oversikt over antall registreringer og risikovurderinger fordelt på klinikkene i OUS. Andelen risikovurderte vises i prosent over søylene.

## Substitusjon

Kjemikalier med farlige egenskaper skal ikke brukes dersom de kan erstattes med kjemikalier eller prosesser som ikke er farlige, eller som er mindre farlige for arbeidstakerne eller ytre miljø. Dette kalles substitusjon. Kravet er hjemlet i arbeidsmiljøloven § 4-5 og produktkontrollloven § 3a.

OUS er med i Helse Sør-Øst sitt forum «Grønn kjemi». Dette ble startet våren 2016. Grønn kjemi jobber med substitusjon av helse- og miljøfarlige stoffer ved innkjøp. I tillegg er det utarbeidet en metode for å kunne jobbe med substitusjon i det elektroniske stoffkartoteket EcoOnline. I stoffkartoteket er stoffer kartlagt ut i fra fire kriteriegrupper. Kriteriegruppene angir hvilke stoffer som det et krav at avdelingene foretar en substitusjonsvurdering av. Denne vurderingen blir dokumentert i stoffkartoteket (tabell 5). Det er krav om substitusjonsvurdering av stoffer i kriteriegruppe 1-3.

År	Kriteriegruppe 1	Kriteriegruppe 2	Kriteriegruppe 3	Kriteriegruppe 4	Andel vurdert (K1-3)
2017	74	829	1914	42	10,5 %
2016	142	811	1516	135	4,3 %

Tabell 4: Oversikt over antall registreringer i kriteriegruppe 1-4 og andel dokumenterte substitusjonsvurderinger av kriteriegruppe 1-3.

Det har vært en kraftig reduksjon i antall stoffer i kriteriegruppe 1. Dette er de farligste stoffene (eksempler er kvikksølv, pikrinsyre mfl.). Det har vært en liten økning i kriteriegruppe 2 (eksempler er kreftfremkallende stoffer som formalin). Årsaken er at det har blitt klassifisert en del nye stoffer i løpet av året. I kriteriegruppe 3 har det vært en økning som kommer av at man endret hvilke stoffer som skulle være i denne gruppen (eksempler på stoffer i denne kategorien er klorin og plasterfjerner). Et generelt mål i OUS for andel substitusjonsvurderinger er 100 %.

## HMS-avvik

Antallet innmeldte HMS-avvik kategorisert med «kjemikalier» har økt fra 59 HMS-avvik i 2016 til 64 i 2017. Det antas likevel at det er noe underrapportering. Det oppfordres til å melde inn alle uønskede kjemikalierrelaterte hendelser i Achilles.

### **Arbeidstakerregister**

Oppdatering av arbeidstakerregister forekommer hvert partallsår. Registeret ble derfor ikke oppdatert i 2017. Registrerte avvik om eksponeringer relevante for arbeidstakerregisteret registreres omgående.

### **Satsing og tiltak for forbedring fremover**

- Klinikkene bør etablere kjemikaliekontakter, registrere manglende sikkerhetsdatablad og risikovurdere de farligste kjemikaliene. Oversikten over kjemikaliekontakter sendes til Arbeidsmiljøavdelingen som koordinerer arbeidet.
- OUS bør øke andel risikovurderinger i løpet av 2018. Arbeidsmiljøavdelingen holder opplæring for kjemikaliekontakter og kan på forespørsel oversende detaljert informasjon til klinikkene om status i stoffkartoteket.

### **De viktigste forbedringstiltakene som klinikkene har meldt inn**

- Etablering og opplæring av kjemikaliekontakter.
- Vedlikeholde stoffkartoteket.
- Internrevisjon på bruk og oppbevaring av kjemikalier.

## 2.7 Strålevern

Stråling brukes på mange ulike måter i sykehuset, for eksempel ved røntgen, CT, operasjoner, mammografi, strålebehandling, nukleærmedisin, forskning, laser m.m., og er et viktig verktøy innen diagnostikk og behandling av pasienter. For å ivareta trygg strålebruk, er det viktig at alle brukere har tilstrekkelig kompetanse på feltet.

Strålebruk er regulert gjennom lover, forskrifter og interne prosedyrer. Det stilles krav til risikovurdering, opplæring, revisjon, kvalitetskontroll, optimalisering, rapportering og bruk av egnet verneutstyr.

Koordinering av sykehusets strålevern er lagt til Avdeling for diagnostisk fysikk, Klinikk for radiologi og nukleærmedisin. Strålevernkoordinator har også et tett samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. For å sikre strålevern av aktuelt personell, er det opprettet lokale strålevernkontakter, som kommuniserer med sentral strålevernkoordinator i strålevernssaker.

### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Strålevern	2017	Yellow	Green	Grey	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Yellow	Green	Green	Green	Grey	Green
	2016	Green	Green	Grey	Green	Yellow	Green	Green	Green	Red	Green	Yellow	Green	Green	Green	Grey	Green

Klinikkenes vurdering av egen status innen strålevern er stort sett uendret fra 2016 til 2017. Tall for 2017 viser at svært få ansatte har persondosimeteravlesninger opp mot grenseverdiene fra Statens strålevern. Den effektive helkropps-dosen hos disse ligger godt innenfor anbefalt verdi. En viss strålebelastning må forventes blant ansatte som bruker strålegivende utstyr i sitt arbeid. KRN er spesielt belastet i så måte, og man vil her fortsette å ha fokus på strålereduserende tiltak. I tillegg arbeides det med fokus på strålevern i alle aktuelle miljøer, ioniserende og ikke-ioniserende stråling blir benyttet i større eller mindre grad i 13 av OUS sine klinikker.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

- Fortsette arbeidet med implementering av nye krav i revidert strålevernforskrift av 2017 (klinikkerne i samarbeid med strålevernkoordinator).
- Fremover bør klinikkerne videreføre arbeidet med fokus på strålevern, og følge opp strålevernundervisning til aktuelle ansatte.
- Materiale fra fjorårets kartlegging av strålevernkompetanse vil danne grunnlag for videre oppfølging og planlegging av lokalt tilpasset strålevernundervisning/-tiltak i virksomheten. Klinikkerne følges opp av lokale strålevernkontakter i samarbeid med sentral strålevernkoordinator.
- Supplerende e-læringskurs i strålevern vil bli publisert i Læringsportalen i løpet av våren 2018.

## 2.8 Brannvern

Alle ansatte ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) skal i følge Brann- og eksplosjonsvernloven § 25: utføre sine arbeidsoppgaver i samsvar med gjeldende sikkerhetsbestemmelser i lover, forskrifter og interne prosedyrer for å forebygge branner, eksplosjoner og andre ulykker, og aktivt medvirke til å fremme sikkerheten i virksomheten.

Alle ansatte og de som har sitt virke ved OUS skal gjennomføre årlig brannvernopplæring. Omfang, innhold og type brannopplæring vil variere og må tilpasses i forhold til risiko, kompleksitet og oversiktighet.

### Status i OUS

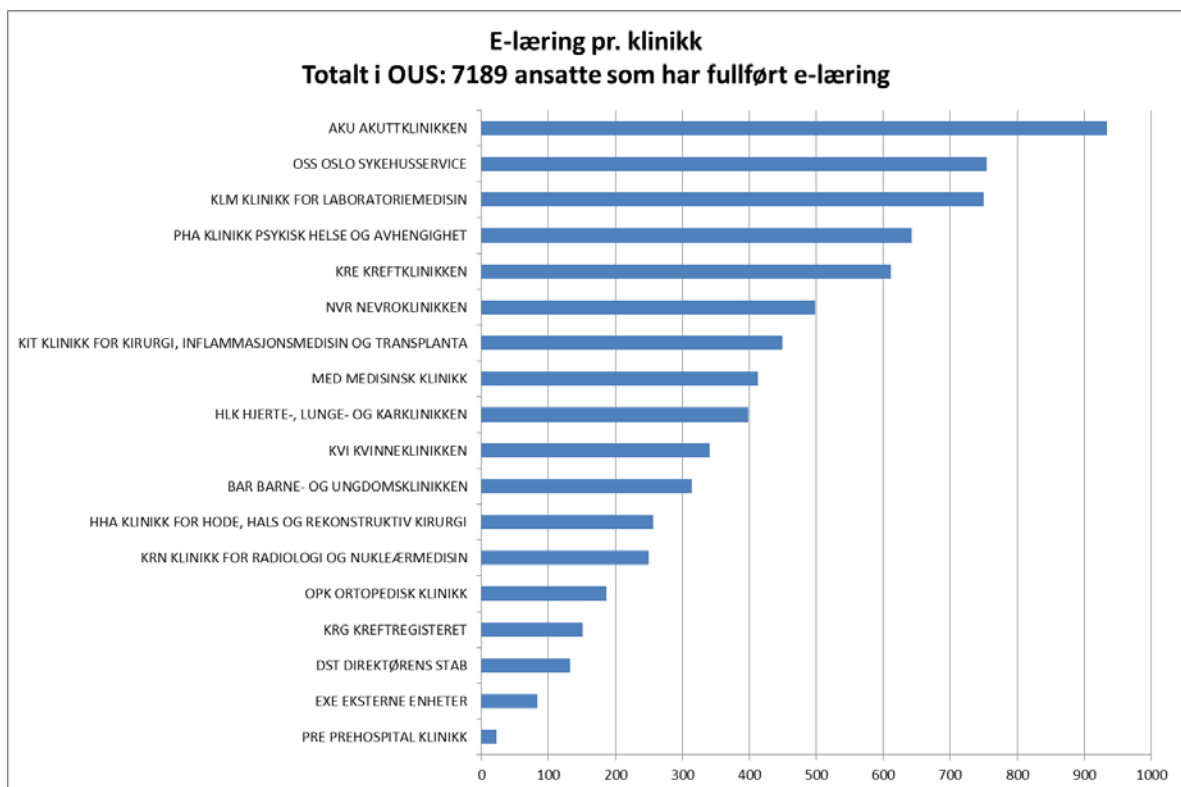
Brannvern-opplæring	2017																
	2016																

Brannvernseksjonens oppfatning er at enkelte klinikker ikke prioriterer øvelse- og opplæringsbehov. Dette kan skyldes at forebyggende brannvernarbeidet blir nedprioritert i forhold til primæroppgavene til enhetene.

Planlegging av øvelser og opplæring må planlegges i enhetenes årshjul. Brannvernseksjonen opplever økt aktivitet når det nærmer seg årsslutt da alle ønsker å gjennomføre øvelser for å oppfylle krav.

### E-læring

I 2017 har 7 189 ansatte gjennomført og bestått e-læringskurs i brannvern. Dette er en positiv økning fra 2016 på 12 %.



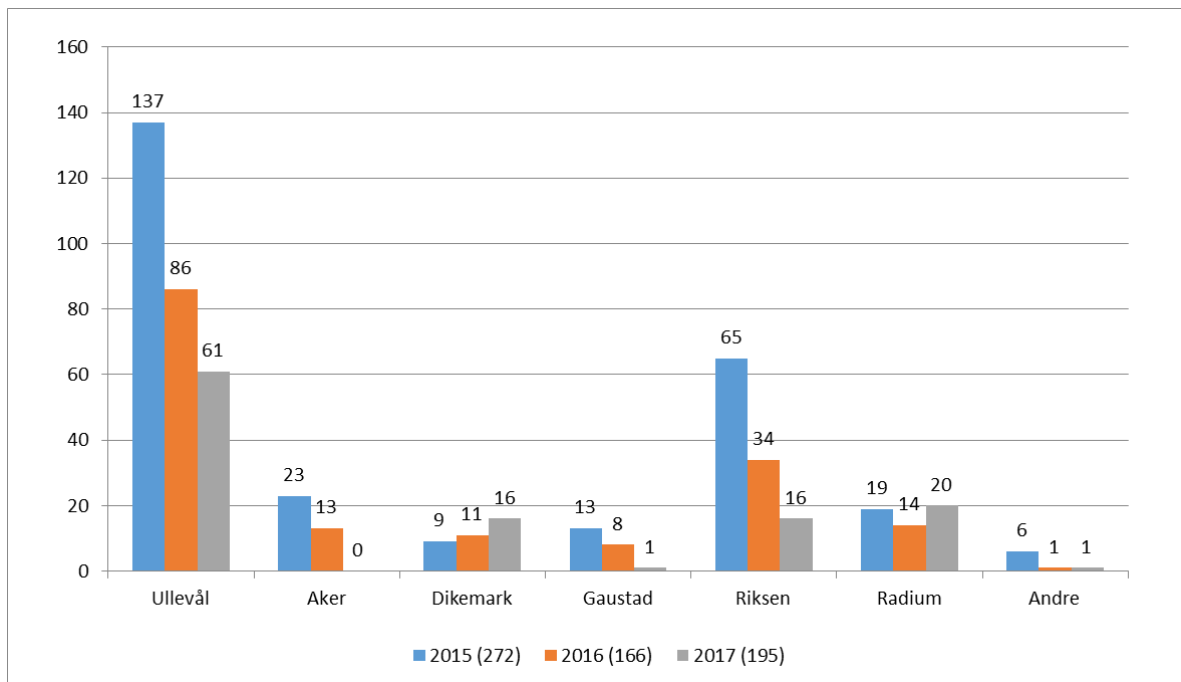
Figur 15: Antall ansatte pr. klinikk som har gjennomført e-læringskurset i 2017



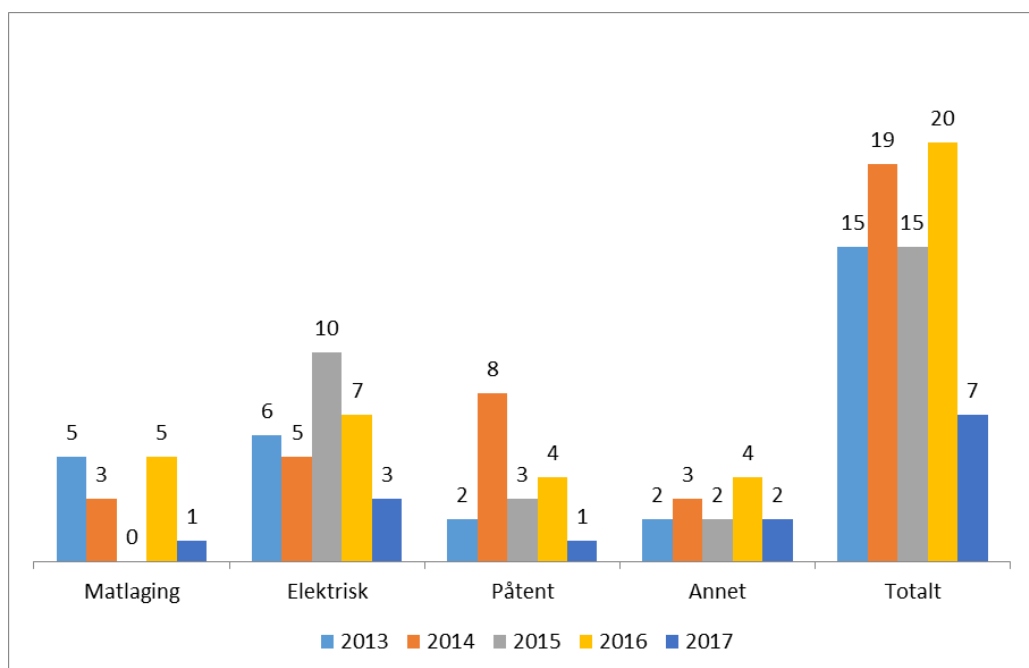
Brannvernseksjonen endret kravene i 2017 til at gjennomføring av e-læringskurs nå er obligatorisk for alle ansatte i OUS.

Antall brannalarmer i 2017 var 195. Dette er en liten økning fra 2016 på ca. 17 %.

I 2017 var det totalt 7 branttilløp ved OUS, hovedårsaken var elektrisk årsak (feil på elektrisk utstyr eller feil bruk av elektrisk utstyr). Antall branttilløp har gått ned med 65 % fra 2016. Det er fortsatt et stort antall unødvendige brannalarmer i OUS, noe som er forstyrrende for driften i sykehuset. Mange av slike alarmer kunne ha vært unngått hvis rutiner og prosedyrer blir fulgt.



**Figur 16: Antall utløste brannalarmer i OUS i 2017**



**Figur 17: Antall branttilløp i OUS i 2017**

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

Brannvernseksjonen leter stadig etter nye innovative måter å drive brannvernopplæring på. I 2018 vil brannvernseksjonen gå i nye retninger. Det er per i dag nye e-læringskurs som er mer pedagogiske enn de tidligere kursene. Brannvernseksjonen vil oppdatere alle e-læringskursene innenfor brannvern, og det vil bli laget flere kurs, som er mer fokuserte kurs direkte mot visse funksjoner ved sykehuset for eksempel laboratorier.

Ett av områdene som blir nye i 2018 er at brannvernseksjonen oppretter en ny opplæringsplattform der det introduseres spill-basert trening. Her vil de ansatte bli stilt overfor valg/handling som vil ha et spesifikt utfall. Målet er at denne treningen kan gjennomføres på nettbrett, smarttelefon eller på pc, og vil være spesifikt rettet mot den type drift avdelingen driver. Dette mener brannseksjonen vil ha en motiverende effekt da det blir en mer realistisk måte å drive trening på uten å måtte ta store deler av avdelingen ut av drift. I tillegg er denne typen opplæring ny, utfordrende og moro.

Hver avdeling i OUS skal føre en brannperm, her dokumenteres prosedyrer i avdelingen, rømningsplaner, dokumentasjon av øvelser og annen opplæring, dokumentasjon på gjennomføring av egenkontroll. Per i dag fører avdelingene brannperm i vanlig ringperm. Ved stikkprøver gjennomført på avdelingene av brannvernseksjonen har det blitt avdekket store avvik i føring av brannperm. Brannvernseksjonen har det siste året sett etter nye måter å føre brannperm på. Etter møte i vinter med direktørens stab ble det bestemt å teste en funksjon i Achilles som gir avdelingene mulighet til å føre en elektronisk brannperm. Dette vil gjøre ettersyn og kontroll lettere og vi kan følge opp avdelingene på en mer effektiv og bedre måte. Utarbeidelse av prosjektet starter høsten 2018.

## 2.9 Medisinsk teknologi

Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde (MTV) er et kompetansesenter for medisinsk teknologi på OUS som har det overordnede ansvaret for alt medisinsk-teknisk utstyret (MTU) ved sykehuset. MTV har høyt fokus på pasientsikkerhet knyttet til bruk av MTU, men ser også på HMS grenseflaten til det medisinsk-tekniske utstyret.

Ved OUS er ansvaret for gjennomføringen og dokumentasjonen av opplæring i MTU lagt til de kliniske enhetene i henhold til Nivå 1 prosedyren «[MTU- håndtering av medisinsk-teknisk utstyr](#)» (eHåndboksID 3743) og [MTU- opplæring og sertifisering av personell](#) (eHåndboksID 14852). Opplæring kan være praktisk og teoretisk undervisning, e-læringskurs, prosedyrer, leverandørens brukerveiledere, klasseromsundervisning, simuleringstrening og liknende. MTV kan på noen områder gi eller koordinere opplæring på forespørsel.

I forskrift 29. november 2013 om håndtering av medisinsk utstyr «§8. Opplæring av brukere» står det at «Virksomheten skal sørge for at brukere av medisinsk utstyr får opplæring slik at de til enhver tid har de nødvendige ferdigheter og kunnskaper om korrekt og sikker bruk, herunder informasjon om farer knyttet til bruk av utstyret og relevante forholdsregler. Slik opplæring skal blant annet gjennomføres ved nyanskaffelse, nyansettelse, bruk av vikar og som vedlikehold av den opplæring som allerede er gitt. Opplæringen skal være systematisk og dokumentert.»

### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	2017	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2016	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

OUS har totalt 46.000 enheter medisinsk-teknisk utstyr, og utstyrsparken øker årlig med ca. 2 prosent. Gjennomsnittsalderen er 11,36 år og vektet på innkjøpskostnad er gjennomsnittsalder på 8,96 år. I 2017 ble det anskaffet nytt medisinsk-teknisk utstyr for 410 millioner NOK og det gjøres jevnlig service og vedlikehold i henhold til pålagt lovkrav.

I §8 i forskrift for håndtering av medisinsk utstyr som nevnt over, står det at alle som bruker MTU skal ha nødvendig ferdigheter og kompetanse som sikrer riktig bruk og at denne skal være systematisk og dokumentert.

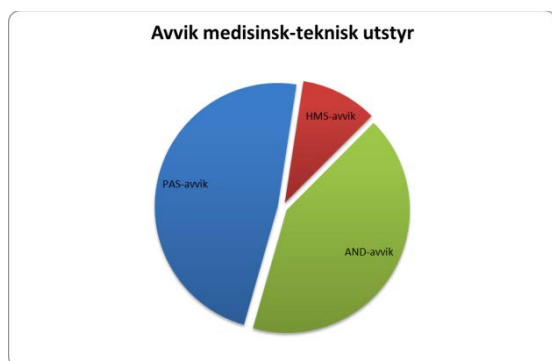
Opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr var et av flere tema for direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) sitt årlige tilsyn ved OUS og i de siste årene har tilbakemeldingene fra tilsynet vist at det har vært en jevn forbedring og det ble ikke gitt anmerkning på dette området i 2017. Likevel skriver tilsynet at «ikke alle seksjoner har systematisert opplæringen i bruk av elektromedisinsk utstyr og det var ulikt syn i klinikken på om det er hensiktsmessig å innføre dette fordi kravet om å "vedlikeholde den opplæring som allerede er gitt" blir ivaretatt gjennom å bruke utstyret daglig. I følge dokumentasjonsmalen skal planene for opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr bygge på at elektromedisinske utstyret risikovurderes. Hvordan risikovurderingen skal gjennomføres og hvilken betydning den skal gis for planleggingen av opplæringen, er uklart, også for de som ble intervjuet.» Denne tilbakemeldingen kan ses i sammenheng med den informasjonen som har kom fram i HMS-runden 2016 (det ble ikke utført HMS-runde i 2017), der i underkant av 75% svarte at medarbeiderne i stor grad er opplærte og sertifiserte i bruk av MTU.

Klinikkenes egen vurdering er ikke endret vesentlig fra i 2016 bortsett fra Medisinsk klinikk og Nevroklinikken som har gått fra grønn til gul (tabell 1). Noe av bakgrunnen til denne vurderingen er aldrende utstyrspark og den faren dette utgjør for pasientsikkerheten. I hovedsak er alle klinikkene fornøyd med opplæring i bruk av MTU og egne dokumentasjonsrutiner, selv om dette er noe som må

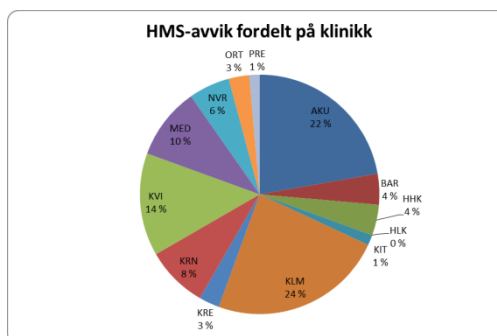
jobbes kontinuerlig med. Flere klinikker beskriver utfordringer rundt alderen på eget MTU og at det er moderniseringsbehov, men dette problematiseres først og fremst som et pasientsikkerhetsspørsmål.

## Avvik/Achilles

I §16 i forskrift om håndtering av medisinsk utstyr står det «*virksomheten plikter uten unødig opphold å gi melding til Helsedirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap om hendelser som har eller kan ha sammenheng med bruk av medisinsk utstyr og som har ført til eller kunne ha ført til død, eller alvorlig forverring av en pasients, bruker eller annen persons helsetilstand*»



Figur 19: Oversikt alle medisinsk-tekniske avvik



Figur 18: HMS-avvikene i 2017 fordelt på klinikk

I avvikssystemet kan man se nærmere på hva som meldes av HMS-avvik knyttet til medisinsk-teknisk utstyr. I 2017 ble det totalt registrert 794 avvik under sakstypen medisinsk-teknisk utstyr (MTU) i avvikssystemet Achilles og av disse var kun 80 registrert som HMS-avvik. Noe av årsaken til det lave antallet HMS-avvik kan være at en del av avvikene har grenseflate mot pasienthendelser og blir derfor meldt som pasientavvik istedenfor. Ser man nærmere på avvikene ser en at det er registrert HMS-avvik i alle klinikker bortsett fra HLK og det er registrert flest avvik i Akutt-klinikken og Klinik for laboratoriemedisin. Ser man nærmere på avvikene er det stor spredning i årsaken til avviksmeldingene og de største gruppene er pasientavvik som er feilregistrert (35 %), arbeidsbelastning og belastningsskader (24 %) og støt/fall/slag (15 %).

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

På bakgrunn av DSB tilsyn og informasjon hentet fra HMS-runden fra 2016 mener MTV å kunne si at OUS fortsatt har et forbedringspotensial før Oslo universitetssykehus innfrir lovverkets krav. Her anbefales klinikkene å kartlegge omfang, behov og gjøre nødvendige tiltak for å imøtekomme forskriftens krav for alle ansatte som bruker MTU.

Viktigste forbedringstiltak som klinikkene har meldt inn at de vil gjøre:

- Kontinuerlig oppdatering av rutiner
- Oppfølging av ledere og statusmøter for dokumentert opplæring
- Få en totaloversikt over eget MTU
- Bevissthet rundt kassasjon av gammelt utstyr
- Investere i nytt MTU

### 3. Psykososialt arbeidsmiljø

Sykehus som OUS er svært komplekse virksomheter, som krever samhandling mellom mange yrkesgrupper med høyspesialisert kompetanse, ofte også på tvers av avdelinger. Dette stiller store krav til kommunikasjon og samarbeid, selve kjernen i det psykososiale arbeidsmiljøet. Godt psykososialt arbeidsmiljø er med andre ord helt nødvendig for god pasientbehandling og høy pasientsikkerhet, i tillegg til å være svært viktig for de ansattes opplevelse av sin arbeidssituasjon<sup>2</sup>. Respektfull og åpen kommunikasjon og godt tverrfaglig samarbeid er ikke bare noe som er godt å ha, men noe man er nødt til å ha.

I 2016 valgte Arbeidsmiljøavdelingen å endre noe på indikatorene for psykososialt arbeidsmiljø som klinikkene blir bedt om å rapportere på. For 2017 brukes de samme indikatorene som i 2016. Tidligere var *arbeidsglede og motivasjon* et tema, men Arbeidsmiljøavdelingen har etter mange år med høye skår på denne faktoren i Medarbeiderundersøkelsen (MU) et bilde av at dette er godt kartlagt - de ansatte er svært dedikerte og motiverte fagpersoner, også på tross av mange krevende utfordringer i arbeidshverdagen. Faktoren *omstilling og endring* ble også vurdert til å kunne utgå for å gi mulighet for å prioritere andre områder. Selv om det stadig er endringer og omorganiseringer, er disse av en annen størrelsesorden og karakter enn den store fusjonsprosessen med sammenslåingen av sykehusene som i dag er OUS. *Stress*, som tidligere har vært et tema i årsrapporten, ble endret for ikke bare å vurderes ut fra spørsmål i MU om arbeidsbelastning, men til også å inkludere spørsmål fra MU som kartlegger faktorer som påvirker hvorvidt arbeidsbelastning oppleves som negativt stressende eller ikke (se kapitlet om negativt stress).

*Medvirkning* ble tatt med i 2016 som et eget tema fordi dette er et av områdene der OUS – og Helse Sør-Øst for øvrig – får absolutt lavest skår i MU. Medvirkning er spesielt viktig for en kunnskapsorganisasjon som OUS, i tillegg til å være et krav i Arbeidsmiljøloven. Medvirkning er viktig også i både et stress- og pasientsikkerhetsperspektiv. *Læring og Samarbeid* er to nye temaer som ble tatt med også på grunn av pasientsikkerhet og den komplekse virksomheten et sykehus som OUS er. *Mobbing og trakassering*, samt *Vold og trusler*, ble også prioritert som nye temaer fordi det er behov for større fokus på disse områdene. Det er også sentrale føringer på at disse områdene skal være prioritert.

---

<sup>2</sup> Mange referanser er tilgjengelige. For eksempel:

- Carroll & Edmondson. "Leading organizational learning in health care". Quality and Safety in Health Care, 2002.
- Chassin og Loeb (The Joint Commission). "High-reliability Healthcare: Getting from There from Here." Milbank Quarterly 91:3 2013
- Leape, et al "A Culture of Respect", Academic Medicine Jul;87(7):845-52 2012
- Leiter, Michael P, et al. "The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes". Journal of Applied Psychology, Vol 96(6), Nov 2011
- Riskin et al. «The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial». Pediatrics. Sep 2015

Professor Michael West har formidlet sine resultater på feltet, basert på data fra National Health Service, på foredrag i forbindelse med Arbeidsmiljøuka 2017. Se kapitlet om samarbeid og <http://intranett.ous-hf.no/ikbViewer/Content/1322441/Presentasjon%20West%20norsk.pptx>

Medarbeiderundersøkelsen ble ikke gjennomført i 2017, siden den nye medarbeider- og pasientsikkerhetsundersøkelsen ForBedring skulle innføres våren 2018. Det foreligger derfor ikke nye MU-tall. Klinikkene er i forbindelse med årsrapporteringen 2017 bedt om å vurdere de samme temaområdene som for 2016 utfra eget skjønn. Dersom de vurderer at det er skjedd en utvikling i positiv eller negativ retning, skulle endringen begrunnes.

## 3.1 Læring

En av OUS' grunnleggende verdier er å være *lærende*. Det er allment kjent at en av de viktigste motivasjonsfaktorene for helsepersonell er faglig utvikling. Videre er det å skape en lærende organisasjon anbefalt som et viktig perspektiv når det gjelder pasientsikkerhet, og de ansattes opplevelse av arbeidsmiljøet.<sup>3</sup> Det er ingen enkel definisjon på lærende organisasjon, men det er mye mer enn individuell læring i form av utdanning og kurs. Et av kjennetegnene er *felles erfaringslæring*, for eksempel å gjennomgå hendelser, trekke ut læringsmomenter og sørge for at endringer blir gjennomført. Dette er grunnlaget for kontinuerlig forbedring og kvalitets sirkelen PUKK: Planlegge, Utføre, Kontrollere, Korrigere.

I praksis er dette ikke så lett, fordi det krever stor grad av gruppepsykologisk trygghet (se mer om deltakertrygghet i kapitlet om medvirkning). Sykehus har særlige utfordringer med å få dette til på grunn av tradisjoner med individuell læring og hierarki som gjør det vanskeligere for alle å kunne si fra<sup>4</sup>. Men *refleksjon*, for å bruke begrepet professor Michael West benyttet i sine foredrag i forbindelse med Arbeidsmiljøuken 2017, er svært viktig for både pasientsikkerheten og de ansattes arbeidsmiljø<sup>5</sup>.

Hvordan kan læring måles? I forbindelse med HMS-årsrapporten 2016 ble faktorene *Faglig utvikling og Forbedringer*<sup>6</sup> fra Medarbeiderundersøkelsen brukt som indikatorer. Alle klinikkene unntatt én ble vurdert til «gul» utfra tall på disse indikatorene. Tre klinikker justerte sin farge ned, delvis begrunnet med kursstopp på grunn av budsjettinnstramninger, mens tre klinikker justerte sin farge opp i årsrapporteringen 2016.

---

<sup>3</sup> Swee et al, (2013) "Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 26 Issue: 5, pp.420-432, <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-05-2011-0032>

<sup>4</sup> Nembhard & Edmondson (2006/2011), "Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams". Journal of Organizational Behavior, 27, 941-966

<sup>5</sup> <http://intranett.ous-hf.no/ikbViewer/Content/1322441/Presentasjon%20West%20norsk.pptx>

<sup>6</sup> Spørsmålene i MU er:

### FAGLIG UTVIKLING

Får utvikle meg faglig gjennom jobben

Får tilstrekkelig undervisning og veiledning til å kunne gjøre en god jobb

Legges det til rette for at du kan få utvikle dine ferdigheter

Får du konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet du utfører

### FORBEDRINGER

I min enhet er vi flinke til å melde og følge opp avvik

I vår enhet er det trygt å varsle om kritikkverdige forhold

Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem

Vi oppmuntrer hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre i min enhet

## Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Læring	2017	Grønn	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Oransje	Gul	Gul	Grønn	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul
	2016	Grønn	Gul	Gul	Gul	Gul	Gul	Oransje	Gul	Gul	Oransje	Gul	Oransje	Gul	Grønn	Gul	Gul

Klinikkenes vurdering for 2017 er veldig lik 2016, kanskje ikke overraskende fordi OUS ikke har nye medarbeiderundersøkelsestall. To klinikker har sett en forbedring (justert fargen opp), hvorav en begrunner det med at klinikken har opphevet 2016-sparetiltaket for kurs/opplæring. Den andre skriver at det varierer fra yrkesgruppe til yrkesgruppe og mellom lokalisasjoner. En av klinikkene har oppgitt gul farge for 2016, i stedet for grønn som de satte i 2016, og skriver at dette temaet fortsatt krever fokus, inkludert å følge opp avvik med ønske om forbedring.

Ut fra de tekstlige kommentarene kan det virke som om valg av farge jevnt over er vel positiv. For eksempel er det ikke lett å forstå at det vurderes til grønt hvis nivået ikke er høyere enn å sørge for lovpålagte kurs, vurdere evt andre kurs og drive intern fagopplæring. Som Arbeidsmiljøavdelingen kommenterer nedenfor, synes det å være relativt liten vekt på betydningen av refleksjon og kollektive læringsprosesser.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

Tre av klinikkene setter temaet «læring» som en av de fem største arbeidsmiljøutfordringene.

Samlet sett lister disse tre og de resterende klinikkene opp mange relevante tiltak, men det er en klar overvekt av oppmerksomhet på kurs. Dette kan henge sammen med at det fortsatt er stramme budsjetter og at drift prioriteres på bekostning av kurs og annen faglig utvikling, en utfordring flere klinikker nevner. Det er manglende midler og bemanning til å vedlikeholde kompetansen, skrives det. Det sies at dette også kan resultere i kunnskapsflukt, siden faglig utvikling har stor påvirkning på motivasjonen til fagpersoner.

Det er flere som skriver hvordan de skal utnytte lavkostnadstiltak som faglunsjer, personalmøter, interne undervisere, tverrfaglige nettverk, gratis fagseminarer og e-læring. Samtidig oppfordres ledere til å ha fokus på faglig utvikling på tross av budsjettsituasjonen, og sørge for tilrettelegging og tid til dette.

Det er store forskjeller mellom yrkesgrupper og arbeidsenheter når det gjelder læring, er det noen som påpeker, men uten at det er klart om det er tanker om spesifikke tiltak for å redusere denne variasjonen. Ett tiltak kunne være å undersøke hvordan de som lykkes får det til.

Andre tiltak som omtales er:

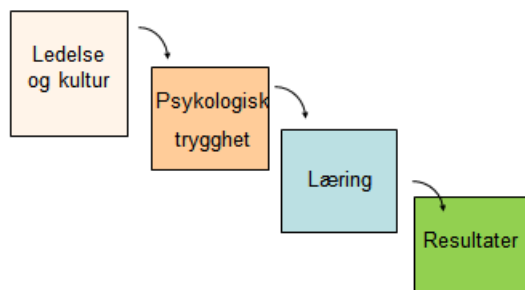
- Utviklingssamtaler og kompetanseplaner
- Opprettholdelse av utdanningsstillinger
- God oppfølging av ForBedring når den kommer
- Opplæring i Achilles, bedring av meldekultur, god saksbehandling og tilbakemelding til melder

Med unntak av noen få klinikker, synes det i beskrivelsen av utfordringene og tiltakene ikke å være like stor bevissthet på betydningen av felles erfaringslæring og refleksjon, som er grunnlaget for kontinuerlig forbedring.



Arbeidsmiljøavdelingen vil gjerne understreke at klinikkene lister mange nyttige tiltak, men vil samtidig kommentere at fokus på felles, tverrfaglig erfaringslæring synes å være en utfordring for OUS. Erfaringslæring handler om å stoppe opp, reflektere over, og lære av negative - og positive - hendelser, f.eks. ved å ha hyppige, korte debrief og evalueringer. Det er innført eksempelvis Pulsmøter, Det grønne korset, og andre treffpunkter mange steder, men Arbeidsmiljøavdelingen erfarer at det ikke er tilfelle overalt, at disse ikke alltid fungerer optimalt, at og mange ansattgrupper etterlyser debrief.

Å bli en lærende organisasjon er nært knyttet til de andre psykososiale temaområdene. Medvirkning, godt samarbeid på tvers av yrkesgrupper og arbeidsenheter, fravær av mobbing og trakassering og destruktive konflikter, og arbeid med å skape en kultur preget av åpenhet og respekt. Dette er faktorer som bidrar til å skape psykologisk trygghet og gode betingelsene for læring. For flere tiltak vises det derfor også til kapitlene som omtaler de andre psykososiale temaområdene.



Amy Edmondson, Harvard University, har gjort mye arbeid om psykologisk trygghet som betingelse for læring, inkludert studier fra helsesektoren. Her en tidlig kvantitativ og kvalitativ analyse «Psychological Safety and Learning in Working Teams». *Administrative Science Quarterly*, 44 (1999).



Gode resultater – inkludert pasientsikkerhet - er avhengig av gode læringsprosesser. Betingelsen for det er psykologisk trygghet<sup>7</sup> Det viktigste grunnlag for psykologisk trygghet er en respektfull kultur.<sup>8</sup>

Det kan også være behov for mer fokus på konkrete, enkle metodikker, i tillegg til PUKK-hjulet og omfattende hendelsesanalyser. Pulsmøter, After Action Review og Det grønne korset, er slike metoder, som ikke trenger å ta mye tid. Disse metodene, samt behovet for bedre personalmøter og tverrfaglige treffpunkter, er tatt med som del av handlingsplanen som det partssammensatte koordinerende utvalget (som ble nedsatt i forbindelse med oppfølging av Fafo-rapporten om ytringsklima<sup>9</sup> ved OUS og bedring av åpenhetskulturen, se kapitlet om kultur) har utarbeidet.

Oppfølging av avvik kan i mange tilfeller med fordel gjennomføres som en kollektiv læringsprosess, som er et noe annet perspektiv enn saksbehandling med tilbakemelding til melder.

<sup>7</sup> Edmondson, "Psychological safety and learning behavior in work teams". *Administrative Science Quarterly*, 1999; 44, 2

<sup>8</sup> Perlo J, Balik B, Swensen S, Kabcenell A, Landsman J, Feeley D. *IHI Framework for Improving Joy in Work*. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2017. (Available at [ihi.org](http://ihi.org))

<sup>9</sup> <http://www.faf.no/index.php/nb/zoo-publikasjoner/faf-rapporter/item/ytringsbetingelser-og-varsling-i-oslo-universitetssykehus>

## 3.2 Samarbeid

Opplevelsen av samarbeid omfatter sosialt klima og hvorvidt man får støtte og hjelp av kollegaer i arbeidssituasjonen. Konflikter som ikke blir håndtert hensiktsmessig kan redusere opplevelsen av hvorvidt samarbeidet i en avdeling fungerer tilfredsstillende. Spørsmål for å kartlegge dette brukes i MU for å kunne gi utgangspunkt for vurdering av indikatoren samarbeid<sup>10</sup>. Sosial støtte fra kolleger og ledelse er av stor betydning for helhetsopplevelsen av et psykososialt arbeidsliv og kan virke modererende og forebyggende på opplevelsen av belastninger i arbeidslivet<sup>11</sup>.

Godt samarbeid er også av avgjørende betydning for god pasientbehandling og –sikkerhet, i tillegg til en rekke andre variabler. Professor Michael West, som holdt foredrag under Arbeidsmiljøuken 2017, viste følgende resultater fra sin forskning<sup>12</sup>:

### Godt teamarbeid gir:

- Redusert liggetid og kostnader
- Økt resultatoppnåelse og innovasjon
- Økt trivsel og velvære (“well-being”) hos ansatte
- Tverrfaglige team leverer pasientbehandling med høy kvalitet og implementerer flere innovasjoner
- Lavere pasientdødelighet
- Færre avvik
- Redusert stress, turnover og sykefravær

Lyubovnikova, J. & West, M.A. (2013). Why teamwork matters: Enabling health care team effectiveness for the delivery of high-quality patient care. In E. Salas et al. (eds.), Developing and enhancing teamwork in organizations: Evidence-based practice and guidelines. (pp.331-372). San Francisco: Jossey Bass.

Fargevurderingen basert på indikatorene ga i 2016 gult til alle klinikkene. (Tre av klinikkene i sin egenvurdering endret dette til grønt.) Det bør imidlertid kommenteres at dette er en sammensatt indikator, som gir et sammensatt bilde. Sosialt samspill i egen enhet – som kan tolkes som godt samarbeid med de nærmeste kollegaene – er generelt meget godt og det som trekker opp, mens det konsekvent er lavere skår på hvorvidt leder sørger for godt samarbeid med andre enheter, og enda lavere hos alle klinikker (med ett unntak) på konflikter og konflikthåndtering i MU-resultatene fra 2016.

---

<sup>10</sup> SOSIALT SAMSPILL

Er det sosiale klimaet i din enhet preget av medansvar og lagånd  
Om du tener det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra dine arbeidskolleger  
Opplever du at samarbeidet i enheten fungerer godt?

KONFLIKT

Har du lagt merke til forstyrrende konflikter i din enhet  
Når konflikter oppstår i din enhet, blir de håndtert på en god måte?

I tillegg er spørsmålet «Min nærmeste leder sørger for at min enhet samarbeider godt med andre enheter» tatt med

<sup>11</sup> Karasek, «krav-kontroll-støtte»

<sup>12</sup> <http://intranett.ous-hf.no/ikbViewer/Content/1322441/Presentasjon%20West%20norsk.pptx>

## Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Samarbeid	2017																
	2016																

Flere klinikker oppgir at de har jobbet målrettet mot de områder som ble avdekket var problematiske i MU 2016. Noen har fått bistand av Arbeidsmiljøavdelingen. Klinikkenes egen vurdering av situasjonen i 2017 viser at bare en klinikk vurderer at situasjonen er endret fra i fjor. Flere klinikker nevner at det jobbes for at kommunikasjonen og samarbeidet mellom ledelse, ansatte, tillitsvalgte skal være godt. Enkelte nevner at konflikter foreligger og at det jobbes for å redusere negative effekter av dette.

Omtrent en tredjedel av klinikkene påpeker at kommunikasjon og samhandling mellom forskjellige profesjoner, enheter, seksjoner, avdelinger og klinikker kan bli bedre. Her nevnes det at lite forståelse for hverandres utfordringer kan føre til samarbeidsproblemer utenfor egen enhet, blant annet i situasjoner hvor man overfører pasienter fra et sted til et annet, eller hvor ulike profesjoner behandler pasienten sammen. Spørsmålene i MU er som sagt i stor grad rettet mot egen enhet og hvordan samarbeid og konflikter fungerer der. Det er sannsynlig at resultatet derfor ikke gjenspeiler hvordan dette fungerer mellom ulike enheter og grupper og at resultatet på denne indikatoren hadde blitt lavere dersom den hadde omfattet samarbeid i et større perspektiv, som seksjon til seksjon, sykepleiere til leger, osv.

Tre av klinikkene har samarbeid/samhandling som en av fem største arbeidsmiljøutfordringer eller høyest prioriterte tiltak de står ovenfor, hvor samarbeid på tvers typisk nevnes som utfordring.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

Tiltak som trekkes fram av klinikkene er blant annet at man kan holde tverrfaglige møter og skape arenaer for godt samarbeid mellom profesjoner. Alle profesjoner kan, og må inkluderes her. Noen nevner at rotering på tvers av egne avdelinger og i OUS kan være hensiktsmessig. I tillegg nevnes verneombud, tillitsvalgte og ledere som viktige aktører for velfungerende samarbeid mellom avdelinger.

Arbeidsmiljøavdelingen kan tilføye at utfordringer i samarbeid mellom forskjellige konstellasjoner (profesjon/enhet/seksjon/avdeling/klinikk) er en relativt vanlig utfordring i OUS. Uansett årsaker til utfordringer i samarbeid er det viktig at man jobber for å samhandle godt på tvers til det beste for pasientene og driften. I tillegg til leder er verneombud og tillitsvalgte viktige rollemodeller som kan påvirke at kulturen for samarbeid i en avdeling, og mellom avdelinger og yrkesgrupper, blir god. Det er derfor viktig at disse er bevisst sin rolle. I tillegg er det avgjørende at ledere legger til rette for, og er positiv til samarbeid ut over egen enhet, og at de utøver helhetstenkning for organisasjonen. Et sykehus med godt samarbeid og velfungerende informasjonsoverføring på tvers angående pasienter vil med stor sannsynlighet påvirke hvordan opplevelsen av sykehusoppholdet blir.

Godt samarbeid på tvers av profesjoner og avdelinger er en viktig del av arbeid med kultur. Gode tiltak inkluderer arbeid med felles normer/kjørereregler, samt avklaring av både forventninger og hvordan gruppene «kan spille hverandre gode». Det kan også være behov for mer detaljert gjennomgang av arbeidsprosesser og iverksettelse av prosessforbedringer. Med hensyn til konflikter er det viktig at disse håndteres på hensiktsmessig vis og at disse ikke sprer seg i arbeidsmiljøet. Man vet at høyt

konfliktnivå har sammenheng med trivsel og sykefravær og at dette også potensielt kan utvikle seg til mobbing og trakassering<sup>13</sup>. OUS bør fortsatt ha som Satsingsområde at det jobbes forebyggende mot konflikter, mobbing og trakassering, blant annet gjennom utviklende intervensjoner for team, samarbeid, kommunikasjon og kultur. I tillegg skal det i 2018 arbeides med oppdatering av konflikthåndteringsrutiner. Disse rutinenene bør kommuniseres ut i linjen slik at alle ledere og medarbeidere vet hvilke rammer og fremgangsmåter som gjelder, og er bevisst på at fastlåste konflikter utgjør et arbeidsmiljøproblem som krever håndtering.

---

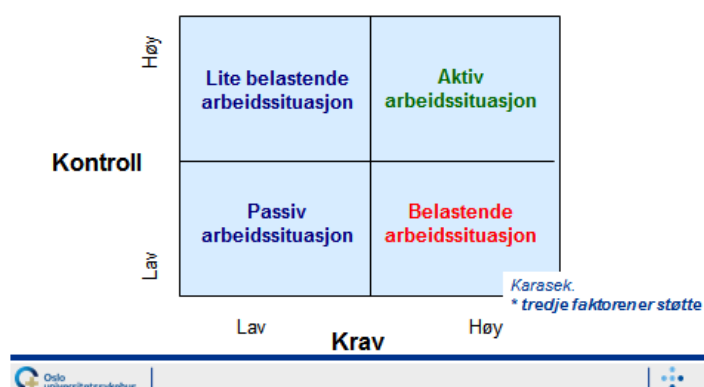
<sup>13</sup> Einarsen og Pedersen, 2007

### 3.3 Negativt stress

Hvorvidt en arbeidssituasjon oppleves som negativt stressende avhenger av flere faktorer. De spørsmålene som ligger til grunn for dette temaet i årsrapporteringen er faktorene i MU som måler arbeidsbelastning, egenkontroll og rollekonflikt, samt hvorvidt leder er anerkjennende.<sup>14</sup> I henhold til stressforskning<sup>15</sup> kan uheldige utslag på disse faktorene medføre en belastende arbeidssituasjon eller negativt stress. Man må se situasjonen i et helhetsperspektiv. Dersom man skårer høyt på egenkontroll og får anerkjennelse for sitt arbeid, kan effekten av arbeidsbelastning og rollekonflikt bli mindre. I tillegg spiller graden av sosial støtte og opplevd medvirkning inn som viktige modererende faktorer her. Høye krav og høyt tempo blir mindre belastende dersom man har kollegastøtte og dersom man opplever at man har lederens støtte og forståelse. I tillegg vil det å oppleve medvirkning i arbeidssituasjonen vår øke følelsen av autonomi og slik gjøre at belastningene virker mer håndterbare. Oppsummert kan man beskrive det som at jo mer autonomi i jobben og jo bedre sosial støtte, jo høyere krav vil man normalt mestre.

På bakgrunn av MU-indikatorene 2016 vurderte Arbeidsmiljøavdelingen 4 klinikker gult og resten oransje. For fem klinikker var egenvurderingen mindre alvorlig, mens tre vurderte situasjonen som mer alvorlig.

#### Krav-kontroll stressmodell\*



<sup>14</sup> Underliggende spm i vurdering av negativt stress:

- «min nærmeste leder gir anerkjennelse og ros»

#### ARBEIDSBELASTNING

- Er den fysiske belastningen for stor i arbeidet ditt?
- Er arbeidstempoet ditt belastende?
- Er arbeidsmengden din belastende?
- Må du utføre arbeidsoppgaver du opplever at du ikke behersker?

#### EGENKONTROLL

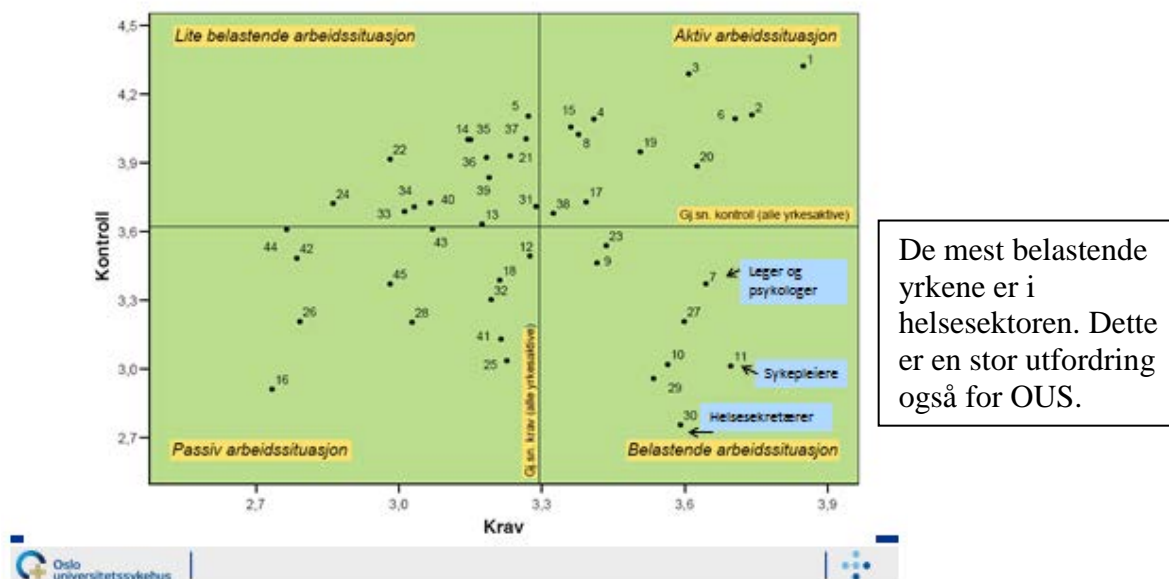
- Kan du påvirke mengden arbeid som blir tildelt deg?
- Kan du selv bestemme ditt arbeidstempo?

#### ROLLEKONFLIKT

- Må du gjøre ting som du mener burde vært gjort annerledes?
- Får du oppgaver uten tilstrekkelig hjelpemidler og ressurser til å fullføre dem?
- Mottar du motstridende forespørsler fra to eller flere personer?

<sup>15</sup> De to mest kjente forskningsbaserte stressmodellene er Karaseks «krav-kontroll-støtte og Siegfriests innsats-utbytte, inkludert anerkjennelse.

FIG. 18 Yrkesgrupper i fire ulike typer arbeidssituasjoner, etter gruppenes gjennomsnittssk på krav og kontroll. (Kilde: SSB, LKU 2006)



## Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Negativt stress	2017																
	2016																

Man ser at det er generelt er liten endring i klinikkenes egen vurdering av situasjonsbildet for negativt stress fra 2016 til 2017. En av klinikkene angir at de har hatt reduksjon av dette. Det kommenteres ikke hvorfor endringen er gjort fra oransje til gul, men de kommenterer under forbedringstiltak at de kan ha tettere oppfølging fra leder til ansatte og fortsette med gjennomføring av tiltak. En klinikk angir forverring og skriver at man har jobbet mye med ressursstyring og fordeling av oppgaver og at dette må være et fortsatt fokus i 2018. To av klinikkene angir sitt område som rødt. Dette kobles spesielt opp mot arbeidsbelastning og arbeidspress.

Typiske tendenser som går igjen i klinikkenes årsrapporter er at ansatte opplever høy arbeidsbelastning sammen med uforutsigbarhet i arbeidet som stressende. Uforutsigbarheten omfavner typisk både opplevelse av utilstrekkelig bemanningssituasjon og opphopning av pasienter, som vanskeliggjør god planlegging og pasientbehandling. Flere av klinikkene har hatt dette som forbedringspunkter og noen nevner at de har lyktes med jevnere å fordele oppgavene mellom ansatte. Rundt halvparten av klinikkene har stress på listen av de fem største arbeidsmiljøutfordringer de står ovenfor.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

Med hensyn til negativt stress omhandler problematikken her i stor grad høy arbeidsbelastning på de ansatte, angis det fra klinikkene. Av foreslåtte tiltak nevnes det hos flere klinikker kontinuerlig forbedringsarbeid, planlegging og å jobbe for økt forutsigbarhet. Noen nevner også tiltak som stresshåndteringsopplæring for ansatte. Eksempel på dette kan være å gjennomføre stressmestringskurs. Det nevnes også at kartlegging av bakenforliggende årsaker for høy turnover og sykefravær bør gjøres.

Oppsummering av tiltaksforslag fra klinikkene:

- Stresshåndtering med individfokus
- Kontinuerlig forbedring/ LEAN
- Bedre bemanningsplanlegging
- Kartlegging av underliggende årsaker for sykefravær/ høy turnover

Arbeidsmiljøavdelingen er oppmerksom på at dette området anses som en av de største utfordringene for et betydelig antall av klinikkene. Det er derfor viktig at forebygging av negativt stress tas på alvor. Tiltak for stresshåndtering kan gjøres både på individ- og gruppenivå, fra organisering og forbedring av drift, til kursing rundt individuelle mestringsstrategier. Tiltakene må også vurderes i et helhetsperspektiv opp mot andre faktorer man vet påvirker opplevelsen av stress. Her kan man dra inn blant annet kompetanseheving, samt dialog om turnus, som igjen kan påvirke opplevd kontroll i arbeidet og følelsen av rollekonflikt. Muligheten for medvirkning og innflytelse er spesielt viktig for å bedre opplevelsen av kontroll. Se eget kapittel om dette.

Sosial støtte og anerkjennelse er også svært viktig som buffer i arbeid hvor man har høy intensitet eller andre påkjenninger. Her må det da også etableres muligheter og arenaer for at kollegastøtte eller støtte fra leder praktisk kan gjennomføres. I tillegg er det også av stor betydning at man driver bevisst arbeid med kommunikasjon og kultur for samhandling i avdelingene. Arbeidsmiljøavdelingen har vært involvert i prosesser rundt uheldig kommunikasjonskultur i klinikker, og har fått konkrete resultater hvor man ser at etter vellykkede intervensjoner har bemanning, rekruttering og turnover endret seg i positiv retning.

### 3.4 Medvirkning

Medarbeidernes rett og plikt til å medvirke er nedfelt i Arbeidsmiljøloven. Arbeidsgiver plikter å gi den enkelte arbeidstaker mulighet til å medvirke i prosesser og beslutninger som gjelder egen arbeidsplass. Arbeidstaker har på sin side plikt og rett til å medvirke til å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø<sup>16</sup>. Hvor mye man har mulighet til å medvirke i sitt arbeidsmiljø henger tett sammen med opplevelsen av autonomi. Vi vet at autonomi påvirker både engasjement<sup>17</sup> og hvorvidt opplevelsen av å stå i høye krav blir ansett som belastende og negativt stressende for den enkelte eller ikke.<sup>18</sup> Dette gjør medvirkning spesielt relevant med hensyn til den uforutsigbarhet og tidvis høye arbeidspress som ligger i mye av sykehusets arbeidsoppgavers natur. Se også kapitlet om «Negativt stress».

Medvirkning har Arbeidsmiljøavdelingen tatt med som et tema i klinikkenes HMS-rapportering fordi det er den faktoren i MU som OUS i 2016 nest etter Egenkontroll skåret absolutt lavest på. (Disse faktorene hegner for øvrig sammen, se over.) Den er også viktig i lys av funnene i Fafo-rapporten om ytringsklima (2016). Resultatene viser at en fjerdedel av legene og sykepleierne har opplevd eller vært vitne til kritikkverdige forhold, men bare halvparten har varslet/sagt fra om dette. Kun en tredjedel av de som tar opp kritikkverdige forhold opplever å få en positiv respons, og OUS viser dårligere resultat enn andre virksomheter når det gjelder oppfatning av at det nytter å si fra, at det fører til endringer i situasjonen (26 % i OUS mot 36 % - 54 % i andre virksomheter, i henhold til Fafo-rapporten 2016). Dette er i tillegg til et arbeidsmiljøproblem også en alvorlig risiko for pasientsikkerheten, for de fleste av de kritikkverdige forhold som Fafo har spurt om angår pasientsikkerheten direkte eller indirekte.

Tabell 4.1 Ansatte som har vært vitne til, avdekket eller opplevd kritikkverdige forhold som burde være stoppet, i løpet av de siste 12 månedene. N = 657. Flere svar mulig.

Kritikkverdige forhold	Prosent
Destruktiv ledelse som er ødeleggende for arbeidsmiljøet	45
Forhold som kan medføre fare for liv og helse	42
Manglende vilje til å rette opp alvorlige feil ved tjenesten	23
Brudd på etiske retningslinjer	22
Behandling av pasienter som strider mot gjeldende lovverk	19
Brudd på lovpålagt taushetsplikt	9
Trakassering på bakgrunn av kollegers etnisitet/livssyn/kjønn/sekuelle legning m.m.	12
Bruk av rusmidler på jobb	5
Vold eller urettmessig maktmisbruk mot pasienter	3
Sosial dumping / uakseptable lønns- og arbeidsvilkår	3
Bruk av ulovlige kjemikalier/utslipp	1
Underslag/tyveri og/eller økonomiske misligheter	1
Svart arbeid / skatteunndragelser	0,5
Annet	12

Medarbeidernes opplevelse av medvirkning påvirkes blant annet av hvorvidt vedkommende får delta i viktige avgjørelser for arbeidet og hvorvidt en oppmuntres til å ha og kommunisere egne meninger. Disse faktorene måles i MU.<sup>19</sup> Et tilleggselement som sier noe om ansattes medvirkning er også opplevelsen av hvorvidt man får bidra i oppfølgingen av MU, derfor inkluderes dette i vurderingen av helhetsbildet rundt medvirkning i OUS. Med kriteriene Arbeidsmiljøavdelingen satte for fargekodning i

<sup>16</sup> Arbeidstilsynet.no

<sup>17</sup> Demerouti et al (2001), Schaufeli & Bakker (2004)

<sup>18</sup> Karasek, «krav-kontroll-støtte» - den forskningsbaserte og mest siterte modell for stress.

<sup>19</sup> MEDVIRKNING

- Oppmuntres du til å delta i viktige avgjørelser?
- Oppmuntres du til å si fra når du har en annen mening?



2016, var to klinikker vurdert til gult, resten til oransje. Fire av klinikkene ga imidlertid en bedre vurdering av situasjonen i sin rapportering i 2016.

## Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Medvirkning	2017	Grønn	Oransje	Gult	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Gult	Gult	Gult	Oransje	Gult	Gult	Gult
	2016	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	Gult	Oransje	Oransje	Grønn	Gult	Gult

I klinikkens egne vurderinger av medvirkning ser man at fra 2016 til 2017 gjør 4 av klinikkene et skifte i positiv retning. En av klinikkene skriver at dette temaet ikke kommenteres grunnet at MU ikke er gjennomført, men har likevel endret farge fra oransje til gul. En annen etterlyser klare måleparametere, men gjør likevel en endring fra oransje til grønn farge. En tredje klinikk kommenterer skåren på MU fra 2016, som er i oransje nivå, men angir likevel sitt nivå som gult uten videre kommentarer. Dette gjør at man kan stille spørsmål ved hvorfor endringene av farge er gjort, da dette ikke er beskrevet. En av klinikkene som har hatt et positivt skifte nevner imidlertid at lederne må tenke medvirkning for å få med sine ansatte. Medvirkning fra ansattrepresentanter nevnes også her.

Generelt går flere kommentarer fra klinikkene på at medvirkning påvirkes av manglende eller ulik informasjon. Det fremkommer at god og tilgjengelig informasjon savnes når det er endrings- eller omstillingsprosesser spesielt. Nesten halvparten av klinikkene har medvirkning på listen av de fem største arbeidsmiljøutfordringer de står ovenfor.

## Satsing og tiltak for forbedring fremover

Typiske forbedringstiltak klinikkene har for å øke opplevd medvirkning er at man fokuserer på lik informasjon til alle. Det nevnes også at tillitsvalgte og verneombud i større grad skal inkluderes i planlegging og at tid til dette må og skal prioriteres. At medarbeiderne skal selv aktivt jobbe med å medvirke blir også påpekt av noen klinikker. Konkrete forbedringstiltak som blir brukt er å jobbe for mer hensiktsmessig møttestruktur og etablering av tilgjengelige arenaer for informasjon, samt metoder som «grønne kors». Det nevnes også at ledere må være bevisst på medvirkning og ta ansvar for å få med seg sine medarbeidere, samt at nytten av å medvirke i større grad kan synliggjøres for de ansatte. Oppsummering av klinikkens tiltak:

- Gjensidig ansvar leder/underordnet: leder må jobbe for å inkludere, ansatt må aktivt forsøke å medvirke
- Inkludere og prioritere tillitsvalgte og verneombud
- Hensiktsmessig møttestruktur
- Forutsigbare arenaer for medvirkning
- Lik informasjon til alle berørte
- Bedre informasjon i endrings- og omstillingsprosesser

Arbeidsmiljøavdelingen har fokus på medvirkningens betydning for hvorvidt arbeidssituasjonen vurderes som negativt stressende eller som en arena for mestring. Dette påvirkes som nevnt i vesentlig grad av de krav man står i sett opp mot innflytelse man har over egen arbeidssituasjon. Dette kan kommuniseres ut til både ledere og ansatte, for å ansvarliggjøre og tilrettelegge for den enkelte til å medvirke i sin arbeidshverdag.

Gode personalmøter, tverrfaglige samlinger, arbeidsmiljøseminarer, forbedringstavler, korte regelmessige statusmøter, gode prosesser for oppfølging av ForBedring, og for oppfølging av avvik, samt meningsfulle utviklingssamtaler, er alle viktige tiltak for å bedre ansattes muligheter for medvirkning. Ansattes reelle mulighet til å medvirke er imidlertid ikke bare avhengig av at de formelle kanalene ligger til rette. For å få dette til å fungere må *deltakertrygghet* også være til stede. Det vil si i hvor stor grad medlemmene i arbeidsmiljøet opplever dette som trygt slik at man tør å presentere nye ideer, påpeke problemer og ta initiativ uten å bekymre seg for avvisning eller latterliggjøring. Her ligger det et betydelig *lederansvar* i å oppmuntre til deltakelse og medvirkning<sup>20</sup>, samt å utvikle samarbeids- og kommunikasjonskulturen i egen enhet, og håndtere eventuell kritikkverdigg atferd i gruppen

Det er positivt at flere klinikker angir et positivt skifte i egenvurdering av medvirkning, men det foreligger som nevnt noe usikkerhet rundt hvorvidt vurderingene fra 2017 er valide nok. Det er uansett fortsatt totalt sett en del lave vurderinger (oransje) og snittet på ansatte som opplevde seg involvert i oppfølging av MU lå på bare 53 % fra 2015 til 2016. Man bør argumentere for at økt medvirkning bør være et fortsatt Satsingsområde i OUS fremover, tatt i betraktning viktigheten av tilfredsstillende medvirkning og autonomi for å forebygge negativt stress, samt resultatene i Fafo-undersøkelsen og betydningen ytringsklima har for pasientsikkerhet.

---

<sup>20</sup> Nembhard & Edmondson, "Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams". *Journal of Organizational Behavior*, 27, 941-966 (2006)

### 3.5 Mobbing og trakassering

I følge arbeidsmiljølovens (AML), § 4-3 (3) skal arbeidstakere ikke utsettes for mobbing og trakassering eller annen utilbørlig opptreden. Mobbing og trakassering kan ha store negative helsemessige konsekvenser for den som blir utsatt for det. Det har også konsekvenser for pasientsikkerhet. Arbeid for å forhindre trakassering og skape en respektfull kultur er en av de viktigste faktorene for å sikre pasientsikkerhet<sup>21</sup>. I OUS skal det være nulltoleranse for mobbing og trakassering<sup>22</sup>, og arbeid med kultur skal være høyt prioritert (se kapitlet om Kultur).

#### Status i OUS

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Mobbing og trakassering	2017	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt	Gult	Grønt	Gult	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Grønt
	2016	Grønt	Grønt	Grønt	Gult	Oransje	Gult	Gult	Grønt	Gult	Gult	Gult	Gult	Gult	Grønt	Grønt	Grønt

Med unntak av 2 klinikker er det liten endring i klinikkens egen vurdering av status på 'Mobbing og trakassering'. 7 klinikker vurderer selv å være på grønt nivå i 2017 som i 2016, 7 klinikker vurderer selv å være på gult nivå i 2017 som i 2016. En klinikk har endring av status fra gult til grønt nivå, og en klinikk fra oransje til gult nivå. Den siste klinikken har arbeidet systematisk med kultur og mot trakassering og formidlet sitt arbeid også til resten av sykehuset. Ref. oversikt ovenfor som viser alle klinikkens vurdering av status i egen klinikk på temaet «Mobbing og trakassering».

I årsrapporten for 2016 ble «Mobbing og trakassering» av Arbeidsmiljøavdelingen vurdert til gult på 12 klinikker, og til oransje på 4 av klinikker på bakgrunn av resultatene på dette spørsmålet i MU<sup>23</sup>. 5 av klinikkene justerte sine farger ned ett nivå i egen årsrapport, 2 klinikker justerte ned to nivåer, fra oransje til grønt. Arbeidsmiljøavdelingen mener det er urovekkende at så mange klinikker velger å nedjustere nivået, spesielt i og med at det skal være nulltoleranse mot mobbing og trakassering i OUS. MU har høy svarprosent i OUS og er den beste indikator OUS har på de ansattes vurdering av forekomsten av mobbing og trakassering.

Enkelte klinikker trekker i 2017 frem at det kan være slike utfordringer i noen seksjoner. Én klinikk påpeker at det er tilfeller av mobbing og trakassering i klinikken, samtidig som de vurderer nivået til å være på grønt. Arbeidsmiljøavdelingen stiller her spørsmålstegn ved om det er riktig å sette nivået på grønt, når det samtidig sies at det er tilfeller av mobbing og trakassering i klinikken.

Basert på ovenstående beskrivelse er hovedbekymringen knyttet til mobbing og trakassering hvorvidt man i OUS tar dette temaet nok på alvor. Det skal være nulltoleranse mot mobbing og trakassering. Dersom det er tilfeller av mobbing og trakassering i en klinikk, skal man ha en streng vurdering av hvordan situasjonen er i klinikken, og ha ekstra fokus på tiltak på dette området.

<sup>21</sup> Chassin og Loeb 2013, The Joint Commission (som godkjenner sykehus i USA) «High-Reliability Health Care: Getting There from Here». Milbank Quarterly.

Selv tilsynelatende mindre alvorlige former for negativ kommunikasjon kan ha fatale konsekvenser. Riskin et al. «The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial». Pediatrics. Sep 2015

<sup>22</sup> Ref artikkel av HR direktør Morten Meyer på intranett 06.03.2018.. «Administrerende direktør har vært tydelig på at OUS har nulltoleranse for trakassering»

<sup>23</sup> Spørsmålsformulering i MU 2016: «Har du lagt merke til om noen er blitt utsatt for mobbing eller trakassering i din enhet i løpet av de siste seks måneder?» Svarskala: «Meget sjelden eller aldri» til «Meget ofte eller alltid»

Flere klinikker sier imidlertid at de i 2017 har satt temaet på dagsorden ved ulike anledninger, i ulike fora og på ulike nivå i organisasjonen, 1) både som oppfølging av resultater fra Fafo-rapporten om ytringsklima i OUS som ble gjennomført i 2016, og 2) i forbindelse med '#metoo -kampanjen' som har aktualisert tematikken ytterligere senhøsten 2017.

Enkelte klinikker skriver at de har blitt bedre på håndteringen av mobbe- og trakasseringssaker, at det er jobbet med varslingsrutiner knyttet til Fafo-rapporten, og at dette temaet er satt på dagsorden gjennom arbeid med samhandlings- og kommunikasjonskultur og utarbeidelse av kulturplakater i ulike enheter. Mange klinikker er opptatt av å formidle at det skal være nulltoleranse mot mobbing og trakassering, og at alle varsler og avvik skal følges opp på en profesjonell og forsvarlig måte.

3 klinikker har satt mobbing og trakassering/saksbehandling i varslingsaker som ett av sine 5 største arbeidsmiljøutfordringer/tiltak.

### Satsing og tiltak for forbedring fremover

Forbedringstiltak som trekkes fram av klinikkene er bl.a.:

- Behov for å møte alle varsler om mobbing og trakassering med lik og ryddig saksbehandling.
- Forventing om økt fokus på temaet i forbindelse med «metoo-kampanjen».
- Oppfølging av Fafo-rapporten og bestilling fra sentralt AMU til klinikk-AMU'ene om å drøfte denne og iverksette tiltak .
- Økt kunnskap hos ledere og ansatte om hva mobbing og trakassering er, og hvilke rapporteringsplikter man har. Opplæring og temamøter på alle nivå.
- Be alle ledere ta opp temaet mobbing og trakassering på sine personalmøter og ledermøter.
- Følge prosedyre ved mobbing og trakasseringssaker.
- Tett samarbeid mellom leder, ansatte, HR og Arbeidsmiljøavdelingen der mobbing og trakassering forekommer, samt oppfølging av MU/ForBedring der det er lav skår på temaet.
- Motivere flere enheter til å lage egne kulturplakater, og gjøre arbeid med kulturkonsulenter kjent.
- Fortsette å oppfordre til å melde i fra og ha en åpenhetskultur. Sørge for god ivaretagelse av både den som blir utsatt for uønskede hendelser og den som utøver.
- Fokus på åpenhetskultur, og opplæring i varslings via ulike metoder
- Nedsette arbeidsgruppe som skal foreslå forebyggende tiltak for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for alle i klinikken.

Flere trekker fram behovet for økt kunnskap om mobbing og trakassering, varslingsrutiner. Dette er nå også satt høyt på dagsorden fra ledelsen i OUS, bl.a. som følge av oppfølgingsarbeidet etter Fafo-rapporten, og nylig gjennomført undersøkelse fra Yngre legers forening (YLF) som viser at mer enn hver fjerde lege ved OUS (26,5 %) sier at de selv har opplevd seksuell trakassering, eller har sett andre bli utsatt for seksuell trakassering<sup>24</sup>. Flere tiltak er nå igangsatt for å forebygge og håndtere mobbing og trakassering generelt, og seksuell trakassering spesielt. Noen viktige tiltak:

- Det utarbeides i disse dager en ny nivå 1-prosedyre for håndtering av mobbing og trakassering, inkludert definisjoner og beskrivelser av hva mobbing, trakassering og seksuell trakassering er. Prosedyren forventes å være på plass i e-håndboken i løpet av våren 2018. Deretter planlegges

---

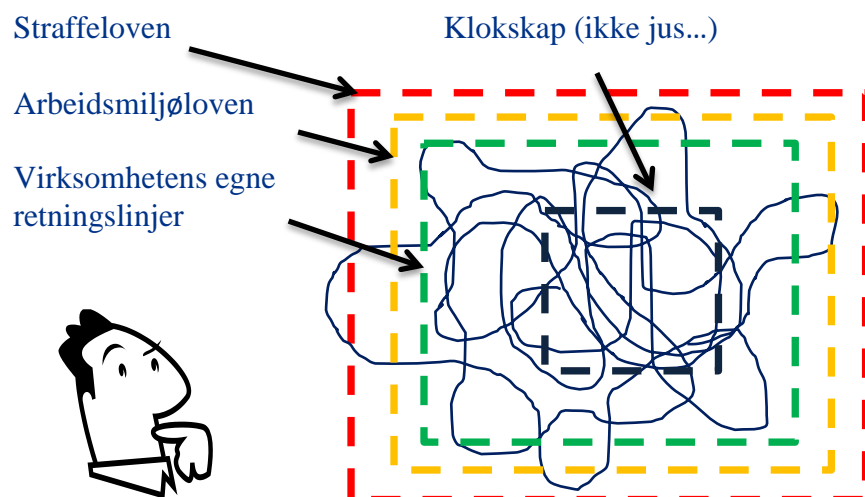
<sup>24</sup> Ref. <https://fagbladetjournalen.no/en-av-fire-leger-har-opplevd-seksuell-trakassering/>

det for bred informasjon til ulike fora og ulike nivåer i OUS om prosedyren, og forventninger til ulike rollers oppgaver og plikter i håndtering og forebygging av mobbing og trakassering på egen arbeidsplass.

- De interne varslingsrutinene skal gjennomgås for å sikre at de er gode nok
- Seksuell trakassering skal være tema på alle ledermøter i OUS
- Lederkontraktene får et eget vedlegg for å bevisstgjøre lederne om deres rolle og ansvar for å jobbe mot seksuell trakassering
- Seksuell trakassering som tema blir fulgt opp gjennom ordinære lederoppfølgingsmøter
- Årets medarbeiderundersøkelse (ForBedring) har spørsmål med fokus på mobbing, trakassering og seksuell trakassering
- Alle nyansatte vil bli informert om varslingsrutiner, samt at varsling er på dagsorden i OUS lederutviklingsprogram <sup>25</sup>

Det er også stadig større fokus i OUS på arbeid med kommunikasjonskultur, spilleregler for samarbeid og kommunikasjon, hva som er akseptabel atferd og ikke. Flere klinikker, avdelinger og seksjoner har gjennomført prosesser der disse temaene er satt på dagsorden, diskutert, og der man i fellesskap har jobbet fram spilleregler for samarbeid og kommunikasjon, ofte i form av kulturplakater. Det er et Satsingsområde i OUS å fortsette dette arbeidet, at flere klinikker og enheter motiveres til slikt kulturutviklingsarbeid. Dette vil kunne bidra til å øke bevisstheten på hvor grensene går når det gjelder hva som er akseptabel atferd og ikke.

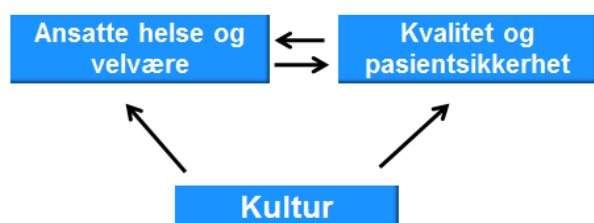
Et viktig perspektiv i kulturarbeid er å jobbe både for 1) å forebygge og forhindre brudd på lovverk og virksomhetens interne retningslinjer, og 2) sette fokus på klokskap i kommunikasjon og atferd. Ref figuren nedenfor (Harald Pedersen, 2017). Klokskap i kommunikasjon, atferd og samhandling handler om mye mer enn hva som skal til for å holde seg innenfor lovverk og retningslinjer. Det handler bl.a. om hva som er hensiktsmessige måter å opptre og kommunisere på for å skape et best mulig samhandlingsklima i virksomheten.



<sup>25</sup>Ref. <https://fagbladetjournalen.no/ous-setter-inn-tiltak-mot-seksuell-trakassering/>

## 3.6 Kultur

Ytringsklima og kulturbygging var et av de anbefalte Satsingsområdene i HMS-rapporten 2016. I tillegg til annen kjennskap og erfaringer viste Fafo-rapporten om ytringsklima i OUS 2016 at ytringsbetingelsene ikke var så gode som de burde være, og at det var behov for fortsatt å arbeide for å skape et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt, trygghet og læring. Spesielt de psykososiale temaene læring, samarbeid, medvirkning og mobbing og trakassering er relevante for dette Satsingsområdet. Se derfor også disse kapitlene når det gjelder arbeid med kultur. Et annet anbefalt Satsingsområde var synergier mellom HMS- og pasientsikkerhetsarbeid. Kultur generelt, og de nevnte psykososiale temaer spesielt, har i høyeste grad betydning for pasientsikkerhet, i tillegg til å være viktige for ansattes helse og velvære.



### Tertialrapportering

Klinikkene er ikke blitt bedt spesifikt om å gi tilbakemelding på kultur som tema i sin HMS-årsrapportering. Det har imidlertid vært et spørsmål til klinikkene i forbindelse med Ledelsens gjennomgang (LGG) dvs tertialgjennomgang mai 2017 angående oppfølging av Fafo-rapporten om åpenhetskultur og ytringsklima. Det er også planlagt nærmere oppfølging av kultur som tema i tertialoppfølging av klinikkene i 2018.

I LGG mai 2017 rapporterte klinikkene at Fafo-rapporten er behandlet i klinikk-AMUene og fleste klinikkene har hatt Fafo-rapporten som tema på ledermøter og ledersamlinger med oppfordring om å ta temaet videre i linjen, blant annet på personalmøter. Klinikkene fremhever litt forskjellige områder de skal ha fokus på. Ikke alle er like konkrete, men følgende nevnes:

- øke grad av reell medvirkning
- forelesninger om kommunikasjon for ledere og medarbeidere
- informasjon om rutinene for varsling
- drøfte hvordan leder skal ivareta den som varsler
- kulturendring. Større grad av åpenhet og respekt, inkludert å ta alle innspill på alvor, spesielt oppmerksom på dette på møter
- fortsette arbeidet med kultur, inkludert kulturplakater
- bruke HMS-handlingsplan
- spesielt fokus i de avdelinger/seksjoner/enheter hvor det er kommet bekymringsmeldinger med hensyn til åpenhet
- etterspørre revisjon av Nivå 1-prosedyrer
- sette destruktiv ledelse på dagsordenen

## Det partssammensatte koordinerende utvalget for oppfølging av Fafo-rapporten

Utvalget ble nedsatt av AMU for å følge opp Fafo-rapporten om ytringsklima og arbeidet med åpenhetskulturen i OUS. Utvalget leverte en handlingsplan på slutten av året 2017, som ble presentert på felles ledersamling i januar 2018 av viseadministrerende direktør Lisbeth Sommervoll. Tiltak inkluderer å vurdere opprettelse av et partssammensatt varslingsutvalg, nedsette en gruppe for å revidere prosedyreverket om varsling og avvik, opplæring i varsling via ulike metoder, f.eks e-læring, lederoppfølging i form av lederkontrakter på alle nivåer, revisjon av ansettelses- og rekrutteringsprosedyrer til lederstillinger, og metoder for kulturutvikling.

Metoder for kulturutvikling som utvalget fremhever, i tillegg til tertialoppfølging av klinikkene nevnt tidligere, inkluderer:

- ledergroupeutvikling
- prosesser for å definere lokale normer for samarbeid og kommunikasjon (utarbeide «kulturplakater»)
- bruk av anerkjente metoder for systematisk erfaringslæring
- fortsatt arbeid med kontinuerlig forbedring
- strukturerte møter og samlinger for alle personalgrupper, inkludert leger.

Det partssammensatte utvalget har fått forlenget mandat til å arbeide med disse tiltakene, og også inkludere tematikk knyttet til #metoo samt forsterket fokus på et trakasseringfritt arbeidsmiljø.



Eksempler på kulturplakater utarbeidet av avdelinger i OUS.

## KULT - Kulturkonsulentprogrammet

I tillegg til Arbeidsmiljøavdelingen kan kulturkonsulenter bistå i arbeidet med kultur. Målet med kulturkonsulentprogrammet har vært å etablere en gruppe ressurspersoner som kan være pådrivere for arbeid med kultur i klinikkene, sparringspartnere og rådgivere for ledere når det gjelder kultur, og fasilitatorer for involverende prosesser, spesielt samlinger for de ansatte. De har et repertoar av metoder som inkluderer arbeid med OUS-verdiene, utarbeidelse av kulturplakater,

forventningsavklaring mellom forskjellige roller og andre verktøy for å bedre samarbeids og kommunikasjonskultur. Kull 2 avsluttet sin 6-dagers opplæring i januar 2018, og i det videre arbeidet blir det halvårlige nettverksmøter for begge kull. De fleste kulturkonsulenter er aktive i sine klinikker, og bistår også klinikker uten kulturkonsulenter, i prosjekter, prosesser og ledersamlinger. De jobber på oppdrag fra og sammen med ledere og får gode tilbakemeldinger på sitt arbeid. Alle har imidlertid andre faste oppgaver, og spesielt HR-rådgiverne og lederne som er kulturkonsulenter er presset på tid.

### **Kultur er tema på Lederprogrammet, HMS-grunnkurs og samlinger i OUS**

Kompetansehevingstiltak på temaet kultur for både ledere og verneombud har pågått i mange år, og med nye ledere og verneombud er det stadig behov. Kulturledelse er fast innlegg på lederprogrammet for nye ledere, fornyet hvert år med tilknytning til også dagsaktuelle temaer, som i 2017 var Fafo-undersøkelsen, og i 2018 blir #metoo og hvordan forhindre trakassering og skape en respektfull kultur. Kulturbygging er også fast post på grunnkurs i HMS for alle nye verneombud. I tillegg er det 1-2 dagskurs i kulturledelse hvert semester arrangert av Arbeidsmiljøavdelingen. Kultur er også tema på ledersamlinger, avdelingsseminarer og fagdager mange steder i OUS.

### **Arbeidsmiljøuka**

Arbeidsmiljøuka hadde for tredje år på rad i 2017 kultur på dagsordenen. Professor Michael West fra Storbritannia holdt innlegg på ledermøtet og foredrag for ansatte på Rikshospitalet og Ullevål om «Ledelse av kulturer med høy kvalitet og omsorgsfull behandling». Hans forskning i samarbeid med NHS National Health Service viser blant annet en sammenheng mellom god teamkultur og lavere pasientdødelighet. OUS-erfaringer med kulturutvikling fra Thoraxkirurgisk avdeling Rikshospitalet ble formidlet av avdelingsleder og verneombud med tittel: Er kultur og psykososialt arbeidsmiljø av betydning for pasientsikkerheten? Dette arbeidet ble også presentert på det årlige ledermøtet, sammen med andre foredrag knyttet til kultur.

Arbeidsmiljøuka 2018 fortsetter å sette kultur og trakassering på dagsordenen, i år med fokus også på #metoo og maktmisbruk.

## **Viktigste tiltak for forbedring fremover**

### **Forsterke arbeidet med kultur**

Mye er i gang, men arbeidet for å skape et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt, og en lærende organisasjon, er en kontinuerlig prosess og bør forsterkes. Det er konkrete metoder tilgjengelig for utarbeidelse av gruppenormer («kulturplakater»), avklaring av roller («Forventninger og bidrag») og læringsmetodikk («After Action Review»). Det er imidlertid kapasitetsbegrensninger når det gjelder ressurspersoner fra Arbeidsmiljøavdelingen og kulturkonsulentkorpset som kan rådgi og eventuelt bistå.

Behovet for psykologisk trygghet, og betingelsene for trygghet (versus «frykttkultur»), bør få større oppmerksomhet. Psykologisk trygghet har stor betydning for yringsklima, læring, medvirkning, hvordan de ansatte har det og for pasientsikkerhet. Et trakasseringfritt arbeidsmiljø må være å betrakte som et minimum. Dette krever arbeid både på gruppenivå med kultur, og med oppfølging av enkeltansattes atferd. Fokus på #metoo-problematikk og nye prosedyrer for varsling, og mobbing og trakassering blir svært viktig i 2018. Ledere har en viktig oppgave som rollemodell, og som tilretteleggere for et inkluderende miljø der alle stemmer blir hørt, der det er psykologisk trygghet for



bidra med synspunkter. Medvirkning kan gjennomføres på en formelt sett korrekt måte, men det viktige er, som også klinikker påpeker, at den er reell.

### **Bekjemp negativt stress gjennom stressmoderende faktorer**

Negativt stress er en stor utfordring for ansatte i OUS. Opplevelsen av høye krav og arbeidsbelastning påvirkes av mange faktorer, som beskrevet i kapitlet om negativt stress. Det er en rekke faktorer som kan tas tak i for å bedre situasjonen: Kollegiale relasjoner (som kan virke som buffer, eller som tilleggssstressfaktor), anerkjennelse, stressmestringsteknikker, prioriteringer, driftsforbedringer og andre tiltak for å bedre det organisatoriske arbeidsmiljøet, og ikke minst opplevelsen av egenkontroll/autonomi. Med begrunnelse i arbeidets art og akuttfunksjoner i OUS hører man at det ikke er så mye man kan gjøre med dette. Flere avdelinger viser imidlertid at det er mulig å jobbe med større forutsigbarhet, tilpasning av turnus og andre organisatoriske tiltak, kompetanseheving, stressmestringsteknikker, medvirkning med mer for å styrke opplevelsen av innflytelse over egen arbeidssituasjon.

## 4. Klinikkenes HMS-årsrapporter for 2017

Kapittel 1-3 dekker HMS-arbeidet i OUS som helhet, mens dette kapittelet omhandler klinikkenes HMS-arbeid hver for seg.

Produksjonen av klinikkenes del for 2017 ble gjort etter en samme standardiserte prosess som i 2016 med fokus på samarbeid og likt grunnlag for vurdering:

- 1) Hver klinikk satte sammen en intern arbeidsgruppe bestående av representanter for både arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. Klinikkhovedverneombud var obligatorisk deltaker. I tillegg deltok klinikk-kontakt fra bedriftshelsetjenesten (v/Arbeidsmiljøavdelingen), representert i gruppen som nøytral part.
- 2) Arbeidsgruppene fikk et sett med HMS-indikatorer med forklaringer og data for deres klinikk utarbeidet av HMS-faginstansene i OUS. Grunnet ingen gjennomføring av MU og HMS-runde i 2017 fikk arbeidsgruppene vesentlig mindre vurderingsgrunnlag denne gangen i forhold til året før.
- 3) Arbeidsgruppene gjorde en skjønnsmessig vurdering av status for HMS i deres klinikk på grunnlag av HMS-indikatorene og innspill fra gruppenes medlemmer. De satte også opp tiltak der de fant potensial for forbedring.
- 4) Vurderingene ble nedfelt i en rapport for hver klinikk, som arbeidsgruppene så presenterte for godkjenning i sine respektive klinikk-AMU.
- 5) Den godkjente rapporten er klinikkenes HMS-årsrapporter for 2017. Klinikkenes rapporter ble også brukt som data i utarbeidelsen av kapittel 1-3.

## Oversikt over klinikkens egen vurdering av status på HMS

Hver klinikk har gjort en vurdering av status på deres klinikk innenfor 20 HMS-temaer. For hvert tema har klinikkene satt en statusfarge, hvor skalaen går fra rød, oransje, gul til grønn. Rød betyr at det er store mangler innenfor temaet, mens grønn er at temaet er under god kontroll. I tillegg finnes grå, som betyr «ikke relevant» eller «ikke vurdert grunnet manglende vurderingsgrunnlag».

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Systematisk HMS-arbeid	2017	Green	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow
	2016	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Green	Green	Yellow
Plassforhold	2017	Yellow	Orange	Green	Orange	Orange	Red	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Green	Yellow	Red
	2016	Yellow	Yellow	Green	Orange	Orange	Red	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Yellow
Luftkvalitet	2017	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Green
	2016	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow
Støy	2017	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Orange	Green	Yellow	Yellow
	2016	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Green	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Green	Yellow	Yellow
Lysforhold	2017	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green
	2016	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green
Ergonomi og fysisk helse	2017	Yellow	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Orange	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow
	2016	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Orange	Green	Green	Yellow	Green	Green	Yellow
Kjemisk arbeidsmiljø	2017	Yellow	Orange	Grey	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Green	Yellow	Red	Orange	Orange	Green	Yellow
	2016	Orange	Red	Grey	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Red	Red	Orange	Yellow	Green	Red
Smittevern	2017	Green	Yellow	Grey	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green
	2016	Green	Yellow	Grey	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Green
Strålevern	2017	Yellow	Green	Grey	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Green	Yellow	Green	Green	Green	Grey	Green
	2016	Green	Green	Grey	Green	Yellow	Green	Green	Green	Red	Green	Yellow	Green	Green	Green	Grey	Green

Figur 20: Oversikt over klinikkens egne vurderinger av status innenfor HMS-temaene (del 1 av 2)

		AKU	BAR	DIR	HHA	HLK	KIT	KLM	KRE	KRN	KVI	MED	NVR	OPK	OSS	PHA	PRE
Brannvern	2017	Green	Green	Red	Red	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Red	Yellow	Red	Yellow	Red	Orange	Yellow	Yellow
	2016	Red	Orange	Red	Red	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Grey	Red	Red	Green	Red	Yellow
Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	2017	Green	Yellow	Grey	Yellow	Orange	Red	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Grey	Green
	2016	Green	Yellow	Grey	Yellow	Orange	Red	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Grey	Green
Læring	2017	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
	2016	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Green	Yellow	Yellow
Samarbeid	2017	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green
	2016	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green
Negativt stress	2017	Grey	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Red	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Yellow
	2016	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Red	Orange	Orange	Green	Yellow	Yellow
Medvirkning og åpenhetskultur	2017	Green	Orange	Yellow	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Yellow	Yellow
	2016	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Orange	Yellow	Orange	Orange	Green	Yellow	Yellow
Mobbing og trakassering	2017	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Green
	2016	Green	Green	Green	Yellow	Orange	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Green
Vold og trusler	2017	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow
	2016	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Orange	Yellow
IA inkl. "Gravid og trygg på jobb"	2017	Green	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow
	2016	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green
Arbeid med rus- og avhengighetsproblematikk	2017	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Orange	Yellow	Yellow	Green	Green
	2016	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Orange	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Orange	Orange	Red	Green	Yellow	Yellow

Figur 21: Oversikt over klinikkens egne vurderinger av status innenfor HMS-temaene (del 2 av 2)

## 4.1 Akuttklinikken

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		HMS-runder gjennomføringsgrad 90 %. Gjennomføringsgrad kurs VO og ledere 100 %. Flesteparten har evaluert handlingsplanen, noen få har avtale om å gjøre det senere.	Øke meldeprosent for HMS-avvik. Opplæring i hvordan og hva som er pasientavvik og HMS-avvik.
2. Plassforhold		Enkelte bygninger/rom trenger oppgradering, dette er kartlagt og følges opp.	Tiltak DNR og RH i 2017. Tiltaksplan fremover følges.
3. Luftkvalitet		AKU er kjent med områder dette gjelder, forbedringstiltak er i gang.	Tiltak på DNR og RH startet høsten 2017 men er ikke avsluttet enda.
4. Støy		Klinikken har flere miljøer med støy fra maskiner og utstyr.	Steril: Nye maskiner vil ha effekt på støynivået. Denne prosessen er påbegynt. Arbeider kontinuerlig med generell bevisstgjøring av ansatte på hva som lager lyd/støy. Utstyrsutskiftning på PO/intensiv har generelt bidratt til mindre støy.
5. Lysforhold		Generelt gode lysforhold i klinikken.	
6. Ergonomi og fysisk helse		Arbeidsdagen til mange i klinikken er preget av tung fysisk belastning. Forflytningsveiledere/ergonomiveiledere er etablert i nesten alle seksjoner. Forflytningsutstyr er anskaffet flere plasser.	Dette følges kontinuerlig opp.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Elektronisk stoffkartotek er opprettet i alle seksjoner dette gjelder. Substitusjonsvurdering for enkelte stoffer er ikke	Gjennomføre substitusjonsvurdering på alle aktuelle seksjoner i løpet av 2018.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		gjennomført i alle seksjoner det gjelder.	
<b>8. Smittevern</b>		Prosedyrer for stikkskadeoppfølging, PVK og CVK innleggelse har blitt tatt opp i alle relevante seksjoner. Antall gule bokser har blitt økt enkelte plasser. Akuttmottak Ullevål har innført sikkerhetskanyler.	<p>Dette følges kontinuerlig opp i klinikkens HMS-gruppe.</p> <p>Vurdere om sikkerhetskanyler skal utprøves på andre seksjoner.</p> <p>Bevisstgjøring av OUS smittevernrutiner grunnet økende antall smittepasienter.</p>
<b>9. Strålevern</b>		To ansatte på IVS hadde høye målinger på dosimeter.	Strålevernkontakt er etablert på alle seksjoner der dette gjelder. Rutiner for sjekk av røntgenfrakk er etablert i alle aktuelle seksjoner. Ønske om et generelt e-læringsprogram for strålevern er meldt til strålevernkoordinator i OUS.
<b>10. Brannvern</b>		21 seksjoner har gjennomført både teoretisk og praktisk brannvernøvelse med bistand fra brannvernkoordinatorerne fra OSS. 934 ansatte har bestått e-læringskurset.	Dette følges kontinuerlig opp.
<b>11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		AKU har MTU ansvarlige i alle avdelinger hvor dette er aktuelt. Klinikken har gode rutiner for opplæring for både faste og midlertidige ansatte.	Sørger kontinuerlig for at MTU-ansvarlig oppdaterer seg på nye rutiner.
<b>12. Elektro</b>		Samme situasjon som i fjor: meldesystemet gjør det vanskelig å melde fra om feil og mangler.	Dette bør forbedres sentralt.
<b>13. Læring</b>		Klinikken gjennomfører kursing i forhold til det som er lovpålagt. Samtidig vurderes det å sende ansatte til andre relevante kurs. Mye intern fagopplæring.	Dette jobbes med kontinuerlig.
<b>14. Samarbeid</b>		Klinikken har hatt mange tiltak i seksjoner på samarbeid, både med hjelp fra Arbeidsmiljøavdelingen og eksterne fagfolk innen tematikken.	<p>Dette følges opp kontinuerlig.</p> <p>Klinikkens har teamarbeid og forbedringsarbeid på sin handlingsplan 2018, både internt og på tvers i klinikk og andre klinikker.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
15. Negativt stress		Vi har ingen måleparameter på dette.	Vi må ha måleparameter.
16. Medvirkning		Fortsatt uklart hva som legges i ordet medvirkning. Vår fargevurdering er basert på ansattes medvirkning i utarbeidelse av våre HMS-planer.	Klarere måleparameter etterlyses.
17. Mobbing og trakassering		Vi har hatt mange tiltak på både seksjonsnivå og i linjen rundt tematikken.	Dette jobbes med kontinuerlig.
18. Vold og trusler		Tiltak iverksatt i aktuelle seksjoner der vi har hatt avvik.	E-læringsprogram rulleres ut i løpet av 2018.
19. IA (inkl. «Gravid og trygg i jobb»)		AKU jobber kontinuerlig med å redusere sykefravær. Gravid og trygg i jobb ble brukt i flere seksjoner. Godt samarbeid med Arbeidslivssenteret og med Arbeidsmiljøavdelingen. Egen HMS-gruppe i klinikken. Ytterligere tiltak tilpasset den enkelte seksjon.	Igangsett egne prosjekter på seksjonsnivå for å se sammenheng mellom blant annet fravær, belastning og alder.
20. AKAN		Har hatt en AKAN-oppfølging i løpet av 2017. AKAN er fokusområde på ledernivå og mange samtaler er gjort med ansatte på bakgrunn av mistanke av rusmisbruk.	Dette jobbes med kontinuerlig.

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Samarbeid	Liten forståelse av hverandres arbeidsoppgaver/aktivitetsplaner/bemanningsutfordringer som fører til samarbeidsproblemer på tvers av profesjoner/avdelinger/klinikker.
2	Ergonomi og fysisk helse	Plassforhold i forhold til garderober, lager, røntgenlab på RH og Ullevål samt cystostuene på Aker. Gammel bygningsmasse har utfordringer med renhold (avvik som går på skadedyr). Sykepleie til smittepasienter med isoleringsbehov, særlig ved luftsmitte på grunn av mangel på luftsmitteisolat på våre seksjoner. Dårlig ergonomiske arbeidsforhold og økt aktivitet ved Steril Ullevål.
3	Mobbing og trakassering	Har ikke god nok respekt for hverandres arbeidsoppgaver i det daglige slik at vi kan jobbe bedre i team. Høyt arbeidstempo og mange pasienter medfører av og til til uønsket verbal adferd hos enkelte ansatte. Uønsket adferd går ut over pasientsikkerheten.
4	Sykefravær	Fokus på høyt gjennomgående langtidsfravær på enkelte seksjoner. Mest utfordring der vi har flest nasjonaliteter samlet. Vi må jobbe aktivt med å finne årsak til fraværet.
5	Stikkskader	Flest avvik skjer i akutte situasjoner under prosedyre. Hadde OUS innført sikkerhetskanyler over alt hadde antall stikkskader gått ned betraktelig (vurdering kostnad opp i mot sikkerhet).



## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Samarbeid	Etablere tverrfaglig samarbeidsmøter på N4 nivå. Lage en plan for rotering på tvers i egne avdelinger og på tvers i OUS.
2	Ergonomi og fysisk helse	Hvert avvik som gjelder skadedyr må følges opp i samarbeid med OSS. Følge opp at cystostuer på Aker blir stengt når stue ni er ferdig rehabilitert. Gjennomgang av lager Ullevål/Operasjon planlagt første halvdel av 2018. Luftsmitteisolat etableres i løpet av 2018 på Generell Intensiv 2 RH. Ombygging av areal for vask / utpakk ved Steril Ullevål.
3	Mobbing og trakassering	Be alle ledere om å ta opp temaet på sine personalmøter og ledermøter. Gjøre kjent OUS varslingsrutiner og saksgang ved personalsaker.
4	Sykefravær	Ha personalmøter med fokus på medarbeidernærvær og møter med de som er langtidssykemeldte for å finne årsaker til sykefravær. Mer bevisstgjøring rundt bruk av hjelpemidler for å unngå skade og slitasje på jobb.
5	Stikkskader	Vurdere om sikkerhetskanyler skal utprøves på en seksjon i klinikken. Bevisstgjøring av OUS smittevernrutiner grunnet økende antall smittepasienter. Ta opp rutiner på Operasjon vedrørende skarpe gjenstander med lederne.

## 4.2 Barne- og ungdomsklinikken

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>1. Systematisk HMS-arbeid</b>		<p>2017: Vernerunder er ikke gått i 2017 ihht avtale. Tilsendte tall viser at 38 % av tiltak fra HMS runder er utført og lukket. Øvrige er under planlegging eller i prosess. Av gjennomførte tiltak er 88 % evaluert til moderat eller stor effekt.</p> <p>Meldefrekvens for HMS avvik er lavere enn OUS snitt. Klinik-AMU har imidlertid innarbeidet systematisk gjennomgang av røde HMS avvik.</p> <p>Data om andel evalueringsmøter av handlingsplanen etter MU 2016 er ikke kjent.</p> <p>God systematikk mtp jevnlig evaluering i klinikkens HMS handlingsplan. Er integrert i klinikkens måldokument og innarbeidet i klinikkens risikovurdering.</p>	Innarbeide bedre systematikk. Se tiltaksplan.
<b>2. Plassforhold</b>		<p>2017: Klinikken preges av generell trangboddhet. Det er vedtatt planlagt utbygging på Nyfødt RH. Det vil bedre situasjonen noe.</p> <p>Brakka på US er fortsatt i drift som tidligere. Det er gjort tiltak slik at møterom i bygg 9 kan benyttes ved spesielle behov. Tredemøllerom RH er også besluttet.</p>	
<b>3. Luftkvalitet</b>		<p>Variasjon i klinikken. Mye kan begrunnes i at lokalene er trange. (ref. pkt 2) Konkrete kjente steder er Nyfødt RH og kontor US. Foretatt luftmålinger. (tiltak er ikke tilrådet).</p>	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
4. Støy		Markert som gult til grønt. Det rapporteres om støyutfordringer spesielt på Nyfødt RH og Barnemedisinsk pol RH mulig fortsatt ikke løst. Begrunnes i trange lokaler og støy fra tekniske apparater (alarmer ol).	
5. Lysforhold			
6. Ergonomi			
7. Kjemisk arbeidsmiljø		2017: Det er jobbet aktivt med områdeorganisering (RH og US). Det gjenstår oppnevning og opplæring av kjemikaliekontakter. Planlagt ledermøtebehandling. Det gjenstår oppdatering av elektronisk stoffkartotek, risikovurdering og substitusjonsvurdering.	Plassere ansvar for oppgaven og innarbeide systematikk. Se tiltaksplan.
8. Smittevern		Reduksjon i antall stikkskader i forhold til 2016. Mer enn 700 ansatte har tatt influensavaksine 2017. Generelt smittevern: Flere HMS avvik enn tidligere. Annen smitteeksponering har fordoblet seg. Vi ønsker derfor å ha smitte som spesielt fokus.	
9. Strålevern		Kun aktuelt ved Barnehjerte. Alle ansatte har tatt e-læringskurs.	
10. Brannvern		Ca 30 % har hittil tatt e-læringskurs i brannvern. (ble obligatorisk 1.6.2017) I 2017 er det innarbeidet gode rutiner og oppnevning av brannvernkontakter alle steder.	Tiltak: Fortsatt e-læringskurs!
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Tilsvarende som 2016, har ikke grunnlag for vurdering i 2017: 65 % oppgir at de har tilstrekkelig opplæring og	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		sertifisering i MTU og resterende i noen grad. Alle aktuelle enheter har MTU ansvarlige/ressursperson	
<b>12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.)</b>		Flere medarbeidere må ta e-læringskurs.(el-sikkerhet)	
<b>13. Læring</b>		Vanskelig å vurdere pga. svært få har hatt tilbakemeldingsmøter. Klinikken har innført PEWS ved alle enheter. Systematiserte opplæringsplaner ved mange seksjoner og avdelinger.	
<b>14. Samarbeid</b>		Etter klinikkdelingen er det etablert samarbeidsarenaer i de nye avdelingene, og det jobbes videre med tilsvarende gode rutiner på seksjonene. Lean arbeid/tavlemøter innføres flere steder.	
<b>15. Stress</b>		MU 2016 viste lave score på egenkontroll, arbeidsbelastning og rollekonflikter. Viktige og aktuelle indikatorer. Under pkt. om arbeidsbelastning viser tempo og mengde utslag. Klinikken er i stor grad preget av ø-hjelpsvirksomhet, noe som gir noe begrensning på egenkontroll og mengde. Høyt pasientbelegg til tider. Det meldes fremdeles mange avvik på arbeidspress og bemanning. Situasjonen anses som lik 2017.	
<b>16. Medvirking og åpenhetskultur</b>		Varierende gjennomføring av gruppesamtaler for evaluering av handlingsplan etter MU 2016.. Klinikken er omorganisert og det er etablert nye og forbedrede samarbeidsarenaer og struktur på avdelingsnivåene samt prosesser for å få i stand på seksjon og enhet . Korte frister fra sykehusledelsen som gjør det vanskelig å ha en god prosess mtp involvering av	Forvente at alle gjennomfører tilbakemeldingsmøter og lager handlingsplaner som følges opp. Etablere samarbeidsarenaer. Meldekultur av avvik og lære av sakene.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		TV/VO. Åpenhetskultur: Tema i dialogmøter, klinikk- AMU og nyhetsbrev. Vernetjenesten har hatt undervisning om varsling/meldekultur.	
<b>17. Mobbing og trakassering</b>		Det er meldt en sak om seksuell trakassering. (en ansatt utenfor egen klinikk)	
<b>18. Vold og trusler</b>		Det er meldt to saker	
<b>19. IA</b>		Sykefraværet i klinikken er litt høyere enn OUS og målet for klinikken. Det jobbes godt med oppfølging og tilrettelegging for langtidssykemeldte. (mange gravide). Noe (8) bruk av bedriftsjordmor.	
<b>20. AKAN</b>		Ingen funn peker i retning av at rus er en utfordring i klinikken. AKAN og gjeldende retningslinjer har allikevel vært et tema i ulike fora i klinikken. Alle ledere er godt kjent med retningslinjer.	

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Systematisk HMS arbeid	Betydelig økning i antall HMS verner under enn tidligere år. Det er positivt. Klinikken hadde høy svarprosent på MU, men gjennomførte tilbakemeldingsmøter etter MU er ikke tilfredsstillende. I MU 2016 svarer kun 44 % at de har vært involvert i tilbakemeldingsmøter/oppfølging av resultatene i 2015. Selv om det lages handlingsplaner er det lav grad av gjennomføring av tiltak. (systematikk). Det er viktig at det innarbeides mer systematikk og oppfølging gjennom hele året.
2	Kjemisk arbeidsmiljø	Det er svært varierende hvordan ansvar for registrering og ajourhold av stoffkartotek ivaretas i klinikken. I løpet av 2016 har dette vært tema på så vel ledermøte i klinikken og i klinikk-AMU. Toksikolog har vært i klinikkens ledermøte og demonstrert bruk av kartoteket. Det er jobbet aktivt med områdeorganisering (RH og US). Det gjenstår oppnevning og opplæring av kjemikaliekontakter. Planlagt ledermøtebehandling. Det gjenstår oppdatering av elektronisk stoffkartotek, risikovurdering og substitusjonsvurdering.
3	Plassforhold	2017: Klinikken preges av generell trangboddhet. Det er vedtatt planlagt utbygging på Nyfødt RH. Det vil bedre situasjonen noe. Brakka på US er fortsatt i drift som tidligere. Det er gjort tiltak slik at møterom i bygg 9 kan benyttes ved spesielle behov. Tredemøllerom RH er også besluttet.
4	Stress	Vurdert til oransje til rødt. MU viser lave score på egenkontroll, arbeidsbelastning og rollekonflikter. Viktige og aktuelle indikatorer. Under pkt. om arbeidsbelastning viser tempo og mengde utslag. Klinikken er i stor grad preget av ø-hjelpsvirksomhet, noe som naturlig nok gir noe begrensning på egenkontroll og mengde, men det unntar ikke å måtte fokusere på å redusere stressfaktorer.. Høyt pasientbelegg til tider. Det er meldt flere avvik på arbeidspress og bemanning.
5	Medvirkning og åpenhetskultur	Generelt lav involvering i tilbakemeldingsmøter etter MU og evaluering av tiltak. Klinikken er omorganisert og det er behov for å etablere nye og forbedrede samarbeidsarenaer og struktur på avdelingsnivåene samt seksjon og enhet. Ansatte opplever at meldte avvik ikke følges opp tilfredsstillende. Korte frister fra sykehusledelsen som gjør det vanskelig å ha en god prosess mtp involvering av TV/VO. Åpenhetskultur: Tema i dialogmøter, klinikk- AMU og nyhetsbrev. Vernetjenesten har hatt undervisning om varsling/meldekultur.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Systematisk HMS arbeid	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leder og verneombud skal gå HMS-vernerunde til avtalt tid. Det skal utarbeides HMS-handlingsplan etter vernerunde og medarbeiderundersøkelsen ForBedring i samarbeid med VO og TV. Evaluering av HMS-handlingsplan minst 2 ganger i året.</li> <li>2. Det skal gjennomføres tilbakemeldingsmøter etter ForBedring hvor ansatte og leder samarbeider om tiltak til HMS-handlingsplan. Tilbud om undervisning i systematisk HMS-arbeid. Vernetjenesten i BAR og KVI har årlig undervisning i HMS-handlingsplan for VO/TV og ledere</li> <li>3. Involvering av tillitsvalgt i tillegg til verneombud i det systematiske HMS-arbeidet</li> </ol>
2	Kjemisk arbeidsmiljø	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Utpeke og lære opp kjemikaliekontakter, herunder obligatorisk kurs i Arbeidsmiljøavdelingen.</li> <li>2. Kjemikaliekontaktene skal oppdatere stoffkartoteket og risikovurdere alle kjemiske stoff i løpet av 2018.</li> <li>3. Medarbeidere må gjøres kjent med at det finnes et stoffkartotek /Eco-online.</li> </ol>
3.	Plassforhold	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tett oppfølging av framdrift i alle arealprosjekter som gjelder klinikken.</li> <li>2. Areal er fast tema i alle klinikk-AMU møter</li> </ol>
4	Stress	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle enheter skal ha fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid(LEAN, «det grønne korset») og tiltak som bidrar til bedre planlegging og forutsigbarhet i daglig arbeid.</li> <li>2. Alle enheter skal ha en oppdatert bemanningsplan i henhold til kompetanse og aktivitetsnivå(Nivå1 prosedyren for ressursplanlegging).</li> <li>3. Ved høyt pasientbelegg; Benytte muligheten av fordeling av pasienter og ansatte mellom seksjoner på Rikshospitalet og Ullevål Sykehus.</li> <li>4. Nyfødteintensiv skal følge opp prosjektrapporten vedr bemanning og kompetanse og jobbe for å implementere denne.</li> <li>5. Øke forståelsen for at alarmer fra MTU gir støyutfordringer og øke kompetansen på MTU for å redusere unødvendige alarmer. (kunnskap om innstilling av alarmgrenser)</li> <li>6. Bedret legetilgjengelighet og kompetanse på vakt, (Store barn RH)</li> <li>7. Gjøre aften/dag- kombinasjonen frivillig for medarbeidere uten å redusere vaktbelastningen.</li> </ol>
5	Medvirkning og åpenhetskultur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etablere fast møtестruktur på alle nivåer, fra klinikknivå til enhetsnivå. Innkalling med agenda og referat fra personalmøter og dialogmøter.</li> <li>2. Det skal innarbeides en god meldekultur på alle enheter og HMS-avvik skal være et tema på personalmøter for å utnytte læringspotensialet.</li> <li>3. Melder skal ha tilbakemelding om saksbehandling i HMS- avvikssaker.</li> <li>4. Seminar for medarbeidere i BAR om varsling og kritikkverdige forhold i 2018?</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"><li>5. Medvirkning og åpenhetskultur tas opp i medarbeidersamtaler og på personalmøter.</li><li>6. Vernetjenesten har undervisning om varsling og åpenhetskultur iløpet av 2018. En gjennomgang av varslingsrutiner i OUS.</li><li>7. Lederforum i klinikken har konflikthåndtering og åpenhetskultur som team ila våren 2018.</li><li>8. Nærmeste leders holdning til mobbing og trakassering kommuniseres tydelig til alle ansatte. (lik tekst til alle)</li><li>9. Ved rekruttering av ledere skal det være et tydelig fokus på lederegenskaper. Innarbeide at oppdatert prosedyrem/spørsmålsguide benyttes</li></ol>
--	--	--



## 4.3 Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		MU og HMS runder ble ikke gjennomført i 2017 med unntak av de enheter som ikke hadde gjennomført HMS runder i 2016. Avdelingene fulgte i 2017 opp HMS- og MU handlingsplan for 2016. Forbedre meldekultur og behandling av avvik	Følge opp nytt årshjul for systematisk HMS- og forbedringsarbeid (MU ForBedring/PSKU). Forbedringsarbeid (MU ForBedring /PSKU) følges opp i månedsoppfølgingsmøte med avdelingene  Følges opp i lederseminar mars-18
2. Plassforhold		Kjøkkenprosjekt (plastikk kir. sengepost) startet opp ultimo 2017 og ferdigstilles i april 2018	Kjøkkenrehabilitering pågår
3. Luftkvalitet		Luftkvaliteten er i grenseland. Fortsatt utfordringer med renhold (vask og rydde)	Holde rekvisita i lukkede skap. Unngå opphopning av papirer, klær (uniformer og privattøy)
4. Støy			
5. Lysforhold			
6. Ergonomi		Nye forflytningsveiledere er utpekt av avdelinger	Forflytningsveiledere, hjelpemidler til forflytning
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Ingen umiddelbar fare for kjemisk eksponering	Klinikken må bli bedre på dokumentasjon og risikovurderinger. Klinikken har informert avd. om kurs hos ARB. Kjemikaliekontaktene må gjøre vurderinger av substitutter i Eco online.
8. Smittevern		Økt forekomst av resistente bakterier herunder at pasienter kommer inn med dette utenfra	Det er oppnevnt stikkskadekontakter i klinikken som deltar i felles møter om tema i regi av ARB

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
9. Strålevern			
10. Brannvern		Mangelfull kursing av ansatte og gj. føring av øvelser og lesing av e-håndbokdok.	Gjennomgå e-læringskurs i brannvern. Leder sjekker at ansatte har dette.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)			Opplæring og sertifisering
12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.)		Ingen data foreligger fra eiendom	
13. Læring			Intern undervisning, e-læringskurs, utviklingsplaner, kontinuerlig forbedringsarbeid. Oppfølging av MU ForBedring/PSKU i lokale handlingsplaner
14. Samarbeid		Ta opp temaet konflikthåndtering	Ledere og ansatte følger opp temaet i MU ForBedring / PSKU i lokale handlingsplaner
15. Stress		Egenkontroll viser rødt	Organisering av arbeidet for å skape bedre forutsigbarhet. Leder og ansatte følger opp temaet i MU ForBedring /PSKU i lokale handlingsplaner
16. Medvirkning		Mangelfull oppfølging av hovedavtaler og OUS retningslinjer om medvirkning.	Øke ledelsens kunnskaper om omstillings- og endringsprosesser samt Hovedavtalen og OUS interne retningslinjer. Leder og ansatte følger opp temaet i MU ForBedring /PSKU i lokale handlingsplaner. Forbedre at ledere involverer TV, VT og ansatte i endringsprosesser.
17. Mobbing og trakassering			Oppfølging av FAFO rapport, jfr. bestilling fra sentral AMU. Varsling og ytringsfrihet, samt vold og trusler gjennomgås i leder- og tillitsvalgtseminar i mars
18. IA		2016 til 2017 en liten reduksjon i sykefravær. Jobbrelatert sykefravær er grønn.	Øke kunnskap om tilrettelegging og sykefraværsoppfølging.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
19. Vold og trusler		Episode med pasientvold	Klinikken lager egen retningslinje og har vold og trusler som tema i leder- og tillitsvalgtseminar i mars
20. AKAN			Sikre at retningslinjen blir lest

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Brannvern	Mangelfull kursing av ansatte og gj. føring av øvelser og lesing av e-håndbokdok.
2	Medvirkning	Mangelfull oppfølging av hovedavtaler og OUS retningslinjer om medvirkning
3	Systematisk HMS arbeid	Følge opp nye rutiner, verktøy og frister for HMS arbeid

### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Brannvern	Ledere følger opp at alle ansatte i egen enhet har gjennomført e-læring
2	Medvirkning	Øke ledelsens kunnskaper om omstillings- og endringsprosesser. Oppfølging av MU i lokale handlingsplaner
3	Systematisk HMS arbeid	Planlegge gjennomføringen av HMS rundene på et tidligere tidspunkt slik at tiltak som innebærer kostnader kan meldes inn i budsjettprosessen (sept. -okt.).

## 4.4 Hjerte-, lunge- og karklinikken

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak/Bevaringsområder
<b>1. Systematisk HMS-arbeid</b>		Revidering av HMS-planer i den enkelte enhet er basert på MU 2016 og oppfølging av HMS-tiltak. De fleste enhetene gjennomfører og evaluerer tiltak i noen grad. Medarbeidere og vernetjeneste involveres i stor grad under HMS-arbeid.	Systematisk HMS-arbeid legges inn i alle driftsavtaler for konkret oppfølging av ledere på alle enheter. Revidere årshjulet 2. tertial. Det er et mål at flere enheter gjennomfører tiltak fra egen handlingsplan og gjør evalueringer.
<b>2. Plassforhold</b>		Presset areal i forhold til volum på pasientbehandling spesielt KAD. Ikke tilfredsstillende kjøkkenløsning på KAD overvåking. For trangt medisinrom på LURS. Utfordringer med å overholde taushetsplikt flere steder. Trangt på enkelte felleskontorer. KAR-avdelingen skal flyttes men det er ikke avklart hvor de skal inn. Fortsatt utfordringer på KOOP med bevaring av taushetsplikt og Angio UUS mangler lagerplass Flere har nå benyttet tilbud om bruk av kontorer i adm. Bygg 20 på Gaustad.	Følgende prosjekter må følges opp: <ul style="list-style-type: none"> <li>- poliklinikkprosjektet i HLK</li> <li>- ombygging slik at LURS får tilfredsstillende medisinrom</li> <li>- planlegging av intermedieærseger på KAD sengepost</li> <li>- tilfredsstillende kjøkkenløsning for KAD overvåking</li> <li>- bedre lagerplass for angiolab. på Ullevål.</li> <li>- KOOP må sikres fysiske forhold knyttet til taushetsplikt</li> </ul> Det må i det videre arbeidet tas høyde for at KAR skal flytte inn, dette kan innebære at HLK må tilføres areal.
<b>3. Luftkvalitet</b>		Ventilasjon og temperatur er generelt en stor utfordring flere steder både RH og US. Tema på pasient- sikkerhetsvisitter. Gjennomført renholdsrevisjon KAR	Kan det sees på nye rutiner etter renholdsrevisjonen for tilsvarende gjennomføring andre steder?
<b>4. Støy</b>		Fortetting, jfr. plassforhold, gir mer støy.	Vurdere støyreducerende tiltak (plater, flere «støyører» mm). Sette opp lettvegger
<b>5. Lysforhold</b>		Ansatte fornøyd i HMS-runder – ingen endring	Bevaringspunkt

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak/Bevaringsområder
<b>6. Ergonomi</b>		Lydhørhet for ansattes ønsker herunder hev-senk bord og arbeidslamper. HLK har noen forflytningsveiledere. Bruk av Arbeidsmiljøavdelingen og bedriftsjordmor ved behov. Treningsmuligheter etablert ved ekko i samarbeid med bedriftsfysioterapeut.	Sendt ut kurstilbud til avdelingen for å utdanne flere forflytningsveiledere, med mål om minimum en i hver enhet. Lage oversikt over forflytningsveiledere
<b>7. Kjemisk arbeidsmiljø</b>		Grønt på oppbevaring og merking. Mangler risikovurderinger i enkelte avdelinger.	Større bruk av stoffkartoteket. Mer opplæring rundt risikovurderinger. Viktig at kjemikaliekontaktene inkluderes i dette arbeidet. Systematisk opplæring av de som jobber med kjemikalier. Det må utarbeides prosedyrer for lokal håndtering av kjemikalier samt sjekklister for opplæring der hvor det er mye kjemikalier.
<b>8. Smittevern</b>		Grønt på HMS-rundene. Noen stikk/kuttskader i Achilles, men ikke opphopning ett sted. Antall HMS-avvik gjeldende smittevern med stikk/kuttskaderstikkskader er: 2016: antall avvik 43, herav 21 avvik gjelder andre forhold innen smittevern og stikk/kuttskader 2017: antall avvik 29, herav 15 avvik gjelder andre forhold innen smittevern og stikk/kuttskader.	Enhetene må fortsatt ha fokus på stikk/kutt og smittevern herunder øke bruk av utstyr med sikkerhetsmekanismer. Sikre enda bedre rutiner på informasjon og opplæring, bl.a. omkring flytting av pasienter mellom enhetene. Retningslinje vedrørende pasientbehandling og basalt smittevern må på leseliste for alle med pasientkontakt og i pasientnære omgivelser. Det må arbeides med meldekultur knyttet til smittevern.
<b>9. Strålevern</b>		Fokus på strålemiljø og rapporter over stråledoser følges opp. Personer flyttes ved behov til strålefritt miljø. Ingen ansatte har nå over 20mSv persondose. Strålekontakter i alle enheter.	Det er viktig at godt strålehygienisk arbeid fortsetter og at det er fokus på lovpålagte krav i fm sikkerhet, herunder repeterende opplæring. Kan også tas inn som punkt i driftsavtalene.
<b>10. Brannvern</b>		Mye aktivt arbeid. Brannøvelser, temadager, rutiner på å vise nyansatte og vikarer hvor brannslukkingsutstyr etc befinner seg. Forbedringspotensial mht. gjennomføring av e-læringskurs hvert år.	Ledere skal påse at kurs gjennomføres, og at det tas ut rapporter fra Læringsportalen. (Leders ansvar, alle ledere har tilgang.) Leselister lages for den enkelte enhet for å sikre dokumentasjon

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak/Bevaringsområder
<b>11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		I forholdet til opplæringen er det bra, sett i forhold til mulige konsekvenser for pasient har vi scoret dette området slik. Det er 3 typer respiratorer på TKAI; dette kan være utrygt for ansatte og er med det en fare for redusert pasientkvalitet.	Sikre at systematisk HMS-arbeid legges inn i alle driftsavtaler for konkret oppfølging av ledere på alle enheter, herunder gjennomgang av status dokumentert opplæring og sette i system det som evt. mangler. Revidere årshjulet 2. tertial.
<b>12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.)</b>		Mange setter ikke farge.	Klinikken er i dialog med EIE vedr. konkrete områder
<b>13. Læring</b>		E-læring, leselister, nyansatt-program, ledermanual og bruk av avvikssystemet som kontinuerlig forbedring. Fra Achilles: Meldekulturen oppleves som god? De fleste enheter besvarer dette med i <u>noen grad</u> . 2016: 152 meldte HMS-avvik 2017: 145 meldte HMS-avvik Få avvik meldes og vi mister registreringer på mulige områder som må og kan forbedres.	Økt bruk av leselister og fokus på meldekultur, saksbehandling og tilbakemelding til meldere.
<b>14. Samarbeid</b>		Felles tavlemøte er innført for alle kliniske avdelinger, gir mange synergieffekter for alle personalgrupper Ulike kulturprosjekter i HLK knyttet til mer åpenhet og respekt for hverandre samt bedre samarbeid. Godt samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen.	Fortsette det gode samarbeidet med Arbeidsmiljøavdelingen. Felles strategisamling årlig. Etablere lettpost på RH. Fokus på åpenhet, respekt og god saksbehandling ved varsling og ivaretagelse av varslere. Det er utarbeidet OUS- prosedyre som revideres nå. Klinikken må vurdere å utarbeide egen prosedyre.
<b>15. Stress</b>		Stedvis stor arbeidsbelastning. Det er begrenset i hvor stor grad man kan ha kontroll over egen arbeidshverdag.	Arbeide aktivt med organisatoriske og andre forbedringstiltak. Aktiv oppfølging av AML brudd. Fokus på å redusere innleie av eksterne vikarer. Aktivitetsplaner og bemanningsplaner henger sammen.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak/Bevaringsområder
<b>16. Medvirkning</b>		Har en del enheter med mange ansatte, vanskeligere å komme gjennom med egne meninger. I de fleste enheters handlingsplaner fremkommer det at det i større grad er medvirkning fra ansatte, TV og VO	Ledere må tenke medvirkning for å få med seg medarbeidere. Tavlemøter på den enkelte enhet kan sikre medvirkning. Herunder innføring bruk av det «Grønne korset»
<b>17. Mobbing og trakassering</b>		Null- toleranse for trakassering, nedlatenhet og latterliggjøring i TKA. TKA har arbeidet aktivt med kultur i 2017. Det er laget kulturplakater flere steder og gjennomført kulturseminar med fokus på kommunikasjon og samhandling.	Motivere til at flere enheter lager egen kulturplakat. Nulltoleranse for mobbing og trakassering må bli «flagget» i hele HLK.
<b>18. Vold og trusler</b>		Klinikken har få hendelser.	Ledere skal ta tak der hvor det kan skje vold og trusler. Det må sikres «debriefing», oppfølging og sikkerhetsrutiner
<b>19. IA</b>		HLK har lavt sykefravær, det ser ut til at dette blir 6,1% for 2017, en nedgang fra 2016 på 0,4%.	Arbeider fortsatt aktivt med IA arbeidet. Følge opp IA handlingsplanen.
<b>20. AKAN</b>		Klinikken har 2-3 ansatte i 2017 på avtale	Økt bruk av kurs/informasjon i klinikken ved AKAN hovedkontakt. Leseskanning på eHåndboksdokumenter for ledere.

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Plassforhold - inneklima	Det er utført fortettinger og arealet er presset. Aktivitet er økende spes. innenfor Kardiologisk avd. Mange forhold gjeldende trangboddhet/pasienter i korridor står beskrevet i avvikssystemet. Trangt med tanke på plass gir problemer for god drift, støy, inneklima problematikk samt øker stresset for ansatte. Utfordringene med areal må sees på også på foretaksnivå, spes. når det gjelder KAR-flytting og areal til KARD sengepost. Se for øvrig pkt 2.
2	MTU	Klinikken som helhet (nivå 2) har ikke oversikt over MTU og dokumentert opplæring. Dette ligger i de enkelte avdelinger/seksjoner å følge opp. Det er i dag ikke etablert driftsavtaler mellom ledere hvor MTU / dokumentert opplæring følges opp gjennom ledernivåene. Med tanke på kvalitet i pasientbehandlingen ønsker klinikken mer fokus på dette og se det i sammenheng med HMS.
3	Systematisk HMS-arbeid	<p>Høy aktivitet kan medføre at HMS arbeidet og oppfølging av egen HMS-handlingsplan med gjennomføring av tiltak utsettes og kanskje blir nedprioritert. Det registreres få HMS-avvik i forhold til antall ansatte, mulige årsaker kan være at man tror det ikke nytter, er usikker på hvordan eller lang saksbehandlingstid. Klinikken skal utarbeide HMS-årshjul etter føringer fra nivå 1 med tidspunkt for HMS-runde og ForBedring. Systematisk HMS-arbeid legges inn i driftsavtalene med lederne.</p> <p>Når det gjelder kjemikaliehåndtering og systematisk oppfølging har klinikken fått en oversikt fra Arbeidsmiljøavdelingen knyttet til stoffkartotek og risikovurdering. Det er større bevissthet rundt dette i klinikken men det mangler fortsatt risikovurderinger i enkelte avdelinger.</p>
4	Medvirkning	Noen endringer ønskes raskt gjennomført og kan gå på bekostning av medvirkning. Dette skaper til tider uro og frustrasjoner og ledere må være mer bevisst medvirkning og få med seg medarbeidere. Særlig i endringsprosesser er dette viktig. Tavlemøter på den enkelte enhet kan sikre medvirkning. Herunder innføring bruk av det «Grønne korset»
5	Smittevern	Avvik innen smittevern er en av de største avviksgruppene i klinikken. Kommunikasjon og rutiner i tilknytning til smittepasienter er en stor utfordring. Det er fare for smittespredning mellom seksjoner og til pasienter, og til ansatte. Det bør utarbeides bedre rutiner i alle ledd i denne sammenheng



## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Plassforhold - inneklima	Følge opp bygg/arealprosjekter som står beskrevet under punkt 2. Arealer må sees på – diskutere behov og ønsker sammen med ansatte når det planlegges drift / driftsendringer. Arealutfordringer som registreres i avvikssystemet må videresendes til klinikkens arealkontakt for oppfølging. Løfte utfordringene med areal til foretaksnivå ang. KAR-flytting og areal til KARD sengepost
2	MTU	Opprettes driftsavtaler mellom ledere hvor også oppfølging og opplæring/ reopplæring og dokumentasjon sikres. Gjennomgang av status dokumentert opplæring og sette i system det som evt. mangler.
3	Systematisk HMS-arbeid	Systematisk HMS-arbeid legges inn i alle driftsavtaler for oppfølging av ledere på alle enheter/nivåer. Årshjulet revideres 2. tertial 2018. Fokus på avvikssystemet, saksbehandling og muligheter til læring/forbedring. Fokus på oppfølging av kjemikaliehåndtering, spes. risikovurdering og opplæring. Følge opp ForBedringsundersøkelsen i alle enheter og ledernivåer. Ha fortsatt fokus på kommunikasjon, samarbeid. Skape en holdning i klinikken hvor det er nulltoleranse mot trakassering/mobbing, og at dette tas på alvor og følges opp av ledere.
4	Medvirkning	Ledere må tenke medvirkning for å få med seg medarbeidere. Tavlemøter på den enkelte enhet kan sikre medvirkning. Herunder innføring bruk av det «Grønne korset»
5	Smittevern	Kommunikasjon og rutiner i tilknytning til smittepasienter er en stor utfordring. Klinikken vil ha fokus på dette og utarbeide bedre rutiner i denne sammenheng, herunder overføringer av pasienter fra andre sykehus med potensiell smitte.

## 4.5 Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<p><b>1. Systematisk HMS-arbeid</b></p>		<p>Muligheter til å nå alle ansatte i møte for oppfølging</p> <p>Flere ledere som ikke ferdigbehandler avvik. Risiko for at ansatte ikke melder avvik.</p>	<p>Alle skal gjennomføre HMS runder. Klinikk AMU tar ut rapport etter frist for HMS runder skal være gjennomgått for å følge opp</p> <p>Alle som får rapport fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring skal legge inn og følge opp handlingsplan i Achilles</p> <p>Informere alle ansatte om det systematiske HMS-arbeidet, herunder leders og verneombudets roller og oppgaver.</p> <p>Ledergruppen følger opp at alle områder har verneombud.</p> <p>Regelmessige dialogmøter, minimum x2/halvår, mellom klinikk- og avdelingsledelse og vernetjenesten/tillitsvalgte se punkt om medvirkning.</p> <p>Status i ledermøter i KIT minimum en gang i kvartalet om HMS handlingsplan følges opp i avdelinger, seksjoner og enheter.</p> <p>Ha fokus på meldekultur og avviksbehandling. Følge opp i lederlinjen ved ikke ferdigbehandlede avvik. Enheter som har god meldekultur og som lykkes vil</p>

			<p>brukes som læringsarena i klinikkens N3-N5 samling.</p> <p>Bred medvirkning i prosesser som omhandler endringer for enheter. Personalmøter, arbeidsgrupper. Referatføres.</p> <p>Informasjon om at saker kan meldes til klinikk-AMU.</p>
<b>2. Plassforhold</b>		Kontorplasser, fortetting, arbeidsstasjoner, driftsulemper	<p>Refordeling av areal i OUS</p> <p>Identifiser konsekvenser for arbeidsmiljø der det er plassmangel. Er det f, eks registrert flere avvik enn andre steder.</p>
<b>3. Luftkvalitet</b>		Følger av punkt 2 plassforhold.	Ved behov måles luftkvalitet før det igangsettes tiltak.
<b>4. Støy</b>		Følger av punkt 2 plassforhold.	<p>Ved behov måles støynivå før det igangsettes tiltak.</p> <p>Vurder om støykilder kan fjernes/flyttes/erstattes/dempes.</p>
<b>5. Lysforhold</b>			
<b>6. Ergonomi</b>		Kan henge sammen med plassforhold og tidspress	Fokus på ergonomi gjennom informasjon og å oppfordre til bruk av bedriftsfysioterapeut, jordmor og forflytningsveileder
<b>7. Kjemisk arbeidsmiljø</b>		Behov for å vurdere risiko og substitusjon	<p>Arbeid med stoffkartoteket og kjemikaliekontaktens rolle gjøres kjent for ledere og ansatte.</p> <p>Leder sørger for at korrekt verneutstyr finnes og er</p>

			lett tilgjengelig for de ansatte.  Kontakte arbeidsmiljøavdelingen ved mistanke om at ansatte har blitt eksponert for kjemikalier.
<b>8. Smittevern</b>		Behov for å jobbe videre med håndhygiene. Behov for å jobbe videre med influensavaksinering.	Håndhygiene informasjon og fokus i enhetene. Økt antall influensavaksiner. Starte influensavaksine kampanje tidlig. Fokus på stikkskader
<b>9. Strålevern</b>			
<b>10. Brannvern</b>		Kunnskap og oppmerksomhet rundt brannvern.	Alle ansatte skal ta e-lærings kurs for brannvern årlig. Gjennomgang av praksis for brannvern runder. Ledere må aktivt påse at alle ansatte deltar i brannkurs / brannrunder. Fokussuke i KIT høst 2018.
<b>11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		Manglende utskiftinger av gammelt utstyr.	Bevissthet rundt kassasjon.
<b>12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.)</b>		Bygg 7 Ullevål og Radiumhospitalet	
<b>13. Læring</b>		Budsjettsituasjon påvirker kompetanseutvikling Mangel på individuelle kompetanseplaner.	Utarbeide kompetansestrategi og individuelle kompetanseplaner og følges opp på alle ledernivå.  Oppfordre ledere til å ha fokus på fagutvikling til tross for budsjettsituasjon. Faglig påfyll ved personal møter og utnyttelse av gratis fagseminarer.  Opprettholde tilstrekkelig antall utdanningsstillinger.
<b>14. Samarbeid</b>		Samarbeid på tvers av profesjoner, og samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte og vernetjenesten. Dette gir grunnlaget for gode organisatoriske forhold og reduserer arbeidsrelatert stress. Medfører økt	Oppfordre ledere, TV og VO til å gå sammen på gratis NAV kurs for IA og HMS.  Bruk av tavlemøter og/eller grønt kors for å bedre

		involvering og medvirkning, og god informasjonsflyt.	samarbeid mellom profesjoner.  Oppfordre til samarbeidsmøter mellom profesjoner. Rolleavklaring.
<b>15. Stress</b>		Stor arbeidsbelastning og lav egenkontroll	Rett kompetanse, driftskonsept, samspill Legge til rette for samarbeid på tvers av profesjoner, kollegial støtte.  Bruke idedugnader og kreativ problemløsning evt. LEAN prosesser der hvor det er høy arbeidsbelastning.
<b>16. Medvirkning</b>		Øke reell medvirkning mellom ansatte og leder, og mellom ledere, tillitsvalgte, vernetjenesten.	Bedret informasjonsflyt til alle nivå. Tilstedeværende leder Regelmessige info/dialog møter mellom ledelse/tillitsvalgt/vernetjenesten på alle nivå. Gjøre kjent rammer for medvirkning og involvering: AML, Hovedavtalen og HSØ 12 prinsipper og medvirkning og involvering.
<b>17. Mobbing og trakassering</b>		Nulltoleranse for mobbing og trakassering. Må sikre god oppfølging i personalsaker og konflikthåndtering. Økt kunnskap om varsling og rutiner.	Leder har ansvar for å gjøre kjent Nivå 1 prosedyrer.  Gjøre arbeid med kulturkonsulenter kjent i klinikken. Utarbeide plan for bruk av ressurser i KULT nettverk  Oppfordre ledere, TV og VO til å gå sammen på gratis NAV kurs om konflikthåndtering.  Holdningsarbeid og spilleregler. Leder utarbeider spilleregler og plan for oppfølging i samarbeid med ansatte og TV/VO.  Utarbeide konkrete tiltak for oppfølging ved mobbing.

<b>18. Vold og trusler</b>		Nulltoleranse for vold og trusler.	Fokus på god ledelse, lederutvikling, HMS kurs, lederprogram i OUS, samarbeid med TV/VO  Ansatte oppfordres til å melde fra om vold og trusler, og avvikene må raskt følges opp av ledere.
<b>19. IA</b>		Fortsette arbeidet med IA.	Oppfordre ledere, TV og VO til å gå sammen på gratis NAV kurs om IA.
<b>20. AKAN</b>		Få AKAN saker er det indikator på risiko?	Fortsatt fokus på AKAN rutine

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Plassforhold	For få kontorplasser, fortetting, uhensiktsmessige og små arbeidsstasjoner. Dette medfører ulemper for daglig drift i klinikken. Klinikken blir da avhengig av en fordeling av areal i OUS.
2	MTU	Manglende utskiftinger av gammelt utstyr. Dette krever en bedret investeringsevne i OUS.
3	Systematisk HMS	Å få alle til å gjennomføre HMS runder og systematisk oppfølging av medarbeiderundersøkelsen ForBedring.
4	Arbeidsbelastning og egenkontroll	Høy arbeidsbelastning og lav egenkontroll.
5	Kompetanse	Å sikre rett kompetanse gjennom hele døgnet. Budsjettsituasjon påvirker muligheter for kompetanseutvikling.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Ledelse	Videre arbeid med lederutvikling, HMS kurs, lederprogram i OUS, skape gode arenaer for samarbeid med TV/VO, kontinuerlig forbedringsarbeid. Fokus på medvirkning ved blant annet bedret informasjonsflyt og regelmessig tema på ledermøter i linjen.
2	Medvirkning	Bedret informasjonsflyt til alle nivå. Tilstedeværende leder Regelmessige info/dialog møter mellom ledelse/tillitsvalgt/vernetjenesten på alle nivå. Gjøre kjent rammer for medvirkning og involvering: AML, Hovedavtalen og HSØ 12 prinsipper og medvirkning og involvering.
3	Systematisk HMS	Mål at alle gjennomfører HMS-runder og at MU følges opp etter retningslinjene i OUS. Tett oppfølging/påminning fra ledelse, HR og verneombud. Det må sikres at alle ledere og verneombud får opplæring i HMS og medarbeiderundersøkelsen.
4	Arbeidsbelastning og egenkontroll	Prosjekt bemanningsplanlegging for å se på samsvar mellom arbeidsplaner og behov for bemanning. Dette for å kunne se om bedre planlegging kan påvirke grad av arbeidsbelastning og egenkontroll. Bruke idedugnader og kreativ problemløsning evt. LEAN prosesser der hvor det er høy arbeidsbelastning.
5	Kompetanse	Som over, bedre bemanningsplanlegging vil kunne sikre rett kompetanse tilgjengelig. Kompetansekartlegging som ledd i å sikre rett kompetanse gjennom hele døgnet. Individuelle kompetanseplaner for ansatte.

## 4.6 Klinikk for laboratoriemedisin

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>1. Systematisk HMS-arbeid</b>		<p>Meldefrekvensen er noe lav, 0,17 HMS- avvik pr. årsverk.</p> <p>Åpenraten på HMS avvik er på 24 % i 2017. Avvik som krever store investeringsmidler er utfordrende å lukke for klinikken.</p> <p>For liten kapasitet på grunnkursopplæring i HMS.</p> <p>Etablert HMS-handlings plan på klinikknivå og samarbeidsavtale med Arbeidsmiljøavdelingen. Mange tiltak er gjennomført, overskytende overføres til neste periode. Konstruktivt og godt arbeid med systematisk HMS på klinikknivå.</p> <p>Det er ikke grunn til å tro at det systematiske HMS-arbeidet har endret seg vesentlig fra i fjor på klinikknivå. HMS-rundedata foreligger ikke.</p>	<p>Vi oppfordrer ansatte til å melde HMS-avvik.</p> <p>Sett in tiltak der dette er mulig for å lukke avvik.</p> <p>Fortsette arbeidet med kjemikaliesikkerhets revisjon. Da dette kan bidra til å få midler fra OUS som kan bedre vedvarende avvik på plassforhold og kjemikaliesikkerhet.</p> <p>Kombinere pasientsikkerhetsvisitt med arbeidsmiljø.</p> <p>Melde fra til arbeidsmiljøavdelingen ønske om større kapasitet på HMS grunnkurs.</p>
<b>2. Plassforhold</b>		<p>Klinikken har fokus på eventuelle omdisponeringer av areal mellom avdelingene. Men, det er ikke grunn til å tro at plassforholdene har endret seg vesentlig fra i fjor på klinikknivå. HMS-rundedata foreligger ikke.</p> <p>Plassforhold påvirker flere HMS tema negativt.</p> <p>I klinikkens risikovurdering 2. tertial 2017 er areal risikovurdert til rødt.</p>	<p>Fortsette å se på muligheter for felles bruk av arealer. Ledelsen bør fortsette arbeidet med kartlegging av arealbehov, og anskaffelse av tilstrekkelige arealer til virksomheten.</p>
<b>3. Luftkvalitet</b>		<p>Det er ikke grunn til å tro at forhold som påvirker luftkvaliteten har endret seg vesentlig fra i fjor på klinikknivå. HMS-rundedata foreligger ikke. Fargesetting videreføres fra 2016.</p>	<p>Gjennomføre tiltak på de stedene med størst utfordringer. Lokal luftkvalitetsvurdering kan bestilles av ARB og tiltak vil bli foreslått i henhold til resultatet.</p>



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
4. Støy		Det er gjort tiltak som bedrer støyforholdene enkelte steder. Men, det er ikke grunn til å tro at forhold som påvirker støynivå har endret seg vesentlig på klinikknivå fra i fjor. HMS-rundedata foreligger ikke. Fargesetting videreføres fra 2016.	Følge opp eksisterende tiltak. Støy krav ved anskaffelse av nytt utstyr. Skille støyende virksomhet og utstyr fra konsentrasjon og kommunikasjons krevende arbeidsteder.
5. Lysforhold		Det er gjort tiltak som bedrer lysforholdene enkelte steder. Men, det er ikke grunn til å tro at forhold som påvirker lysforholdene har endret seg vesentlig på klinikknivå fra i fjor. HMS-rundedata foreligger ikke. Fargesetting videreføres fra 2016.	Tilrettelegging ved behov, følg forskrifter og prosedyrer.
6. Ergonomi		<p>Det er gjort tiltak som bedrer de ergonomiske forholdene flere steder. F. eks nye obduksjonsbord, automasjon og forflyttingsutstyr. Men, det er ikke grunn til å tro at forhold som påvirker ergonomi har endret seg vesentlig på klinikknivå fra i fjor. HMS-rundedata foreligger ikke. Fargesetting videreføres fra 2016.</p> <p>Største utfordring er plassforhold, men også repetitivt arbeid.</p>	Bedre ergonomiske forhold med tekniske hjelpemidler. Rullering og bedre flyt på det repetitive arbeidet. Automatisering av utstyr.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
7. Kjemisk arbeidsmiljø		<p>Risikovurderingen (fargen) fra forrige årsrapport videreføres.</p> <p>Oppbevaring og merking er tilfredsstillende mange steder (grønt basert på HMS runden 2016). Enkelte enheter benytter store mengder med bl. a. formalin og Xylen - har store utfordringer med forsvarlig lagringsplass (se tiltak internrevisjon).</p> <p>Det er omfattende mangler på lokal risikovurdering og substitusjon (stoffkartotek rapport).</p>	<p>Forsvarlig kjemikalielagring. Internrevisjon m/ kjemikalierådgiver i ARB og VO. Gjennomført i januar 2018.</p> <p>Nye revisjoner i kjemikaliehåndtering</p> <p>Innhente en statusrapport over andel substitusjon og risikovurdering i Eco Online på enhetsnivå for å få en oversikt over enhetene med de største utfordringene.</p> <p>Det er et lederansvar at det foretas risikovurdering og substitusjonsvurdering i EcoOnline. Dette kan gjøres av kjemikaliekontakter. Det må avsettes tid til kursing og til gjennomføring av arbeidet.</p> <p>Det er et mål at alle kjemikaliekontakter gjennomfører kurs i EcoOnline i løpet av første halvår 2018. Interne kurs settes opp utenom oppsatte kursdatoer.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>8. Smittevern</b>		<p>Klinikken vurderer smittevern som et tema som omhandler mer enn stikkskader, som var indikatorene som ble vurdert i 2016. Vi beslutter å videreføre risikovurderingen. Vårt fokus er på tiltak innen håndtering og merking av smitte, da dette er en stor utfordring i vår klinikk. Disse temaene er ikke omfattet av indikatorene p.t.</p> <p>Manglende opplysning om kjent eller mistanke om smitte, gjelder både sted/pasient og prøver/rekvisisjoner. Dette er en utfordring i hele OUS.</p>	<p>Melder inn behov for bedre indikatorer innen smittevern til smittevernsavdelingen.</p> <p>Opprettet Klinik-AMU sak for bedre rutiner for merking av smitte i OUS. Sak i arbeid i AMU.</p> <p>Fortsatt fokus på håndhygiene, bruk av smykker og mobiltelefon.</p> <p>Sikre tilstrekkelig arbeidstøy.</p>
<b>9. Strålevern</b>		<p>Klinikken har ikke tidligere hatt utfordring med strålevern, da vi har hatt lite arbeid knyttet til strålekilder. Vi har fått inn en ny avdeling, Rettsmedisinske fag, som har noe av dette innen rettspatologi. Vi har ingen indikatorer for 2017 for å vurdere risikoen hos dem.</p> <p>Vi viderefører risikovurderingen fra 2016 ettersom vi ikke har ny informasjon, som tilsier en endring.</p>	<p>Fortsette med gode rutiner i strålevernsarbeidet.</p> <p>Se på nye indikatorer i 2018.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>10. Brannvern</b>		<p>Brannvern setter risiko til rødt basert på e - Læringsdeltagelse. Vi vurderer brannvern til å omfatte mer enn opplæring, og setter risikoen til gul fordi:</p> <p>Rømningsvei og slukke utsyr scorer 100/100 i HMS-runden.</p> <p>HMS-runde dataene viser mye godt arbeid, men at det er utfordringer mtp. opplæring/instruks/øvelse og bruk av EL-utstyr.</p>	<p>Fokusinnsats med en klar bestilling til enhetene for å bedre deltagelse på obligatorisk eLæringskurs og øvelser.</p> <p>Planlagt internrevisjon m/ Kjemikalierådgiver i ARB bør også inkludere lagring/merking av brannfarligvare.</p>
<b>11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		<p>God kunnskap om opplæring, bruk og sertifisering. Men det er noen mangler på vedlikehold og ettersyn (HMS-runde). Det meldes om moderniseringsbehov (klinikkens tertial rapport).</p>	<p>Investeringer i MTU.</p>
<b>12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.)</b>		<p>Mangler spørsmål på HMS-runden eller andre indikatorer fra Eiendom.</p> <p>Noen steder setter bygningsmassen begrensninger for bruk av MTU på grunn av manglende kapasitet på EL og VVS.</p> <p>Bygningsmassen gir også konsekvenser for ansattes HMS (inneklime, arbeidsflyt og ergonomi), enkelte steder.</p>	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>13. Læring</b>		<p>Økende kompetansekrav ved spesialisering. Manglende midler/bemanning til vedlikehold av kompetanse.</p> <p>Faglig utvikling har stor påvirkning på motivasjonen til fagpersoner, reduksjoner kan føre til kunnskapsflukt.</p>	<p><i>Hvordan sikre ny og økt kompetanse med reduserte midler til kunnskapsheving?</i></p> <p>Systematisk arbeid med kompetanseheving bør forankres. Konsekvenser av pålagte sparekrav som går imot kompetansehevende tiltak bør vurderes.</p> <p>Oppfordre og legge til rette for bruk av klinisk kompetanseprogram for bioingeniører ved OUS.</p>
<b>14. Samarbeid</b>		Noen utfordringer på sosialt samspill og konflikter rett under gjennomsnitt for OUS (MU).	Fortsette samarbeid med psykososial faggruppe i ARB. Fokus på grupper med lav MU score.
<b>15. Stress</b>		Det meldes om høy arbeidsbelastning og lav egenkontroll (HMS-runde). Utfordringer på bemanning/ressurser og etterspørsel (KLM tertial rapport)	<p>Bedre kompetansestyring, ressurstilgang, ressursplanlegging og fordeling av belastende arbeidsoppgaver.</p> <p>Det er et lederansvar å jobbe med grupper med lav MU score. Vurder tiltak ift: arbeidsflyt og ressursfordeling.</p>
<b>16. Medvirkning</b>		Ansatte rapporterer om lav medvirkningsgrad (MU score 59 av 100), dette er rett under OUS gjennomsnitt.	Tid og arenaer for dialog mellom leder og ansatt, samt partene (TV, VO og arbeidsgiver) som fremmer en god samarbeidskultur og medvirkning, samt psykologisk trygghet i grupper.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>17. Mobbing og trakassering</b>		<p>Resultatet fra MU er 88 av 100 – viser at temaet kan ha utfordringer noen steder.</p> <p>Det som forekommer av mobbing og trakassering er uakseptabelt, det er viktig at ledere og ansatte vet hva mobbing og trakassering er, og hvilke rapporteringsplikter vi har.</p>	<p>Tett samarbeid mellom leder, ansatte, HR og ARB – der mobbing og trakassering forekommer.</p> <p>Oppfølging av MU der det er lave score.</p> <p>Opplæring, f.eks temamøter på alle nivåer.</p> <p>Følge prosedyre ved mobbing og trakassering</p>
<b>18. Vold og trusler</b>		<p>MU spørsmål om vold og trusler forekommer har svært godt resultat (98/100). Spørsmål om oppfølging fra leder ved vold og trusler scorer noe dårligere (82/100).</p>	
<b>19. IA</b>		<p>Det var 6,91 % sykefravær på klinikknivå i 2016, men det er store forskjeller mellom enhetene i klinikken. Flere enheter scorer rødt i henhold til indikator kriteriene for sykefravær til IA gruppen.</p> <p>Jobbrelatertsykefravær er moderat (gul basert på MU score) og det rapporteres om en marginal reduksjon (fra 88 til 87 i MU score).</p>	<p>Jobbe med å redusere sykefraværet gjennom godt partssamarbeid lokalt i organisasjonen.</p> <p>Ledere oppfordres til tett oppfølging av sykemeldte.</p> <p>Enheter med høyt sykefravær følges opp av HR regelmessig. Klinikkk AMU følger opp utvalgte grupper.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
20. AKAN		<p>Ingen AKAN avtaler eller ansatte under oppsyn i klinikken.</p> <p>Det ble i 2016 holdt to informasjonsmøter pr. 1000 månedsverk (AKAN oppfordrer til 5).</p> <p>Det er et krav at ledere setter seg inn i prosedyrer som er relevante for dem. Det er ikke krav til lesekvittering for AKAN prosedyrer. For å kunne vurdere kjennskap til prosedyrer bør lesekvittering tas i bruk.</p>	<p>Informasjon om AKAN programmet (ufarliggjøring).</p> <p>Avholde minst 8 informasjonsmøter i KLM i løpet av 2017. Forslagsvis ett i klinikk AMU og et pr. avdeling.</p> <p>Oppfordre til kunnskapsoppdatering på AKAN-prosedyrene og vurdere om lesekvitteringskrav skal innføres (40, 8158)</p>

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Kjemisk arbeidsmiljø	<p>Klinikken bruker og oppbevarer store mengder helseskadelige kjemikalier. Det er store forskjeller i kjemikaliebruken, standarden på arbeidslokaler, lagringskapasiteten og – verneinnretningene mellom enhetene i KLM.</p> <p>Steder med store utfordringer på kjemikaliesikkerhet bør prioriteres høyt, fordi helsefaren kan være betydelig.</p> <p>Lokal risiko- og substitusjonsvurdering er ressurskrevende arbeid og må prioriteres blant mange andre viktige oppgaver.</p>

2	Plassforhold	<p>Arealfortening påvirker direkte og indirekte mange forhold på arbeidsplassen innen HMS og arbeidsflyt. Klinikken har behov for forskriftsmessige og større arealer. Slik plassforhold er i dag, er det mange steder utfordrende med samhandling å imøtekomme forskriftskrav. Klinikken konkurrerer om arealer i OUS med mange andre klinikker som også har utfordringer. Klinikken vurderer å leie lokaler men dette er utfordrende på grunn av økonomi og prosesser med mange avhengigheter.</p>
3	Læring	<p>Økende kompetansekrav ved spesialisering. Manglende midler/bemanning til vedlikehold av kompetanse.</p> <p>Faglig utvikling har stor påvirkning på motivasjonen til fagpersoner, reduksjoner kan føre til kunnskapsflukt.</p> <p>Læring omfattes av flere viktige faktorer på arbeidsplassen. Viktig at arbeidsplassen har en handlingsplan som inkluderer satsing på læring, kompetansebygging og utvikling. Utfordring er å få disse faktorene forankret når andre oppgaver skal prioriteres og driften kommer først.</p> <p>OUS har også bevart et regime der kompetansehevende tiltak har blitt kuttet, som gir uheldige signaler ovenfor grupper og ansatte. Virksomheten krever mye av ledelsen, særlig på kostnadskartlegging av ulike deler av virksomheten. Dette kan fjerne fokuset og muligheten til å opparbeide et lærende miljø. Ansatte bør få tid til å jobbe med fag, reflektere og aktivt dele ny kunnskap med hverandre.</p>
4	Stress	<p>Det meldes om høy arbeidsbelastning og lav egenkontroll (HMS-runde). Utfordringer på bemanning/ressurser og etterspørsel (KLM tertial rapport)</p>
5	Medvirkning	<p>Ansatte rapporterer om lav medvirkningsgrad (MU score 59 av 100), dette er rett under OUS gjennomsnitt.</p>



## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Kjemisk arbeidsmiljø	<p>Internrevisjon på bruk og oppbevaring i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen og VO.</p> <p>Det bør prioriteres å finne varige løsninger på høy risikoavvik på dette temaet.</p> <p>Kjemikaliekontakter bør delta på kurs i Stoffkartotek og ha fokus på arbeidet med lokal risikovurdering og substitusjon. HR i KLM og kjemikalierådgiver (ARB) gjennomfører kurs om stoffkartotek og kjemikaliesikkerhet med kjemikaliekontaktene.</p>
2	Medvirkning	<p>Tid og arenaer for dialog mellom leder og ansatt, samt partene (TV, VO og Arbeidsgiver) som fremmer medvirkning, en god samarbeidskultur, samt psykologisk trygghet.</p>
3	Læring	<p>Systematisk arbeid med kompetanseheving bør forankres. Konsekvenser av pålagte sparekrav som går imot kompetansehevende tiltak bør vurderes.</p> <p>Oppfordring og legge til rette for bruk av klinisk kompetanseprogram for bioingeniører ved OUS.</p>
4	Plassforhold	<p>Se på muligheter for felles bruk av arealer. Ledelsen må arbeide med kartlegging av arealbehov, og anskaffelse av tilstrekkelige arealer til virksomheten. Vurdere å bruke business caser ved anskaffelse av leiearealer. Prioritere arealer til forskriftsmessig lagring av kjemikalier.</p>
5	AKAN	<p>Informasjon om AKAN programmet (ufarliggjøring).</p> <p>Avholde minst 8 informasjonsmøter i KLM i løpet av 2017. Forslagsvis ett i klinikk AMU og et pr. avdeling.</p> <p>Oppfordre til kunnskapsoppdatering på AKAN-prosedyrene og Innføre lesekvitteringskrav (40, 8158)</p>

## 4.7 Kreftklinikken

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Meldefrekvens fra 2016 er gått opp fra 0,13 til 0,15 i 2017. Fortsatt ønsket høyere meldefrekvens	Kan tas opp som tema på ledergruppemøte/verneombudsmøte
2. Plassforhold		Tiltak i handlingsplan i fjor (utrede konsekvenser)	Følges opp på ledermøter og av arealkontakt.
3. Luftkvalitet		Særlig Radium og Ullevål. Mye gammel bygningsmasse. Røykeplassen utenfor RAD kommentert i fjor	Fortsatt et problem – Røykeskur ved pasienthotellet kan tas opp i klinikk-AMU Kartlegging av temperaturproblematikk på Radium Nybygg kommer
4. Støy		Vurdert i fjor. Enkelte lokale problemer følges opp.	
5. Lysforhold		Vurdert i fjor	
6. Ergonomi og fysisk helse		KRE ligger godt an sammenliknet med andre klinikker, med henblikk på forflytnings og ergonomiveiledere.	Tilrettelegge for å kunne sende ansatte på kurs (Læringsportalen) for å få flere helsemotivatorer i klinikken Ledelsen i KRE har allerede bestilt kurs- Ansatte kan melde seg på slike kurs fra høsten 2018
7. Kjemisk arbeidsmiljø	*	Instituttet er grønt. De andre avdelingene henger etter med risikovurderinger og substitusjonsvurderinger	Henvendelse fra Klinikk VO til VO for kartlegging. Undervisning på VO møte Det er ønsket prosedyrer på engelsk.
8. Smittevern		Antallet registrerte stikkskader er øket fra 13 – 31!! Antall avvik på annen smitteeksponering er omtrent den samme (36/35)	Gjeninnføre stikkskadedagen -(Halv dags seminar om smittevern) Egen sak på klinikk AMU- Finne årsaker og relevante tiltak.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
9. Strålevern		Ønske om undervisning på enkelte enheter i KRE	Kontakte strålevernskoordinator for undervisning
10. Brannvern		Noe bedring fra i fjor på antall som deltar på e-læringskurs (36 %) obligatorisk for alle. (Ref. nivå 1 prosedyre Egen kontroll av brannvern Dok-ID 25241)	Utarbeide oversikt brannkontakter. Brannøvelser - Unn Gude Fra i fjor: Kartlegging av enheter med «avventende evakuering»
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)		Fargesetting fra i fjor. Tall fra 2017 finnes ikke så vurderingen blir skjønnsmessig	Fra i fjor – tall på opplæring og sertifisering på MTU
12. Elektro		Resultatdata fra HMS runder tyder på at elektrisk anlegg vurderes som i stor grad i orden på enhetene	E læringskurs som alle ansatte skal ha gjennomført 1 gang per år. + dok 182 som alle ledere skal ha lest. Påminnelse fra HR
13. Læring		Fra i fjor	
14. Samarbeid		Fra i fjor	
15. Negativt stress		Fra i fjor	
16. Medvirkning		Fra i fjor	
17. Mobbing og trakassering		Fra i fjor	#ikkeikreftklinikken. Kan også være tema på VO samling Fokus på åpenhetskultur N3-N5 samlinger, melde inn en ressurs i det partssammensatte varslingsutvalget- Opplæring i varsling via ulike metoder: I ulike ledermøter på alle nivå, Følge opp kulturutvikling i tråd med L.S. «retningslinjer» og med fokus på relasjonskompetanse og verdiledelse.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
18. Vold og trusler		Fra i fjor	
19. IA (inkl. «Gravid og trygg i jobb»)		Sykefraværet er stabilt lavt (6,05) og betydelig lavere enn gjennomsnittet for sykehuset (7,21). Klinikken har egen IA handlingsplan med flere konkrete tiltak. Se denne for videre arbeid i 2018. KRE er på topp i OUS når det gjelder bruk av bedriftsjordmor	<p>Fortsette AMU oppfølging</p> <p><i>(Klinikk-AMU: Seksjoner/enheter med 10 % eller mer identifiseres i klinikk-AMU. Klinikk-AMU diskuterer om det er nødvendig med igangsetting av en kartlegging. De respektive linjeledere kontaktes. Avdelingsleder informeres. Linjeleder skal redegjøre for hvilken type fravær det omhandler, hva fraværet er relatert til og seksjonens/enhetens muligheter for tiltak. Helsefremmede tiltak: Tilbud om LST for ansatte og ledere. Deltagelse på grunnleggende kurs* i regi av Arbeidsmiljøavdelingen. Gå igjennom enhetens MU og finne tilstedeværelsesfaktorer/sykefraværsfaktorer.</i></p> <p><i><u>Klinikkens tertialmøter:</u> Klinikkleder etterspør tiltaksoppfølging. (Innlemmes i LGG under fast punkt om sykefravær).</i></p> <p><i><u>Klinikkens ledersamlinger N3-N5:</u> IA-tema settes på agendaen for samlingene</i></p> <p><i><u>Lederopplæring</u></i></p> <p><i>Kurs tilrettelegges spesielt for Kreftklinikken og presenteres på miniseminalet høsten 2017: Se styrkene og mulighetene hos hver ansatt: Nyttige lederverktøy for en inkluderende og helsefremmende arbeidsplass!</i></p> <p><i><u>Opprettholde lavt sykefravær ved oppfølging av sykemeldte i samsvar med sykehusets retningslinjer. Se <a href="#">retningslinjer for individuell tilrettelegging og oppfølging</a> og <a href="#">Individuell tilrettelegging av arbeidet</a> : Fokus på bruk av prosedyrene</u></i></p> <p><i><u>Kunnskap om sykefraværs- og nærværsfaktorer, se artikkel i <a href="#">tidsskrift for velferdsforskning, om arbeidsplassen og sykefravær.</a></u></i></p>
20. AKAN		Vurdert i fjor	<p>Invitere AKAN hovedkontakt til ledersamling, avdelingsmøter, eller personalmøter for informasjon og dialog. <i>Informere om ny prosedyre i samme fora. Oppfordre ledere, TV og VO til å lese kortversjon av rapport: Du, av alle!</i></p> <p>Ny instruks – lesekvittering</p>

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Rokadeendringene – oppussing og drift	Organisering og innemiljø ved ombygging. Bør tas opp som egen sak i AMU – invitere eiendom
2	Systematisk HMS arbeid	Følge opp systematisk HMS arbeid på alle nivå i klinikken.
3	Eiendom, brannvern, luftkvalitet	Følge opp Eiendom og luftkvalitet/temperatur. Sikre at brannvernkurs følges opp i klinikken.
4	Stress	Arbeidsbelastning og stress. Bør både sees på systemnivå og individnivå.
5	Læring	<p>Klinikken ønsker å fokusere på særskilt 3 områder i fht kompetanseheving:</p> <p>Viktig at læring for både ledere og ansatte tilpasses klinikkens behov.</p> <p>Klinikken vil følge dette opp i egne prosesser, ettersom det nå er endringer i organisasjonen som krever endringer, for eksempel talegjenkjenning og endring i LIS utdannelsesløpet, og de krav som vil settes til sykepleiere i forhold til for eksempel ernæring.</p>

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Rokadeendringene – oppussing og drift	Organisering og innemiljø ved ombygging. Bør tas opp som egen sak i AMU – invitere eiendom. Fokus på blant annet asbestsanering
2	Systematisk HMS arbeid	<p><i>Følge opp funn fra revideringsrapporten 2016/2017</i></p> <p>Kartlegge om det er samsvar i verneområder /rapportering og ledere/verneombud på HMS kurs.</p> <p>Identifisere suksess enheter som har god meldekultur/ erfaringsdeling. Inviteres til Klinikk AMU: Hvordan jobbe med avvik på en positiv måte.</p> <p>Meldekultur tas opp som sak på ledermøtet i klinikken. Følges deretter videre opp i de respektive ledergruppene i klinikken.</p> <p><b>IA: Alle ledere skal gjennomføre obligatorisk HMS-kurs. Det skal legges til rette for at ledere og verneombud gjennomfører felles opplæring i HMS.</b></p> <p><i>Hver enhet utarbeider egne IA-mål og tiltak for delmålene <b>sykefravær, personer med redusert funksjonsevne og avgangsalder</b> og innarbeides i HMS- handlingsplanen og ev. en samarbeidsplan* med Arbeidsmiljøavdelingen. Ledere over har ansvar for oppfølging av tiltak.</i></p>
3	Smittevern	Finne årsaker og redusere antall stikkskader /smitteverndagen
4	Eiendom, brannvern,	Gjøre kjent at gjennomføring av e-læring i brannvernkurs er obligatorisk for alle ansatte.

	luftkvalitet	Eiendom og luftkvalitet må følges opp i samarbeid med arealkontakt og evt. evalueres/ kartlegges. Klinik-AMU ønsker at det gjøres målinger av Arbeidsmiljøavdelingen. Dette vil da sendes til Eiendom for vurdering i forhold til å reparere solskjerming etc.
5	Stress/arbeidsbelastning	<p>Pilotprosjekt på livsstyrketrening.</p> <p>Bør både sees på systemnivå og individnivå.</p> <p>Systemnivå: Følges opp i lederlinjene. Behov for tiltak vurderes lokalt. HR i klinikk bistår ved behov.</p> <p>Individnivå: Sette fokus på egenkontroll og håndtering av stress i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. Kurs i LST og kurs i regi av tidligere «Raskere tilbake».</p>
6	Læring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>LiS: Er startet opp på foretaksnivå</i></li> <li>• <i>Sykepleiefag: Partssammensatt arbeidsgruppe er nedsatt. På grunn av tilbakemeldinger på mandatet er arbeidet noe forsinket i oppstart.</i></li> <li>• <i>Kontor: Partssammensatt arbeidsgruppe er nedsatt og utkast til mandatet for dette arbeidet er utarbeidet.</i></li> </ul> <p>Dette fokusområdet vil bli av Lederutviklingen</p> <p>Viktig at det settes fokus på å ha individuelle kompetanseplaner for de ansatte, dette er den del av personalsamtalen.</p>
7		Ytterligere tiltak og utfordringer på listene vil bli fulgt opp i klinikk-AMU. AMU ønsker at man tar i bruk mer av de interne ressurser i OUS i dette arbeidet.

## 4.8 Klinikk for radiologi og nukleærmedisin

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>1. Systematisk HMS-arbeid</b>		Vi har kommet godt i gang med å etablere rutiner og prosedyrer, men har fortsatt en vei å gå. Klinikken har hatt godt fokus på arbeid rundt pasientsikkerhet (etablering av PKU) og rapportering og saksbehandling i Achilles. anbefaler å prioritere og begrense oss selv til noen konkrete tiltak med håp om ringvirkninger andre steder. Fortsatt inntrykk av generell underrapportering i Achilles, men vi er på rett vei.	Achilles-opplæring – alle ansatte skal få en form for opplæring i Achilles og avviksrapportering
<b>2. Plassforhold</b>		Mange har liten plass, trange forhold pga fortetning/bruksendring og gamle bygg som er vanskelig og dyrt å gjøre noe med. Vi har røde avvik på situasjonen rundt skranken på RH, men klinikken som helhet ligger på gult.	Ferdigstilt flytting av BDS og klinikkstab m. fl. I 2017. RA Nukleærmedisin regnes med å være etablert i nye lokaler første halvår 2018. Skranke RA blir ikke gjort noe med pga av rocade og nytt klinikkbygg som skaper endringer i dagens situasjon. RH ombygging radiologisk hovedekspedisjon fikk ikke tildelt investeringsmidler for 2018, og klinikken ser nå på alle muligheter.
<b>3. Luftkvalitet</b>		Vi har fokusert på orden og renhold som et område med forbedringspotensial som er håndgripelig og noe vi kan gjøre noe med selv.	Vi velger å videreføre tiltak fra i fjor da vi kom litt sent i gang. Tilby befaring (KVO/ARB) for å komme med gode råd om hva vi kan gjøre selv, presentere på personalmøte Oppfordre til samarbeidsmøter med renholdsleder
<b>4. Støy</b>		Mye maskinstøy (driftsområder og granskning). Fortetning skaper mer menneskestøy på mindre områder.	Sette fokus på støy ved anskaffelser. Støykrav i kravspek og støydemping i rom. Samle støyende maskiner. Oppfordre til diskusjoner rundt menneskeskapt støy og kommunikasjon i slike miljø.



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
5. Lysforhold	Gult	Arbeidets art gir mye arbeid i eksisterende lokaler uten dagslys. Likevel bør det være muligheter alle steder for tilgang til dagslys. Økte utfordringer i årene som kommer med store byggeprosjekter	Ta opp temaer om rotasjon og mikropauser, både med tanke på dagslys og stress.
6. Ergonomi og fysisk helse	Grønt	Enkelte yrkesgrupper har fysisk, tung belastning ifm. arbeid. Vi mener vi jobber bra med ergonomi. Fortsette satsing på å kurse veiledere.	Fortsatt fokus på utdanning av veiledere alle hus. Anbefaler Avdeling for Kontor å sende egen ansatt på ergonomiveilederkurs. (Egen problematikk)
7. Kjemisk arbeidsmiljø	Oransje	Vi føler vi har en del igjen å hente på en del prosedyrer og rutiner. Heri ligger vårt kjemikaliearbeid rundt Stoffkartotek med rutiner og systematisk arbeid. Vi antar avvikene bunner i dette fordi veldig få mener de har kjemikalier av noen grad.	Oppdatere stoffkartotek med risikovurderinger og substitusjonsvurderinger.
8. Smittevern	Grønt	Hovedutfordringen i KRN rundt smittevern er kommunikasjon rundt smittepasienter med dårlig varslings. Smittevern er det tema med flest registrerte avvik i Achilles. Det har vært problemer med mangel på rent tøy til de de ansatte og smittevask i helgene ved US. Sterk økning i gjennomførte elæringskurs om «Basale smittevernrutiner» og antall bestilte influensavaksiner. Vår klinikk har nedgang i stikkskader 7 (12).	Få montert kortlås på tøylageret i bygg 6, US. Prosedyre/informasjon mot våre samhandlingspartnere om OUS standard for smittevern og våre forventinger til våre «gjester». Fortsette avvikskampanjen.
9. Strålevern	Rødt	Persondosimetri rapporteres jevnlig fra Statens strålevern. Ved akkumulert dose >10 mSv skal tiltak settes inn. Det finnes egen Ehboksprosedyre for dette. 1 person fikk akkumulert dose > 20 mSv, dette utløser rød. Etter spørreundersøkelse til alle dosimetribrukere kom det frem et behov for opplæring/oppdatering innen strålevern. Strålevernforskriften sier at faglig oppdatering innen strålevern skal skje årlig. 23 % har	Klinikken vil jobbe med en type sjekklister til lederne der vi registrerer opplæring. Rydder opp i personer med flere dosimeter, avklare om alle er berettiget.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		svart at det er mer enn 4 år siden.	
<b>10. Brannvern</b>		Vi føler vi har en del igjen å hente på en del prosedyrer og rutiner. Vi må sette oss ned og skaffe oversikt over hva som gjøres i dag og sette dette i system. Dette arbeidet kom ikke helt i gang i 2017. 32,5 % (21 %) har gjennomført elæringskurs «Brannvern»	Etablere et nettverk gjennom en brannvernkontaktgruppe KRN Gjennomføre minst en fysisk brannøvelse i 2018 ved KRN
<b>11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		Vi er en MTU-tung klinikk der man må være opplært/sertifisert før man kan utføre sitt arbeid. Det bemerkes at «små» MTU (Medisinsk Teknisk Utstyr som løfteheis, kreatininmåler, væskepumpe) i noen grad er behovsprøvd og derved ikke generelt at alle har fått opplæring i disse.	Skaffe oversikt over «små» MTU
<b>12. Elektro</b>		Vi eier mye MTU som er spesielt var for svingninger i nettet. Dette har vist seg å være et problem ved sekundblink som ikke karakteriseres som strømbrudd av Hafslund. OUS sentralt har et prosjekt med utbredding av UPS-strøm der vi deltar aktivt. Har fortsatt mye skjøteledninger, selv om vi på RH har gjort store utbedringer etter tilsyn.	Kontinuerlig prosess ved alle arealendringer på å bestille flere stikkontakter og fjerne skjøteledninger.
<b>13. Læring</b>		I 2017 har det ikke vært gjennomført effektfulle tiltak som påvirker en betydelig del av arbeidstakerne.	Achilleskampanjen, pkt 1. Bruke idelisten for tiltak og handlingsplaner aktivt (f.eks. kap 11 Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø) (Ehåndbok id 57080)
<b>14. Samarbeid</b>		Det er fortsatt et visst konfliktnivå med prosesser flere steder, vi jobber videre med dette. De med lav score på MU i 2016 har blitt fulgt opp spesielt.	Tema til HR-verksted: Prosedyre i konflikthåndtering (praktisk, hva gjør du, hvem kontakter du, dokumentasjon) Kurse lederne i konflikthåndtering (N5-N3)

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>15. Negativt stress</b>		Arbeidets art gir dårlig kontroll på mengde, tempo og tidsfrister. Klinikken har vært tydelig på å melde behov for økt bemanning for å imøtegå etterspørselen. KRN fikk tilført midler som dekker 14 % av innmeldt behov. Jobbet mye i 2017 med rapport etter kartlegging av MTU i KRN (LEAN).	Prosjekt første halvår 2018 er igangsatt; Optimalisering av drift KRN.
<b>16. Medvirkning</b>		Vi vet at det er mye informasjon, men er usikre på medvirkningsgraden på alle nivå. Dette etter tilbakemeldinger i klinikkforum. Flere ledere er nye eller har gått opp til et høyere ledernivå med dertil endringer i ansvar og fullmakter m.m.	Det vil kreve mye tid for mange deltakere i flere prosjekter som går sentralt på OUS i årene fremover. Viktig å tilrettelegge for dette, inkludert TV/VO, i alle grupper.
<b>17. Mobbing og trakassering</b>		Vi ser et behov for å møte alle varsler om mobbing og trakassering med lik og ryddig saksbehandling. Vi forventer økt fokus i forbindelse med #metoo-kampanjen og ønsker å være forberedt på ryddige og gode prosesser.	Tema til HR-verksted: Saksbehandling i varslingsaker, Eåndbokdokument <a href="#">Varsling</a> (23)
<b>18. Vold og trusler</b>		På MU 2016 under Lederadferd var oppfølging etter Vold og trusler det de ansatte hadde størst tillit til at leder ville gi god oppfølging på. Ingen målinger for 2017.	Jobbe for at vi skal få like gode resultater og tillit i 2018.
<b>19. IA (inkl. «Gravid og trygg i jobb»)</b>		«Gravid og trygg i jobb» har vært et populært tilbud i KRN. 21 gravide tok i mot tilbudet i 2017. KRN jobber aktivt med IA og tilrettelegging. Sykefraværet i KRN er vanskelig å bli klok på pga forskjellige systemer statistikken dras ut fra. Vi får tall fra 6 til 8,4 %.	Fortsette med de tiltakene vi har satt i gang for å redusere sykefraværet. Utrede om muligheter for nye tiltak.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
20. AKAN		Klinikken har ingen saker registrert, men statistisk sett har 3-4 % av arbeidsstokken et rusproblem. Hvordan kan vi jobbe bedre med denne problematikken?	Tema til HR-verksted: Saksbehandling i varslingssaker i forhold til rusproblematikk hos kollega, Ehbokdokument <a href="#">Varsling</a> (23), ref pkt 17

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Etablere systematisk HMS-arbeid og gode rutiner i klinikken	Vi har kommet godt i gang med å etablere rutiner og prosedyrer, men har fortsatt en vei å gå. Klinikken har hatt godt fokus på arbeid rundt pasientsikkerhet (etablering av PKU) og rapportering og saksbehandling i Achilles. Fortsatt inntrykk av generell underrapportering i Achilles, men vi er på rett vei.
2	Stress, motivasjon, arbeidsbelastning, arbeidsglede etc	Arbeidets art gir dårlig kontroll på mengde, tempo og tidsfrister. Klinikken har vært tydelig på å melde behov for økt bemanning for å imøtegå etterspørselen. Fikk tilført midler som dekker 14 % av innmeldt behov. Jobbet mye i 2017 med rapport etter kartlegging av MTU i KRN (LEAN).
3	Plassforhold, areal	Mange har liten plass, trange forhold pga fortetning/bruksendring og gamle bygg som er vanskelig og dyrt å gjøre noe med. Vi har røde avvik på situasjonen rundt skranken på RH, men klinikken som helhet ligger på gult.
4	Luftkvalitet, støy, lys	Vi har fokusert på orden og renhold som et område med forbedringspotensial som er håndgripelig og noe vi kan gjøre noe med selv Mye maskinstøy (driftsområder og granskning). Fortetning skaper mer menneskestøy på mindre områder. Arbeidets art gir mye arbeid i eksisterende lokaler uten dagslys. Likevel bør det være muligheter alle steder for tilgang til dagslys. Økte utfordringer i årene som kommer med store byggeprosjekter
5	Brannvern	Vi føler vi har en del igjen å hente på en del prosedyrer og rutiner. Vi må sette oss ned og skaffe oversikt over hva som gjøres i dag og sette dette i system. Dette arbeidet kom ikke helt i gang i 2017. 32,5 % (21 %) har gjennomført elæringskurs «Brannvern». Vi ønsker å fokusere på en «stor» fysisk brannøvelse

### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	RH skranke/ hovedekspedisjon	Tiltak må komme i 2018
2	Kvalitetsarbeid	Achilles-opplæring – alle ansatte skal få en form for opplæring i Achilles og avviksrapportering
3	Lederopplæring	Tema til HR-verksted: Saksbehandling i varslingsaker og konflikthåndtering o.l.
4	IA	KRN jobber aktivt med IA og tilrettelegging. Sykefraværet i KRN er vanskelig å bli klok på pga forskjellige systemer statistikken dras ut fra. Vi får tall fra 6 til 8,4 %. Utrede om muligheter for nye tiltak.
5	Kjemisk arbeidsmiljø	Oppdatere stoffkartotek med risikovurderinger og substitusjonsvurderinger.

## 4.9 Kvinneklubben

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Det er ikke pålagt HMS-runder i 2017. Noen seksjoner har gjennomført, men dette brukes ikke for årsrapport 2017	Våren 2018. KVO kvalitetssikre at alle områder er ivaretatt
2. Plassforhold		KVI har fått 14 nye kontorplasser på RH. Noen gamle kontorer er omdisponert til pasientbehandling. Det er fortsatt behov for både kontorer og pasientrom/behandlingsrom på RH, spes Barsel. Areal Gyn opr. Stue.	Det jobbes videre med kontinuerlig forbedring og stort fokus på bedre utnyttelse av de areal man har i dag. Asfyksi rom gyn opr. Nedsatt en prosjektgruppe som skal se på bedre løsninger innen det areal man i dag har. Barsel RH; Gjør om pasientrom til behandlingsrom
3. Luftkvalitet		Sett opp mot svar tolkes luftkvaliteten som akseptabel i 2016, men for Bygg 18A UL er det i 2017 innmeldt sak på inneklime for Bygg 18A.	Under arbeid.
4. Støy		Det var meldt inn støy fra avtrekksskap på REPRO i 2016 i Lab seksjonen på RH. Ombygging på REPRO RH har gitt noe mindre støy	
5. Lysforhold		Dagslys kommer ut på gult. Dette grunnet svar fra ansatte på lab. -/ ultralyd som jobber uten dagslys.	
6. Ergonomi		Ergonomi kommer ut med gult på kunnskap/opplæring/ arb. stillinger og teknikk, men oransje på de tunge sengepostene eks. Føden. Stor fysisk belastning på ansatte og høyt arb. tempo. Belastning for ultralydjordmødre	Bedre bevisstgjøring på tunge løft/ arb. teknikk. Intern opplæring. Kulturendring. Flere ergonomi veiledere. Nok tilgjengelig hjelpeutstyr. Ultra jordmødreoppfordres til å trene med strikk. Avdelingen kjøper inn strikk til de ansatte.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Arbeid med stoffkartotek er startet opp og KVI har kontaktpersoner	Arbeidet videreføres i 2018. Meldekultur – forbedring

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>8. Smittevern</b>		Økning av meldte avvik, spes på smittevern (ikke stikk / kutt). Spes på nye MRSA og ESBL smitte	Gode prosedyrer i E-håndbok. Alle enheter oppfordres til å registrere manuelt. Lage egne lister. Økt fokus på områdene
<b>9. Strålevern</b>		Lysbehandling av barn.	Kontinuerlig opplæring av ansatte og foreldre
<b>10. Brannvern</b>		Det har vært gjennomført E-læring av KVIs ansatte, samt brannvernopplæring av nyansatte. Forbedring etter at kurs ble obligatorisk. Gode prosedyrer i E-håndbok	Bevisstgjøring av signatur når e-kurs er gjennomført. Brannkontakt pr seksjon utpekes av leder. Viktig å møte nyansatte med god info.
<b>11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		MTV arrangerer 2 møter pr år for kontaktene. Oppæring og sertifisering gjennomføres. Stort fokus.	Fortsatt fokus på områdene – slik som nå
<b>12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.)</b>		Alle ansatte i KVI skal ta E-læring i strøm. Vinduer ved Gyn avdeling 6. etg UL må byttes ut. Dårlig med varmt vann i Bygg 8. Generelt mye gammel bygningsmasse på UL. NB! Opr. Stuen Gyn og Føden UL/RH har ikke nødstrøm. Kun UPS!	
<b>13. Læring</b>		Klinikken opphevet KVIs sparetiltak i 2016 for kurs / opplæring.	Fokus på kompetanseheving / kurs, eksterne og interne
<b>14. Samarbeid</b>		KVI har noen utfordringer på noen seksjoner vedr samarbeid og kommunikasjon.	Tiltak er igangsatt
<b>15. Stress</b>		Til tider høyt arb. press / arb. belastning og manglende egenkontroll	KVI har et kontinuerlig forbedringsarbeid, spes på de store seksjonene, Føde/Barsle, FGM og opr stuen
<b>16. Medvirkning</b>		Pga manglende MU kommenteres ikke denne.	Viktig at alle avdelinger, seksjoner, enheter tar med VO og TV i prosesser.
<b>17. Mobbing og trakassering</b>		Ikke kjennskap til meldte saker i 2017	Det er fokus på Fafo rapporten, «Me too» og meldekultur generelt.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>18. Vold og trusler</b>		Klinikken har mottatt meldte avvik på trusler fra pasienter/pårørende på ansatte	KVI reviderer klinikkens Beredskapsplan. Alle tiltakskort samles og legges direkte inn i Klinikken Beredskapsplan. Her ligger også vold
<b>19. IA</b>		Fravær er lite relatert til jobb. Et lavt sykefravær 6,7 i nov.	Fortsatt stort fokus på IA arbeidet i KVI
<b>120. AKAN</b>		KVI har ingen AKAN saker, og det meldes om noe bekymring rundt dette	KVI har stort fokus på AKAN arbeidet og har gjennomført lederforum med tema AKAN. Også vært tema blant vernetjenesten i 2017

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
<b>1</b>	Arbeidspress	KVI har utfordringer ihht drift ved FGM, Fødeavdelingene og Opr Gyn
<b>2</b>	Samhandling	Fokus på samhandling mellom lokalisasjonene. Vi leverer ikke godt på dette i dag. Overføring av oppgaver fra Nyfødt (BAR) til Barsel (KVI – RH)
<b>3</b>	Kommunikasjon	God og trygg kommunikasjon mellom leder og ansatt, samt flerfaglig kommunikasjon. Kommunikasjon mellom kolleger
<b>4</b>	Meldekultur og varsling	Øke kjennskap til bestemmelser for varsling. Øke forståelsen av hvordan varsling skal forstås. Økt kjennskap til systemer for avviksregistrering
<b>5</b>	Smittevern	KVI har en økning av meldte avvik, spes på smittevern (ikke stikk / kutt). Spes på nye MRSA og ESBL smitte.



### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Arbeidspress	Det skal gjennomføres pasientsikkerhetsvisitt på alle seksjoner i KVI. For 2018 planlegges gjennomføring av 4 seksjoner
2	Samhandling	Videreføre felles driftsmøte i KVI mellom gyn og føde iht lokalisasjon RH/UL. Fokus også på samhandling mellom sengeposter RH/UL spes. FØD. KVIs ledergruppe – « gjøre hverandre gode».
3.	Kommunikasjon/ samhandling	Videreføre 2017; Være kjent med «Hei-kampanjen» i OUS. Gjensidig respekt. Trygg og god dialog.
4	Meldekultur og varsling	Øke kjennskap til bestemmelser for varsling. Øke forståelsen av hvordan varsling skal forstås. Økt kjennskap til systemer for avviksregistrering
5	Smittevern	Fokus på MRSA og ESBL smitte. Tiltak; Interne fagdager. Invitere Smittevern avdelingen

## 4.10 Medisinsk klinikk

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Tilfredsstillende på avviksmelding og lukking av avvik.	Fortsatt fokus og påminnelse i linjen om gjennomføring av HMS-runde og ForBedring
2. Plassforhold		De eksisterende lokalene er ikke egnet for dagens drift.	----
3. Luftkvalitet		De eksisterende lokalene er ikke egnet for dagens drift.	----
4. Støy		Ombygning har i flere år vært kilde til mye støy.	Fokus på støyreducerende tiltak der dette er mulig
5. Lysforhold		Utbedringer av lysforhold etter/under ombygging.	
6. Ergonomi og fysisk helse		Klinikken har stor fysisk belastning og et høyt arbeidstempo mht. pasientbehandling. Klinikken har flere interne ressurser på dette området.	Behov for mer og oppdatert forflytningsutstyr og fokus på forflytning.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Flere enheter har fått på plass risikovurdering/substitusjon. Redusert kapasitet gjør registrering utfordrende å få gjennomført.	Opprette flere kjemikaliekontakter som kan oppdatere Eco online.
8. Smittevern		Manglende enerom for å kunne gjennomføre godt smittevernsarbeid. Mye fokus på stikkskader i klinikken.	Bruke smittevernsavd. aktivt.
9. Strålevern			Under utskifting
10. Brannvern		E-læringskurs i brann er nå obligatorisk	Orienterere ledere. "Brann måned". Vi ønsker mer praktisk trening/øving.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		Høy alder på nåværende utstyr. Noe av MTU er risikovurdert med fare for pasientsikkerhet. Nytt telemetri utstyr ble kjøpt inne sommer 2017 men er enda ikke montert.	Vi trenger å oppgradere MTU
<b>12. Elektro</b>			
<b>13. Læring</b>		Drift går på bekostning av fagutvikling.	Videreføring av allerede implementerte tiltak og bruk av tilgjengelige læringskanaler.
<b>14. Samarbeid</b>		På bakgrunn av høyt arbeidspress legges mye vekt på samarbeid.	Aktivt medarbeiderskap (Opplæring for alle ansatte innen sommer `18). Standardiserte personalmøter.
<b>15. Negativt stress</b>		Høyt arbeidspress. De fleste ansatte opplever å få anerkjennelse fra leder.	Medisinsk klinikk har for høy belegg og for stor arbeidsbelastning ift tilegnelig sengekapasitet.
<b>16. Medvirkning</b>		Forholdene ligger til rette for medvirkning f.eks. forbedringstavle, daglig styring og det grønne korset	Aktivt medarbeiderskap
<b>17. Mobbing og trakassering</b>		Skal være nulltoleranse på sykehuset	Aktivt medarbeiderskap, det grønne korset (daglig risikostyring) Innført standardiserte personalmøter.
<b>18. Vold og trusler</b>		Mindre rapportering om dette det siste året.	Fortsette med opplæring av ansatte i voldsrisikovurdering og i kunnskap om å møte mulig voldelige pasienter og pårørende.
<b>19. IA (inkl. «Gravid og trygg i jobb»)</b>		Stort fokus og god oppfølging. Oppfølging har enheter med høyt sykefravær har blitt gjennomført og er i arbeid.	Fortsatt fokus
<b>20. AKAN</b>		TV og Vo samling med Ledere og ARB fokus på AKAN. Gjennomført WIRUS-prosjektet.	Fortsatt fokus

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Stress	Høyt arbeidspress.
2	Brannvern	Få gjennomført obligatorisk elæring og praktiske øvelser.
3	Læring	Drift går på bekostning av fagutvikling.
4	Plassforhold	De eksisterende lokalene er ikke egnet for dagens drift.
5	Kjemisk arbeidsmiljø	Flere enheter har fått på plass risikovurdering/substitusjon. Redusert kapasitet gjør registrering utfordrende å få gjennomført.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Stress	Aktivt medarbeiderskap
2	Brannvern	Innføre brannmåned for gjennomføring av elæring. Oppfordre i tillegg til praktisk øving.
3.	Læring	Anvende faglunsj, forskningslunsj. Videreføring av allerede implementerte tiltak som f.eks. alertkurs. Bruke klinikkens Lean nettverk.
4	Plassforhold	ingen
5	Kjemisk arbeidsmiljø	Kontakte ARB v/Bach til ledermøte N4/5 møte. Se på mulighetene til å opprette evt samordne flere kjemikaliekontakter.

## 4.11 Nevroklubnikken

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Flere avdelinger har mange tiltak i Achilles. Få var klar over at disse utgjør handlingsplanen. Opplyse om dette for vernerunde 2018. Oppfordre avdelingene til å diskutere bruk av Achilles og meldekultur.	VO og HR følger opp ledere og verneombud.
2. Plassforhold		NKI på RH har for lav sengekapasitet i forhold til aktiviteten. Fortetning av kontorer. NEV på UL virksomhet spredt utover flere lokalisasjoner	Ytterligere samarbeid mellom sengepostene på RH for å se om sengekapasiteten kan utnyttes enda bedre.  Se på muligheter for å samle driften ved NEV på UL
3. Luftkvalitet		Det har vært en måling (SSE, bygg A - kjeller og 1. etasje) av ARB.	Det er foreslått tiltak for å bedre luftkvalitet i bygget.
4. Støy		Ingen registrerte avvik på støy.	
5. Lysforhold		Ingen registrerte avvik i Achilles eller andre saker på dette.	
6. Ergonomi og fysisk helse		Nevroklubnikken fikk en ny ergonomiveleder og fire nye forflyttningsveiledere i 2017 Det forekommer tunge løft på sengepost og andre steder.	Vurdere dekning av forflyttningsveiledere og ergonomiveiledere, tilgjengelige hjelpemidler, og undervisning i avdelingene.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		Mangler substitusjons – og risikovurdering i det elektroniske stoffkartoteket (Eco- online) av klinikkens kjemikaliekontakter.	NVR arrangerer kurs for klinikkens kjemikaliekontakter i uke 5 med ARB. Gjennomgang av antall kjemikaliekontakter i klinikken. 1-1 oppfølging av kjemikaliekontakter.
8. Smittevern		26 stikkskader i klinikken. Jobbes med via «stikkontakter», også vært sak i AMU. Høy influensavaksinasjonsdekning i klinikken.	Få opp andel med "stikkontakter" i Nevroklubnikken for å forebygge stikkskader. Informasjon om vaksinerings (influenza, hepatitt B). Ansatte med

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
			pasientkontakt og pasientrettet arbeid gjennomfører e-læringskurs "Basale smittevernrutiner" og "håndhygiene"
<b>9. Strålevern</b>			Klinikken har opprettet strålevernkontakt som skal sørge for dette arbeidet. Ute i avdelingen er det gode rutiner for strålearbeid.
<b>10. Brannvern</b>		Det er en bedring i brannvernarbeidet i klinikken. Kompetanse og rapportering øker. Kontinuerer og videreutvikler brannvernarbeidet i klinikken.	Følges opp i linjen.
<b>11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		Det er kun vurdert opplæring og sertifisering. Ikke hvordan utstyret fungerer.	Forslag fra NVR: Kartlegge kvaliteten på utstyret i neste års HMS-rapport.
<b>12. Elektro</b>		Få ansatte har hatt kjennskap til elektrokurset. Dette gjenspeiles i HMS-runden/ Achilles.	Sikre at ansatte gjennomfører e-læringskurs.
<b>13. Læring</b>		Stor variasjon mellom yrkesgrupper og lokalisasjoner. Varierende oppfølging av MU.	<i>Forslag:</i> Jobber med gjennomføring av planlagt aktivitet. Sørge for bedre planlegging og oppfølging av ForForbedring.
<b>14. Samarbeid</b>		De fleste steder er det bra. Jobber med samarbeid seksjoner og avdelinger seg i mellom.	Bedre oppfølging av ForForbedring. Jobbes med styrking av samarbeid i flere avdelinger.
<b>15. Negativt stress</b>		Scorer lavt på egenkontroll og arbeidsbelastning. <i>Tall fra MU 2016:</i> - Arbeidsbelastning: 62 - Egenkontroll: 49 - Rollekonflikt: 69 - Ros/ anerkjennelse fra leder 71	Tettere oppfølging fra leder. Fortsetter arbeidet med gjennomføring av tiltak.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
16. Medvirkning		Tall fra MU: - Medvirkning: 61	Følger opp avdelingene vedrørende personalmøte og møter med verneombud og tillitsvalgte.
17. Mobbing og trakassering		FAFO - rapporten er diskutert ved flere anledninger i AMU. Den er også tatt opp i ledermøte to ganger. Det er også planlagt å ta denne med tillitsvalgte og vernetjenesten. Noe uroligheter i enkelte seksjoner.	Følges opp i linjen.
18. Vold og trusler		Det er meldt 16 hendelser i 2017. Noen av disse førte til fravær og oppfølging hos lese.	Jobbe videre med meldekultur, opplæring, og forebygging.
19. IA (inkl. «Gravid og trygg i jobb»)		NVR foreslår: Gruppesamtaler med gravide ansatte i klinikken, i tillegg til 1-1 ved behov. Gi generelle råd og veiledning om hva som kan gjøres og ikke.	Klinikken har god fart i IA-arbeidet. Ny revidert rettningslinje er i ferd med å ferdigstilles. I tillegg til andre tiltak i IA- handlingsplanen
20. AKAN		AKAN er tatt opp i ledersamling, AMU, og Verneombudssamling.	Fortsette AKAN-arbeidet i klinikken.

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Kjemisk arbeidsmiljø	Mangler substitusjons – og risikovurdering i det elektroniske stoffkartoteket (Eco- online) av klinikkens kjemikaliekontakter.
2	Elektro	Få ansatte har hatt kjennskap til elektrokurset. Dette gjenspeiles i HMS-runden/ Achilles.
3	Mobbing og trakassering	Manglende fokus og kjennskap til rutinene.
4	IA	Sykefravær og oppfølging.
5	MU/ForBedring	Svak oppslutning enkelte steder, manglende oppfølging etter besvarelse.

### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Kjemisk arbeidsmiljø	NVR arrangerer kurs for klinikkens kjemikaliekontakter i uke 5 med ARB. Gjennomgang av antall kjemikaliekontakter i klinikken. 1-1 oppfølging av kjemikaliekontakter.
2	Elektro	Sikre at ansatte gjennomfører e-læringskurs. Oppfølging av Elektro på HMS-runden 2018.
3	Mobbing og trakassering	Bedre kjennskap til varslingsrutiner.
4	IA	Utarbeidelse av lokal retningslinje, tettere lederstøtte.
5	MU/ForBedring	Gjøre kjent MU/ForBedring i avdelingene. Bedre/tettere oppfølging .




## 4.12 Ortopedisk klinikk

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		<p><b>HMS-rapportering:</b> HMS-runden.</p> <p><b>MU-svarprosent:</b> var 70 % 2016</p> <p>Klinikken avventer den nye undersøkelsen ForBedring i februar 2018 men ser at det er økende interesse og at det er flere legeledere som har gjennomført gruppesamtaler i 2017 enn tidligere.</p>	<p>MU spørreundersøkelse er ikke gjennomført i 2017. Det er blitt oppfordret til å gjennomføre gruppesamtaler pba. MU 2016. Dette er blitt gjort i noen grad.</p>
2. Plassforhold		<p><b>Operasjon:</b> Mangelfull lagringsplass på US.</p> <p><b>Sengeposter UL:</b> Manglende enerom og isolat til smittepasienter på UL.</p> <p>Eldre bygningsmasse med 4-sengsrom.</p> <p><b>Sengepost 3:</b> Organisering og antall rom</p> <p><b>Sengepost RH:</b> Kjøkken stengt og midlertidig løsning på møterom</p> <p><b>Storgata 40:</b> manglende areal for håndterapien.</p> <p>Skadelegevakta: Kapasitet på arealer står ikke i forhold til økt pasientantall over flere år.</p> <p><b>Hotell:</b> bedre utnyttelse av senger.</p> <p><b>Poliklinikk UL:</b> Flytting av DXA-maskin pga. uholdbart arbeidsmiljø.</p>	<p><b>Operasjon:</b> Autoklaver er fjernet våren 2017 og har forbedret lagringsplass for operasjonssiler. Det mangler fortsatt lagringsplass for stort og tungt utstyr.</p> <p><b>Sengeposter:</b> Ombygging var ferdig 03.10.17.</p> <p><b>Storgata 40:</b> Pågående oppgradering av Kroghstøtten og håndterapiens lokaler ferdigstilles mars 2018.</p> <p><b>Sengepost 3:</b> Samarbeide med NVR og HHA for å kunne få en bedre drift og større arealer.</p> <p><b>Sengepost RH:</b> det er bevilget midler til forprosjekt for oppgradering av kjøkken. Ombygging er startet og ferdigstilles medio mars 2018.</p> <p><b>Skadelegevakta:</b> Storbylegevaktprosjekt i gang, antatt ferdigstilt 2022.</p> <p><b>Hotell:</b> pasientflytprosjekt</p> <p><b>Poliklinikk UL:</b> Flytting av DXA-maskin, og omfordeling av arealer.</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
3. Luftkvalitet		<p><b>Skadelegevakten:</b> For høy inne-temperatur</p> <p><b>Kjøkken RH Sengenpost:</b> stengt pga. for høye inne-temperaturer</p> <p><b>Renhold:</b> generelt dårlig renhold</p> <p><b>KDA-behandlingsrom:</b> har ikke vinduer og mulighet for lufting.</p>	<p><b>Skadelegevakten:</b> optimal funksjon på kjølelementer. Forespørre hyppigere service.</p> <p><b>Kjøkken RH Sengenpost:</b> Ombygging igangsatt</p> <p><b>Renhold:</b> sak sendt sentralt AMU. Avventer tilbakemelding fra Geir Teigstad og vedtak. Rekvisita må inn i skap.</p> <p>Det skal ikke oppbevares personlig tøy, treningstøy, gamle brukte uniformer, sportsutstyr(sykler m.m.) på kontorer og personalrom.</p> <p>Alle må rydde etter seg(kopper m.m. mat osv.)</p>
4. Støy		Midlertidig problemstillinger pga. byggearbeider.	Blinksignal/brann er montert i pakkerom. Byggearbeid RH er avsluttet.
5. Lysforhold			
6. Ergonomi og fysisk helse		Stor fysisk belastning og et høyt arbeidstempo mht. pasientbehandling	Sikre at forflytningsveiledere i klinikken har tid til undervisning av personalet. I tillegg benytte Arbeidsmiljøavdelingens bedriftsfysioterapeuter til veiledning i forflytning. Sikre at det finnes relevante hjelpemidler.
7. Kjemisk arbeidsmiljø		EcoOnline er ikke oppdatert og det er ikke foretatt substitusjonsvurdering ute i enhetene.	Det er gjennomført målinger av kirurgisk røyk ved bruk av Diatermi på Ullevål og RH. Avventer rapport. Ny retningslinje for bruk av verneutstyr er godkjent. Oppdatere orgstruktur i EcoOnline og registrerte kjemikalier. Øke andel substitusjonsvurdering og risikovurdere arbeidsprosesser. Det er laget egen meny på Intranett for Kjemikaliekontakter.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
8. Smittevern	Gult	Økende antall pasienter med multiresistente bakterier og sykehuset mangler smittevernrutiner og fasiliteter for å ivareta denne pasientgruppen og sikkerheten til ansatte. Klinikken mistenker underreportering av stikkskader. Kun 30 stikkskade-avvik ble meldt i 2017. Influensavaksine for ansatte: 262 ble vaksinert i 2017. Basale smittevernrutiner: 57 som er økning fra 24 i 2016.	Oppussing av sengepost 1 er gjennomført. IA-gruppen skal se på muligheten for bedre ivaretagelse av ansatte som blir smittet. Ressursperson for stikkskadekontakter er tillagt verneombudsrollen. Informere om viktigheten av å vaksinere seg og etablere organisert vaksinerings i klinikken. Det blir egen undervisning på basale smittevernrutiner i 2018
9. Strålevern	Grønt	E-læringskurs og basiskurs kommer	Avventer basiskurs som kommer i Læringsportalen. Klinikken har tre kontaktpersoner i klinikken som har ansvar for strålevernundervisningen.
10. Brannvern	Rødt	Kun 30 % av ansatte har gjennomført E-læringskurset.	Sørge for at alle ansatte gjennomgår E-læringskurset (blir obligatorisk i 2017). Bedre informasjon om plikten til å ta kurset og følge opp ledere. Brannvernskoordinator er etablert. Liste over klinikkens brannvernkontakter er revidert og nye områder er definert.
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Grønt	Opplæring og sertifisering	
12. Elektro	Grønt	Elektrisk anlegg og klassifisering	
13. Læring	Gult	<b>Faglig utvikling:</b>	Internundervisning i klinikk og fra Arbeidsmiljøavd. E-læring Etablere egen ressurspool i klinikken som driver undervisning. Tverrfaglig nettverk er opprettet og det utarbeides en felles kurskatalog for OPK.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
14. Samarbeid		Samarbeidsproblemer internt og på tvers av klinikker	Forbedre samarbeid operasjon UL og Steril. Hvordan kan vi bidra til bedre kommunikasjon.
15. Negativt stress		Høyere aktivitet med økt arbeidspress og stadig økende krav til effektivisering. Mangel på operasjonssykepleiere	Kontinuerlig fokus på forbedringsarbeid og flyt. Rekruttering og utdanningsstillinger OUS
16. Medvirkning		Manglende informasjon til ansatte samt involvering av vernetjenesten og tillitsvalgtapparatet i endring og omstillingsprosesser.	Informere om rutiner og prosedyrer for endring og omstillingsarbeid. Det er bedret på klinikknivå men det gjenstår noe ute i linjen. Kontinuere faste dialog og informasjonsmøter på klinikknivå. Etablere faste møter lokalt i linjen.
17. Mobbing og trakassering		Kultur?	Oppfølging av FAFO-rapporten og bestillingen fra sentralt AMU. Er gjennomført. Ledersamling i OPK har hatt fokus på kultur. Laget egen side på intranett om rutiner rundt avvik og varsling.
18. Vold og trusler		<b>Skadelegevakten:</b> mange avvik som gjelder utagerende adferd	Få på plass videoovervåkning i dødsoner. Få stille-alarmen til å fungere optimalt. Er montert. Fokus bør nå være på opplæring av ansatte for å forebygge vold/trusler mot ansatte.
19. IA (inkl. «gravide og trygg i jobb»)		IA-gruppen i klinikken jobber kontinuerlig. Slitne eldre arbeidstakere ved sengeposter. Bedriftsjordmor har fulgt opp 18 gravide fra og med april 2016 til desember 2017	 IA-handlingsplan OPK 2016-2018 evaluert de
20. AKAN		En mulig underreportering. Det har vært en AKAN-sak i 2017.	AKAN er satt på agendaen til ledermøtet. Øke bevissthet rundt rusproblemer på arbeidsplassen og viktigheten av å korrigere uønsket adferd.

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Plassforhold	<b>Storgata 40:</b> manglende areal for håndterapien. <b>Skadelegevakten:</b> Kapasitet på arealer står ikke i forhold til økt pasientantall over flere år!
2	Plassforhold	<b>Poliklinikken UL:</b> DXA-maskinen må flyttes
3	Medvirkning	Manglende informasjon til ansatte samt involvering av vernetjenesten og tillitsvalgts apparatet i endring og omstillingsprosesser ute i linjen.
4	Stress	<b>Operasjon UL:</b> Rekrutteringsutfordringer av ulike årsaker <b>Sengeposter:</b> økende arbeidsbelastning
5	Plassforhold	<b>Operasjon :</b> manglende lagerkapasitet for stort og tungt utstyr. C-buer og annet utstyr hindrer effektiv arbeidsflyt og øker arbeidsbelastningen. Det er risiko ved evakuering.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Plassforhold	<b>Storgata 40:</b> Pågående oppgradering av Kroghstøtten og håndterapiens lokaler. Fortsette jevnlig evalueringsmøter under «samboerforholdet».
2	Plassforhold	<b>Poliklinikk UL:</b> Flytting av DXA-maskin og omfordeling av arealer
3	Medvirkning	Informere om rutiner og prosedyrer for endring og omstillingsarbeid ut i linjen. Etablere faste møter lokalt i linjen.
4	Stress	<b>Operasjon UL:</b> undersøke/kartlegge om ev. arbeidsmiljøfaktorer kan ligge til grunn for dårligere rekruttering og omdømme. <b>Sengeposter:</b> undersøke/kartlegge sammenhengen mellom turnover, arbeidspress og grunnbemanning.
5	Plassforhold	<b>Operasjon:</b> Det må undersøkes om mulighet for ombygginger og omorganisering av lagerplass.

## 4.13 Oslo sykehuservice

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>1. Systematisk HMS-arbeid</b>		<p>Det har ikke blitt gjennomført MU, slik at vurderingen fokuserer mest på meldekultur og gjennomførte HMS kurs.</p> <p>OSS har lukket 56 % av tiltakene fra HMS rundene, og 21 % av meldte HMS avvik er fortsatt åpne. Antall meldte HMS avvik pr ansatt er på 0,2 i OSS.</p> <p>OSS har hatt økt fokus på avviksbehandlingen i 2017, og vil fortsette aktivt forbedringsarbeid i 2018.</p> <p>I perioden 2012 – 2017 har totalt 66 ledere og verneombud bestått HMS grunnkurs. Antallet er redusert fra år til år.</p> <p>Gravid og trygg i jobb: 5 ansatte har benyttet jordmor siden det startet opp april 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Målbevisst arbeid for å få god skår på ForBedring 2018</li> <li>• Bedre gjennomføring av HMS grunnkurs for ledere og verneombud</li> <li>• Økt fokus på meldekultur/avvikshåndtering:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melde og lukke avvik, fortsatt fokus på opplæring av ledere, verneombud og øvrige ansatte i Achilles</li> <li>• Motivere til en åpen avviskultur</li> <li>• Fokus i Kvalitetsutvalget og Klinikk AMU</li> <li>• Kvalitetsrådgiver følger opp i dialog med lederne</li> </ul> </li> </ul> <p>Informere om ordningen og benytte jordmor for gravide når det er aktuelt</p>
<b>2. Plassforhold</b>		<p>Stor spredning, men mye er forbedret i 2017.</p> <p>Flytting til E-bygget RH og nye kontorarbeidsplasser ved Sintefbygget har hatt positive effekt.</p> <p>Ansattgrupper som har pauserom uten dagslys har alternative muligheter ved at de kan benytte kantiner.</p> <p>Tolkesentralen planlegger flytting til egnede lokaler ved Aker</p>	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>3. Luftkvalitet</b>		<p>Stor spredning</p> <p>Vaskeriet var en utfordring i 2016, men utgår nå grunnet endret drift.</p> <p>I tråd med tiltak som er utarbeidet sammen med DSB, Brann- og arbeidstilsyn vil ventilasjonsforbedringer bli ferdigstilt i 2018.</p> <p>Vannskader/fuktskader på gamle bygninger.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jobber videre med ventilasjonstiltak som fastsatt i avtaler med myndighetene</li> <li>• Fortsatt fokus på orden og renhold for å forbedre luftkvalitet</li> </ul>
<b>4. Støy</b>		<p>Utfordringer for Sentralbord ifht Kirkeveien</p> <p>Støyutfordringer på enkelte kjøkken.</p> <p>Vaskeriet var en utfordring i 2016, men utgår nå grunnet endret drift.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kjøreregler for hvordan støy reduseres</li> <li>• Fokus på støykrav ved innkjøp</li> </ul>
<b>5. Lysforhold</b>		<p>Ingen relevante avvik, få henvendelser</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forholdene forbedres ved oppussing</li> <li>• Ingen tiltak</li> </ul>
<b>6. Ergonomi og fysisk helse</b>		<p>OSS har utdannet 6 forflytningsveiledere og 31 ergonomiveiledere. I tillegg har vi 11 helsemotivatorer.</p> <p>OSS har hatt 37 bidrag fra bedriftsfysioterapeutene, derav 13 på gruppenivå.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsatt fokus og bistand fra Arbeidsmiljøavdelingen, inklusive forflytning og ergonomi</li> <li>• Økt fokus ifht kontoransatte, og økt fokus på effekt av bevegelse og trening</li> <li>• Fokus på internundervisning, forebyggende effekt</li> </ul>
<b>7. Kjemisk arbeidsmiljø</b>		<p>Stor spredning</p> <p>Mange lokale risikovurderinger har blitt for gamle i løpet av året. OSS har 11,8 % risikovurderinger og</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppdatering av stoffkartotek</li> <li>• Vurdere egen ressursperson ved enheter som benytter kjemikalier</li> <li>• Fokus på kjemikalier som kan/bør byttes ut</li> </ul>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		7,4 % substitusjonsvurderinger	
<b>8. Smittevern</b>		OSS har 17 tilfeller av stikkskader i 2017. Det er bestilt 1570 influensavaksiner til OSS, i tillegg til at noen kan ta dette hos fastlege etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Økt fokus på rutiner og bruk av verneutstyr ved aktuelle enheter</li> <li>Vurdere innføring av ressurspersoner ved Renhold som får informasjon om vaksine mm</li> </ul>
<b>9. Strålevern</b>		Lite aktuelt, men renhold ved Nukleærmedisin kan være utsatt. Liten reell risiko. Avlesning persondosimeter (Hp[10]) uten funn, vurderer å fjerne dosemeter.  Ansatte ved Portør/transport og tolketjenesten kan være utsatt for radioaktive pasienter og avfall. Viktig å sørge for kunnskap om dette.	<p>Årlig gjennomgang for aktuelle renholdere Individuell sjekklister ved opplæring</p> <p>Informasjon om radioaktivitet til berørte grupper</p>
<b>10. Brannvern</b>		39,3 % har gjennomført E-læringskurs i 2017, en nedgang fra 65 % året før.  E-læring er obligatorisk årlig for alle ansatte, sannsynligvis er ikke alle klar over dette.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortsatt fokus hos nyansatte</li> <li>Økt fokus på e-læringskurs, brannkoordinator må sende inn skjema om gjennomførte kurs</li> <li>Økt fokus på at e-læringskurs skal gjennomføres årlig</li> </ul>
<b>11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		Angår få enheter ved OSS	Det er få enheter i OSS som benytter medisinsk teknisk utstyr
<b>12. Elektro</b>		e-læringskurs i elektro for med. områder bør gjennomføres av ansatte dette er aktuelt for. (merking av stikkontakter/forbrukerstrøm)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Berørte ansatte skal gjennomføre e-læringskurs</li> </ul>



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
13. Læring		Lokale tiltak er gjennomført	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsatt fokus, jfr tiltak 2014, 2015 og 2016</li> <li>• Følge opp avvik med ønske om forbedring</li> </ul>
14. Samarbeid		Har hatt fokus på temaet i 2017, og fortsetter med dette i 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsatt fokus på ledelse og lederopplæring</li> <li>• Kommunikasjon og forebygging av konflikter er viktig</li> <li>• Fortsatt bruk av Arbeidsmiljøavdelingen.</li> <li>• Mer fokus på samarbeid mellom ledelse/tillitsvalgt og verneombud</li> </ul>
15. Stress		OSS har jobbet mye med ressursstyring og fordeling av oppgaver. Fortsatt fokus i 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økt fokus på ressursstyring og bemanningsplanlegging, fordeling av oppgaver, rutiner</li> <li>• Jobbe smartere/kontinuerlig forbedring</li> </ul>
16. Medvirkning		Har hatt fokus på temaet i 2017, og fortsetter med dette i 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsatt fokus på å diskutere uenigheter, men få forståelse for at arbeidsgiver må fatte avgjørelser</li> </ul>
17. Mobbing og trakassering		<p>OSS satte fokus på seksuell trakassering før Metoo kampanjen, og har diskutert temaet i ledermøter, dialogmøter med tillitsvalgte og i AMU.</p> <p>OSS har også jobbet med varslingsrutinene knyttet til FAFO rapporten. Partene er enige om at dette ikke anses som et stort problem i OSS. Det er bred enighet om at alle avvik/varsler skal følges opp på en profesjonell måte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunikasjon og forebygging av konflikter er viktig</li> <li>• Fortsatt bevissthet om at alle avvik og varsler skal håndteres ihht retningslinjene, jfr undersøkelsesplikt og ivaretagelse</li> </ul>
18. Vold og trusler		Anses ikke som noe gjennomgående problem i OSS	Ingen tiltak anses nødvendig, men fortsatt fokus

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
19. IA		Sykefraværet er stabilt noe høyere enn 2016, men lavere enn tidligere år.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortsette det gode arbeidet som gjøres</li> <li>Vurdere hva jobbrelevante fravær skyldes og hvilke tiltak som da kan iverksettes</li> <li>Vurdere prosjekt sammen med NAV arbeidslivssenter, avventer tilbud</li> </ul>
20. AKAN		Har 2,1 AKAN saker pr 1000 ansatt. Statistisk sett har vi sannsynligvis store mørketall	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lederkompetanse</li> <li>Mer informasjon til ansatte</li> </ul>

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Sosialt samspill	OSS var blant de 15 % med laveste score i OUS i 2016. Utfordringen var størst innen «medansvar og lagånd» og «støtte og hjelp fra arbeidskolleger». Vi kan ikke med sikkerhet si at dette har blitt bedre i 2017
2	Rollekonflikt	OSS var blant de 15 % med laveste score i OUS i 2016. Svarene synliggjør at mange gjør ting de mener burde vært gjort annerledes, og at mange får oppgaver de ikke har tilstrekkelig hjelpemidler og ressurser til å fullføre. Vi kan ikke med sikkerhet si at dette har blitt bedre i 2017, selv om vi har hatt fokus på temaet
3	Motivasjon	OSS scoret noe under snittet for OUS i 2016. Mange scoret forholdsvis lavt ifht om arbeidet er utfordrende på en positiv måte og knyttet til om jobben er så interessant at den i seg selv er sterkt motiverende. Vi kan ikke med sikkerhet si at dette har blitt bedre i 2017, selv om vi har hatt fokus på temaet
4	Arbeidsbelastning	OSS scoret i 2016 noe under snittet for OUS ifht den fysiske arbeidsbelastningen, samtidig som vi scoret under snittet ifht om man må utføre arbeidsoppgaver man ikke behersker. Vi kan ikke med sikkerhet si at dette har blitt bedre i 2017.
5	Jobbtilfredshet	OSS har hatt en positiv utvikling, men scoren for 2016 var fortsatt under snittet i OUS. Vi kan ikke med sikkerhet si at dette har blitt bedre i 2017

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Medvirkning	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forslag til endring av arbeidsmetodikk bør være tema på minst 2 personalmøter før 31.08.18</li> <li>• Fortsatt fokus på ressursstyring og bemanningsplanlegging, fordeling av oppgaver og bedring av rutiner</li> <li>• Fortsatt fokus på medansvar og gi støtte til arbeidskolleger</li> <li>• Aktiv involvering i OU-prosesser</li> <li>• Fortsatt høy fokus på bruk av Achilles, bl.a. ved å synliggjøre at avvikene kan føre til forbedringer</li> </ul>
2	Konflikthåndtering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeidsmiljøavdelingen prioriterer spesielt feltet arbeidspsykologi til bruk for hele OUS</li> <li>• HR-stab i OSS vil prioritere å bistå ledere og øvrige ansatte ved henvendelser om konflikter</li> <li>• Påminnelse om hvor ledere og øvrige ansatte kan søke hjelp før situasjonen blir for fastlåst</li> <li>• Påminnelse om den enkelte sitt ansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø og unngå konflikter</li> </ul>
3	Ergonomi og fysisk aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktiv bruk av forflytnings- og ergonomiveiledere i OSS, synliggjøre kompetansen</li> <li>• Påminnelse om effekt av bevegelse og trening, den enkeltes individuelle ansvar</li> </ul>
4	Avvikshåndtering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsatt fokus på aktiv bruk at Achilles, lære av avvik og tiltak</li> </ul>
5	Samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortsatt fokus på det gode samarbeidet mellom ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten</li> </ul>

## 4.14 Klinikk for psykisk helse og avhengighet

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
1. Systematisk HMS-arbeid		Pr.15.06.17 hadde alle verneområder gjennomført HMS-runden. Ca. halvparten har oppdatert sine handlingsplaner i andre halvår 2017.	
2. Plassforhold		Store forskjeller i klinikken.	Jobbes med i strategisk arealutvalg og på andre arenaer sammen med OSS.
3. Luftkvalitet		Store forskjeller i klinikken.	
4. Støy		Opplevd støy ses i sammenheng med plassforhold og uegnede lokaler. Ingen enheter hvor det er målt helseskadelig støy.	
5. Lysforhold			
6. Ergonomi			
7. Kjemisk arbeidsmiljø			
8. Smittevern		Antall meldte hendelser er økt fra 27 til 36. Konsekvensene kan bli store både for ansatte og andre pasienter hvis det ikke er god kontroll på smittebærende pasienter og man følger prosedyrene når noe skjer.	
9. Strålevern	Ikke relevant.		
10. Brannvern		28% som har gjennomført e-læringskurs brannvern, økning fra 20% i 2016. Forespørsel blant seksjonslederne på utført egenkontroll, nyansattopplæring og kjennskap til lokale	<i>Alle ansatte skal gjennomføre e-læringskurset i brannvern, inkludert vikarer, ekstravakter og studenter. Påminnelse er</i>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		rutiner er meget positiv, så det endres fra rødt til gult.	<i>sendt ut i januar 2018.</i>
<b>11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>	Lite relevant		
<b>12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.)</b>		Store forskjeller mellom enheter i klinikken. Det er enheter som har svært dårlige lokaler og bruker mye tid og ressurser for å få gjennomslag for nødvendige utbedringer.	Mer penger til vedlikehold.
<b>13. Læring/ HMS-avvik</b>		Forbedringer er et fokusområde i PHA, men det er store forskjeller på hvor stort fokus dette har på den enkelte enhet.	
<b>14. Samarbeid</b>		Store forskjeller i klinikken.	
<b>15. Stress</b>		Opplevelsen av stress varierer sterkt i klinikken.	
<b>16. Medvirkning</b>		Det er etablert formelle fora for medvirkning og det er et Satsingsområde i klinikken. Tilbakemeldinger tyder på at det er en positiv utvikling. ForBedring 2018 vil vise om alle ansatte er enig i dette.	
<b>17. Mobbing og trakassering</b>		Nulltoleranse.	Det nedsettes en arbeidsgruppe som skal foreslå forebyggende og proaktive tiltak for å sikre et fullt forsvarlig arbeidsmiljø for alle i PHA.
<b>18. Vold og trusler</b>		Dette er klinikkens største HMS-utfordring og risiko, som det vil bli jobbet systematisk med i 2018. Vurderes til orange, da det er store forskjeller på risiko i enhetene.	DokID 128184 Retningslinje til aml.forskrift 1339 «arbeid som kan medføre fare for vold og trusler»
<b>19. IA</b>		IA er en del av det ordinære HMS-arbeidet.	

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
20. AKAN		Så lite meldte saker at man kan lure på om det er riktig.	

### Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Trusler og vold	Trusler, vold og utagering fra pasienter, som gir risiko for personskader. Er en del av den driften vi har, men det må jobbes systematisk for å hindre at det skjer fysiske personskader og psykiske belastninger over tid.
2	Medvirkning	Stor variasjon i opplevd medvirkning, fortsatt mye ugjort så det står som en utfordring også i 2018.
3	Forbedringer/ Læring	Det er en ganske bra meldekultur i PHA, men man kan bli bedre på å bruke disse meldingene til systematisk forbedringsarbeid.
4	Lokaliteter	Store forskjeller på enheter fra nye, praktiske lokaler til gamle lokaler som på ingen måte er tilpasset dagens drift, og kan være medvirkende årsak til skader og sykefravær for ansatte. Del av økonomi og prioriteringer i OUS.
5	Opplevd arbeidsbelastning	Behov for å bevege oss fra opplevelser til fakta. Øke kunnskap i klinikken om samsvar mellom aktivitet og riktig organisering og bemanning.

### Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Trusler og vold	Det er definert aktiviteter i klinikken på bakgrunn av aml.forskrift 1339. 2018 brukes til å implementere disse.
2	Medvirkning	Bruke/ synliggjøre nytteverdien av medvirkning, fra enheter som får dette til.
3	Forbedringer/ Læring	Resultatet fra ForBedring brukes for å øke bevisstheten på hva godt fysisk og psykososialt arbeidsmiljø betyr både for pasientsikkerhet og ansatt.
4	Lokaliteter	Aktiv påvirkning på nivå 1, for å skape forståelse for at lokalitetenes utforming og standard har stor betydning både for HMS og pasientsikkerhet.
5	Opplevd arbeidsbelastning	Jobbe med standardisering av pleiefaktor, kartlegging av arbeidsflyt og lage gode arbeidsplaner basert på aktivitet.

## 4.15 Prehospital klinikk

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>1. Systematisk HMS-arbeid</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Prosedyrer og retningslinjer er lagt inn i eksternt system (Blikksund). Dette er ikke tilgjengelig operativt/ ute på oppdrag.</li> <li>2) Det er anslagsvis under halvparten av verneområdene som har revidert tiltakene fra hms runden, og medarbeiderundersøkelsen (fra 2016) i 2017 og oppdatert dette i Achilles.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sørge for at disse prosedyrene og retningslinjene blir tilgjengelig i ambulansene.</li> <li>2) Fortsette å stimulere til god besvarelse når ny MU kommer på lik linje med sist gjennomføring. Sørge for at tiltaksplanen blir et aktivt dokument som revideres regelmessig.</li> </ol>
<b>2. Plassforhold</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klinikken opplever generelt stor vekst i oppdrag som medfører økt bemanning, som går på bekostning av eksisterende areal.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ny AMK sentral og administrasjonsbygg, tilrettelegging for arealbehov i LA- base, areal for pasientreiser og gjennomgang av ambulansestasjoner og deres behov.</li> </ol>
<b>3. Luftkvalitet</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ambulansestasjon ved Ullensaker har problemer med temperaturkontroll. Arbeidsgiver har kontinuerlig dialog med arbeidsgiver. Luft kvalitetsutfordringene ved AMK er utbedret og derfor settes punktet i grønt.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) (Statsbygg er eier av bygget.) Få utleier til å utbedre et utdatert og gammelt ventilasjonsanlegg. Alternativt stenge ventilasjonsanlegget og bruke ovner og mekanisk ventilasjon.</li> </ol>
<b>4. Støy</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Støy i ambulanser</li> <li>2) Støy i AMK sentralen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Det er funnet tiltak som bedrer støyen i førermiljøet, dette kan brukes på kjøretøy hvor støyen oppleves som ubehagelig. Dette er en vindavviser som kan monteres på bilene der hvor støyen oppleves som ubehagelig.</li> <li>2) Det er utredet av leverandører som</li> </ol>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
			forhandler støyreduserende produkter men disse mener det ikke vil ha forbedringseffekt.
<b>5. Lysforhold</b>		1) Det erfares at det som hovedregel er god belysning på kontor arealer, enkeltkontorer, ambulansebiler, og øvrige faste arbeidslokaler.	
<b>6. Ergonomi og fysisk helse</b>		<p>1) Kontorplassene i de forskjellige avdelingene har generelt god ergonomi.</p> <p>2) Varierende og til dels dårlig oppmøte fra vår klinikk på kurs i forflytningsteknikk.</p> <p>3) Ambulanseavdelingen har uforutsigbar ergonomi i arbeidshverdagen. Jobben medfører tidvis uheldige arbeidsstillinger. Klinikkenes arbeidsoppgaver er fysisk belastende g med tunge løft. Ansatte opplever at de ikke, eller i liten grad har mulighet til å begrense den daglige tunge belastningen.</p> <p>4) Arbeidsgiver stiller i dag ikke fysiske krav til ansatte. Dette bør ses i sammenheng med egensikkerhet og pasientsikkerhet.</p> <p>5) Sørge for god faglig vurdering ved valg av utstyr.</p>	<p>1) Arbeidsgiver legger til rette med nødvendig utstyr der det er nødvendig eller etterspørres.</p> <p>2) Arbeidsgiver gjennomfører obligatoriske forflytningskurs som er tilrettelagt for klinikkens oppgaver. Det gjøres en vurdering om det fortsatt skal være veiledere i forflytningsteknikk på hver stasjon eller om dette legges til FUP funksjonen.</p> <p>3) Alle ansatte kurses i riktig forflytningsteknikk, og bevisstgjøres på de utfordringer yrket medfører.</p> <p>4) Det stilles fysiske krav til alle nyansatte. Det legges til rette for fysisk trening i større grad en det gjøres i dag. Det gjennomføres fysiske tester på lik linje som sjåførtesten i brann og redning. Dette vil luke ut de med store fysiske utfordringer, og tilrettelegge for trening.</p> <p>5) Invitere fysioterapeut inn i utstysgruppa ved vurdering av utstyr til forflytning. Det må vurderes om deler av eller alle bilene</p>



Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
			skal ha elektrisk bære.
<b>7. Kjemisk arbeidsmiljø</b>		1) Stoffkartotek har blitt utbedret siden forrige år ved bevisstgjøring, og det er både ledere og verneombud som oppdaterer dette. Men det er fortsatt ikke tilgjengelig utenfor stasjonene eller kontorene.	1) Fullføre gjennomgangen av EcoOnline blant ledere og ansatte. Sørge for at det blir tilgjengelig i alle ambulanser.
<b>8. Smittevern</b>		1) Vurderes som forsvarlig. Det har i de siste årene vært stort fokus på smitte og håndtering av dette i klinikken. Det er tilgjengelig verneutstyr ved alle stasjoner og i alle ambulanser. Det har også blitt oppgradert med gassmasker i alle førstelinje ambulanser. 2) Alle ansatte gis tilbud om influensa vaksine årlig.	1) Ansatte holdes oppdatert til en hver tid innenfor gjeldende retningslinjer og prosedyrer, via trening og årlig resertifisering. 2) Videreføre gjeldende praksis
<b>9. Strålevern</b>		1) Ansatte er i svært liten grad utsatt for stråling.	
<b>10. Brannvern</b>		1) Mangler brannvernkontakt i klinikken. 2) De fleste ansatte mangler e-læringskurs. 3) Flere stasjoner og avdelinger mangler forsvarlig system for brannvern.	1) Brannvernkontakt ansettes i klinikken 2) E-læringskurs gjennomføres av alle ansatte 3) Alle brannvern kontakter gjennomgår sine retningslinjer.
<b>11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)</b>		1) Ved implementering av nytt utstyr gjennomføres opplæring av alle ansatte. Det er også utsjekk årlig av noe MTU utstyr.	
<b>12. Elektro</b>		1) Ikke mulig for personell å koble utstyr feil og forårsake skade på utstyr eller seg selv, unntagen ved bruk av hjertestarter. 2) I forhold til bygningsmasse kan det oppstå skade på elektrisk anlegg.	1) Dette ivaretas på årlig resertifisering av hjertestarter. 2) Det opprettes avtale om ettersyn av elektrisk anlegg med elektriker som gjennomføres minimum hvert 5 år.

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
13. Læring		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Det er forskjellige oppfatninger om dagens resertifisering og trening.</li> <li>2) Det er personlig ansvar og holde seg oppdatert i forhold til utsjekker og informasjon som legges ut i NAKOS.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lage en felles og helhetlig fagplan som grunnlag, og at denne implementeres likt i alle områdene. Og mulighet for individuelle tilpasninger der det er behov.</li> <li>2) Arbeidsgiver sørger for nødvendig tilrettelegging og tid for at ansatte kan gjennomføre obligatoriske utsjekker og faglige oppdateringer som er nødvendig for og gjennomføre arbeidet.</li> </ol>
14. Samarbeid		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Samarbeid med andre etater oppleves som generelt godt. Samarbeid med andre helseinstitusjoner fungerer også godt men kan være tidkrevende.</li> <li>2) Samarbeid innad i klinikken fungerer generelt godt, men det er fortsatt noen utfordringer mellom AMK og ambulanse. Det er etablert samarbeidsmøter mellom leder i AMK og ambulanse som er regelmessig.</li> <li>3) Det er generelt høy møtevirksomhet som oppfattes som obligatoriske, og går utover tiden som er nødvendig for og kunne jobbe og slutføre arbeid som er påkrevet. Prehospital klinikk er organisert ved flere lokalisasjoner og stab er spredd i flere lokalisasjoner.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Samarbeidsmøtene videreføres i 2018.</li> <li>3) Lederne må effektivisere og se på hvem som er representert i de aktuelle møtene. Klinikken administrasjon må samlokaliseres, og klinikken stedfaste (AMK, Pasientreiser, klinikkleidelse, LA) funksjoner samlokaliseres.</li> </ol>
15. Negativt stress		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) AMK har økning i antall oppdrag/ telefoner. Dette påvirker både resurskoordinator og sykepleiere. Det er kontinuerlig måling av måloppnåelse. Det er fortsatt høy utnyttelsesgrad av ansattes kapasitet.</li> <li>2) Ambulanseavdelingen styrer ikke sin oppdragsmengde, men utfører de oppdrag</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nytt IKT støtteverktøy må anskaffes snarest, og nye lokaler må anskaffes for og kunne tilsette flere resurser ved fremtidig behov. Sentralen har i dagens lokaler ikke utvidelseskapasitet.</li> <li>2) Sykehuset og klinikken må til en hver tid legge til rette for at det er nok resurser</li> </ol>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
		<p>som kommer inn og blir tildelt fra AMK. Det er tidvis høy belastning og uønsket overtid. Det har blitt etablert tiltak (beredskapspunkter) som gir bedre tjenester til brukerne men økt belastning for ansatte. Men også jevnere fordelt belastning.</p> <p>3) Pasientreiser har også økt aktivitet og belastningen på den enkelte ansatte øker også her.</p>	<p>tilgjengelig til ordinær drift.</p> <p>3) Nødvendig IKT verktøy implementeres så fort dette er tilgjengelig.</p>
<b>16. Medvirkning</b>		<p>1) Det er noe varierende oppfatning av god eller dårlig medvirkning blant ansatte. Noe av den negative kritikken går på for lite og forskjellig informasjon.</p>	<p>1) Sikre felles og lik informasjon på enhetsnivå. Se på muligheten for og implementere mer effektive informasjonskanaler.</p>
<b>17. Mobbing og trakassering</b>		<p>1) Vi har tilfeller med både mobbing og trakassering i klinikken. Vi har bedre og bedre erfaring med håndtering av dette. Vi har også bedre resurser til håndtering av støtte til lokale ledere ved behov. (ref. tiltak 2017)</p>	<p>1) Fortsette å oppfordre til og melde i fra og ha en åpenhetskultur. Sørge for god ivaretagelse av både den som blir utsatt for uønskede hendelser og utøver. Det gjennomføres kursing av ledere og tillitsvalgte i 2018.</p>
<b>18. Vold og trusler</b>		<p>1) Vi har til stadighet og en økende tendens til vold og trusler mot ansatte. Og det rapporteres stadig flere avvik.</p>	<p>1) Fortsette og gjennomføre kurs blant ansatte for håndtering av vold og trusler. Sørge for at lokale saksbehandlere av avvik er i stand til og melde videre og ivareta ansatte som er utsatt for vold og trusler.</p>
<b>19. IA (inkl. «Gravid og trygg i jobb»)</b>		<p>1) IA- handlingsplan er utarbeidet og forventes godkjent og implementert innen utgangen av mars.</p>	<p>1) IA-handlingsplan implementeres.</p>
<b>20. AKAN</b>			

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Ny AMK sentral	Dagens sentral er uten utvidelsesmuligheter og har ikke kapasitet til oppbemanning. Arealtildelingen pr operatør er innenfor dagens standard men oppleves som trang og tidvis som støyende.
2	IKT	Det er sviktende ikt og stabilitetsutfordringer på AMK. Det er også behov for flåtestyringsverktøy og EPJ. Det er også behov for digitale tilganger ute i ambulanse i forhold til EPJ, prosedyrehåndbok, tiltakskort, stoffkartotek, mm.
3	Oppdragsøkning i klinikken	Det er årlig en oppdrags økning. Dette har utløst en effektivisering av dagens resurser, og ved tilsette flere resurser. Når effektiviseringen har nådd et vist nivå er det nødvendig å sette inn flere resurser.
4	LA- fasiliteter	Det har vært en utvidelse av bemanning hos LA og det er nødvendig og få på plass nødvendige fasiliteter.
5	Vold og trusler	Det er en stadig økning av ansatte som opplever vold og trusler. Det er derfor nødvendig og ha fokus på dette videre i 2018.

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Ny AMK sentral og IKT	Det er nødvendig og komme i gang med konkret arbeid på lokalisering og etablering av ny sentral
2	Kartlegging av arbeidsbelastning	Etter effektivisering av eksisterende resurser er det nå behov for og måle totalbelastningen på den enkelte enhet. Dette for og sikre en forsvarlig drift og behovet for resurser i fremtiden.
3	Vold og trusler	Det fokuseres på personellens kompetanse og mulighet til og unngå vold og trusler på arbeidsplassen. Man sørger for en god og trygg oppfølging av ansatte som opplever dette på jobb.
4	LA- fasiliteter	Nødvendig arealer til hvilerom, garderober, oppholdsrom, treningsrom og ren- uren sone

## 4.16 Direktørens stab

### Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
<b>1. Systematisk HMS-arbeid</b>		<p>Pr. 8. februar er 80% av HMS- rundene ferdigstilt. I en enhet er det ikke gått HMS- runde.</p> <p>Det meldes få avvik.</p> <p>På spørsmål i HMS-runden om OUS styrende dokumenter er det lavt score.</p>	<p>Tiltak vedr avvik: Avvik er fast tema i AMU møter. Er det forhold det bør meldes avvik på? Mange avvik ligger uten å bli lukket, er de riktig registrert? AMU ber stab sette en gruppe for å se på avvik i stab</p> <p>Tiltak: Tilbakemelding til Arbeidsmiljøavdelingen om formuleringen av spørsmålet. Det kan være uklart hva som menes.</p> <p>Tiltak systematisk HMS arbeid generelt: Hvordan få til supplerende opplæring i HMS arbeid for ledere som ikke har et tilbud i OUS lederprogram</p>
<b>2. Plassforhold</b>		Bygg på Ullevål er gamle. Selv om OUS retningslinjer om kontorarbeidsplasser overholdes har medarbeidere utfordringer. Se punkt om luftkvalitet.	Undersøke om det er muligheter for stille rom, flere møterom
<b>3. Luftkvalitet</b>		Rødt for bygg på Ullevål: Forurensing fra ytre miljø. Dårlig luftkvalitet pga manglende ventilasjon.	<p>Tiltak: Bygg 1 og bygg 2: Undersøke med yrkeshygieniker for å vurdere om det er tiltak og iverksetting av tiltak som kan gjøres for et bedre inn klima. Tilrettelegge for hensiktsmessig renhold Hovedrenhold hvert år.</p>
<b>4. Støy</b>		Se i sammenheng med plassforhold kontorlandskap. Se i sammenheng med vinduslufting og trafikkstøy på Ullevål. Få stille rom, få møterom.	<p>Undersøke om det er muligheter for stille rom, flere møterom Vurdere om flere har nytte av headset som stenger støy ute</p>

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
5. Lysforhold		Veldig bra tilgang på dagslys	
6. Ergonomi			Det kan vurderes om hvert bygg skal ha en ergonomiveileder som lokal ressurs. Arbeidsmiljøavdelingen arrangerer kurs 30.mars.
7. Kjemisk arbeidsmiljø	Ikke aktuell		
8. Smittevern	Ikke aktuell		
9. Strålevern	Ikke aktuell		
10. Brannvern		Av 302 ansatte har 14% gjennomført e-læringskurs	-alle ansatte skal gjennomføre e-læringskurs i brannvern, Læringsportalen, årlig. Går rapporter fra Læringsportalen til ledere? -alle enheter kartlegger om det er behov for tiltak utover det brannvernenheten organiserer -brannvernkoordinator for hvert bygg, oversikt til stabs-AMU -burde det vært en del av HMS runden
11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)	Ikke aktuell		
12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.)			-kurs i el-sikkerhet obligatorisk for alle ansatte. NB kurs ikke tilgjengelig pr 16.feb 2017
13. Læring		75% har hatt utviklingssamtale. Veldig nær grønt	-utviklingssamtale for alle medarbeidere

Tema	Vurdering av temaet	Kommentarer	Forbedringstiltak
14. Samarbeid		-veldig nær grønt	
15. Stress		-arbeidsbelastning -egenkontroll: orange -rollekonflikt -min nærmeste leder gir anerkjennelse og ros: Grønn	
16. Medvirkning		blant de 15% beste i OUS	
17. Mobbing og trakassering		streng vurdering på dette punktet, nulltoleranse	
18. Vold og trusler			
19. IA			
20. AKAN		Ingen oppfølgingssaker AKAN. Revidert retningslinje er presentert i sentralt kvalitetsutvalg og i ledermøte der alle stabsledere deltok.	

## Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Nr.	Tema	Beskrivelse av utfordring
1	Inneklima	Forurensning fra trafikk kan ikke endres. Manglende ventilasjon i gamle bygg på Ullevål, økonomisk kan det ikke prioriteres Hovedrenhold blir ikke bestilt for alle områder
2	Systematisk HMS	Registreres feil? Det er spørsmål om avvik registreres riktig. For mange avvik blir ikke behandlet eller lukket.
3	Støy	Det mangler stille rom og møterom for ansatte som deler kontor. Støy fra trafikk i bygg på Ullevål
4	Brannvern	Ansatte har ikke årlig tatt e-læringskurs i brannvern. Manglende oversikt over brannvernkontakter på tre av fire bygg
5	Arbeidsbelastning og egenkontroll	Rapporteres fortsatt som høy

## Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Nr.	Tema	Beskrivelse av tiltak
1	Inneklima	Kontakte yrkeshygieniker for å vurdere om det er mer som kan gjøres for et bedre inneklima. Klargjøre om det er forekomst av muggsopp i bygg 1 og 2. Følge opp nødvendige tiltak for å redusere mengden støv. Alle enheter skal tilrettelegge for hensiktsmessig renhold. Hovedrenhold skal bestilles hvert år
2	Systematisk HMS	Avvik er fast tema i møter Arbeidsmiljøutvalget Sette ned gruppe som vurderer om avvikssystemet blir brukt riktig Gi tilbakemelding til enhet som ikke har gjennomført HMS-runde
3	Støy	Vurdere om medarbeidere kan ha nytte av headset som stenger støy ute Vurdere muligheten for stille rom og flere møterom
4	Brannvern	Alle ansatte tar e-læringskurs i brannvern Få oversikt over brannvernkontakter på alle bygg, sende inn informasjon til brannvernseksjonen
5	Arbeidsbelastning og egenkontroll	Arbeidsbelastning og egenkontroll tas opp i utviklingssamtale.



## 5. Vedlegg

### Vedlegg 1: Medlemmer i AMU og AU 2017

Navn	Organisatorisk tilhørighet	Funksjon AMU	Funksjon AU i AMU
------	----------------------------	--------------	-------------------

#### REPRESENTANTER FOR ARBEIDSTAKERNE

<b>Bård Eirik Ruud</b>	NSF	Medlem	Medlem
<b>Veronica Kollevåg</b>	NSF	Medlem	
<b>Svein Erik Urstrømmen</b>	NSF	Medlem	
Karin Solfeldt	NSF	Vara	
Berit Averstad	NSF	Vara	
Cathrine Hoelstad	NSF	Vara	
<b>Bjørn Wølsted-Knudsen</b>	Fagforbundet	Medlem	Medlem
Ellen Tønsager	Fagforbundet	Vara	
<b>Knut Sandli</b>	Fagforbundet	Medlem	
Else Lise Skjæret-Larsen	Fagforbundet	Vara	
<b>Aasmund Bredeli</b>	Dnlf	Medlem	Vara for Julie Dybvik
Christian Grimsgaard	Dnlf	Vara	
Recep Øzeke	Dnlf	Vara	
Julie Dybvik	NITO	Medlem	Medlem
<b>Per Oddvar Synnes</b>	Foretakshovedverneombud	Medlem	Medlem
Bergljot Fuhr Lunde	Stedfortredende foretakshovedverneombud	Vara	Vara for Per Oddvar Synnes

**REPRESENTANTER FOR ARBEIDSGIVER**

<b>Bjørn Erikstein</b>	Administrerende direktør	Medlem	
Morten Reymert	Viseadm. direktør, Økonomi og finans	Vara	
<b>Morten A. Meyer</b>	Direktør for HR og personal	Medlem	Medlem
Susanne Flølo	Assisterende HR-og personaldirektør	Vara	Vara for Morten Meyer
<b>Sølvi Andersen</b>	Assisterende direktør, Kvalitet og pasientsikkerhet	Medlem	Medlem
Annelene F Svingen	Kommunikasjonsdirektør	Vara	
<b>Jill C. Jahrmann</b>	HMS-leder, OSS	Medlem	Medlem
Berit Muan	Avdelingsleder, KDI	Vara	
<b>Øyvind Skraastad</b>	Klinikkleder, AKU	Medlem	
Morten T. Eriksen	Klinikkleder, KIT	Vara	
<b>Jarle Henriksen</b>	Avdelingsleder, HHA	Medlem	
Terje Kluften	Avdelingsleder, AKU	Vara	
<b>Lena Gjevert</b>	Klinikkleder, MED	Medlem	
Eva Bjørstad	Klinikkleder, NVR	Vara	
<b>Geir Teigstad</b>	Direktør, OSS	Medlem	
Anders Baalsrud	Seksjonsleder, Pasient og kvalitet	Vara	

**REPRESENTANT FRA ARBEIDSMILJØAVDELINGEN (Bedriftshelsetjenesten)- uten stemmerett**

Trond Erik Bakkerud	Arbeidsmiljøavdelingen	Medlem	Medlem
Pål Brenno	Arbeidsmiljøavdelingen	Vara	Vara for Trond Bakkerud

**MØTESEKRETARIAT  
(Arbeidsmiljøavdelingen)**

Brian Yu	Arbeidsmiljøavdelingen	Møtesekretær	
Elisabeth Vatne-Lund	Arbeidsmiljøavdelingen	Vara	

## Vedlegg 2: Oversikt over klinikkforkortelsene

<b>Forkortelse</b>	<b>Fullt navn</b>
AKU	Akutt klinikken
BAR	Barne- og ungdomsklinikken
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken
HHA	Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi
KIT	Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon
KRN	Klinikk for radiologi og nukleærmedisin
PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet
KRE	Kreftklinikken
KVI	Kvinneklinikken
KLM	Klinikk for laboratoriemedisin
MED	Medisinsk klinikk
NVR	Nevroklinikken
OPK	Ortopedisk klinikk
OSS	Oslo sykehusservice
PRE	Prehospital klinikk
DIR	Direktørens stab

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2018  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg: Årsplan

---

### SAK 32/2018 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

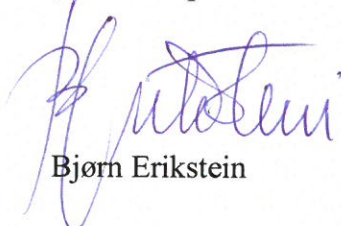
Det foreslår å sette opp et telefonstyremøte for behandling av økonomisk langtidsplan 2019-2022 den 15. mai 2018 kl. 1630-1830

Reservetidspunktet 31. mai 2018 utgår.

#### Forslag til vedtak

1. Styret vedtar å ha et telefonstyremøte den 15. mai 2018 kl. 16.30-18.30.
2. Styret vedtar at det ikke gjennomføres styremøte på reservetiden 31. mai 2018.

Oslo, den 18. april 2018



Bjørn Erikstein

**Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF**

<b>Møte</b>	<b>Vedtaksaker</b>	<b>Orienteringssaker</b>
15. mai 2018 kl 1630-1830 telefon	Økonomisk langtidsplan 2019-2022	
<i>31. mai 2018 kl 10-16</i>	<i>Reservetid – foreslås å utgå</i>	
21. juni 2018 kl 10-16	Styremøter i 2019 Ledelsens gjennomgang	Rapportering per mai 2017 Ledelsens gjennomgang per 1. tertial Risikovurdering for 2. tertial 2018 Budsjett 2019 ADs orienteringer
27. september 2018 kl 10-16		Tertialrapportering 2. tertial Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2019 Møte med Brukerutvalget ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 10-16		Rapportering per september Ledelsens gjennomgang per 2. tertial Risikovurdering for 3. tertial 2018 Ny personvernforordning Plan for styret Budsjett 2019 ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering
<i>29. november 2018 kl 10-16</i>	<i>Reservetid</i>	
14. desember 2018 kl 10-16	Budsjett 2019 Oppnevne valgstyre	Rapportering per november Plan for styret ADs orienteringer

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 25. april 2018

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

---

### **SAK 33/2018 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER**

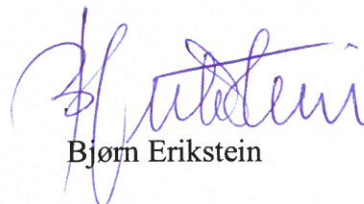
Følgende legges frem til orientering:

1. Finansiering av spesialisthelsetjenesten
2. Juridiske forhold - rettsvister
3. Medieomtale
4. Referat og øvrige vedlegg

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 18. april 2018



Bjørn Erikstein

## 1. FINANSIERING AV SPESIALISTEHELSE TJENESTEN

### • **Kostnadssammenligning av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og nytt nasjonalt inntektsfordelingsutvalg**

I forbindelse med arbeidet med videreutvikling av inntektsmodellen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble det anbefalt å utrede nærmere forhold som kunne forklare forskjellene i kostnadsnivå mellom tilbudene i Oslo og Helse Sør-Øst for øvrig. Inntektsmodellen fordeler en inntektsramme som skal gjøre helseforetakene i stand til å gi et tilbud til befolkning i sitt opptaksområde. Hverken dagens inntektsmodell eller den nye som ble utredet høsten 2017 er i stand til fullt ut å forklare forskjellen i kostnadsnivå med forskjeller i behov. Det ble derfor besluttet å nedsette et arbeid for å gjøre en kostnadssammenligning av Oslo universitetssykehus og Oslo sykehusområde opp mot tre andre helseforetak. Arbeidsgruppen har bestått av medlemmer fra Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet, Lovisenberg, Akershus universitetssykehus, Vestre Viken og Sykehuset Innlandet.

#### Sammendrag funn - Psykisk helsevern voksen

Oslo sykehusområde skiller seg ut på følgende områder:

- Lavere andel av befolkningen legges inn med døgnopphold
- Liggetid per pasient er 8 dager lengre for befolkningen i Oslo. Dette skyldes at det er flere pasienter som er kodet med diagnosegruppen schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (psykotiske lidelser). Dette er en gruppe som har lengre liggetid enn snittet i Helse Sør-Øst og trekker opp den totale gjennomsnittlige liggetiden i Oslo sykehusområde.
- Lengre liggetid fører til litt høyere antall oppholdsdøgn for befolkningen i Oslo sykehusområde sett mot snittet i Helse Sør-Øst.
- Betydelig flere polikliniske konsultasjoner for Oslo sin befolkning enn snittet i Helse Sør-Øst. Befolkningen i Oslo sykehusområde hadde i 2016 111 000 konsultasjoner over snittet i Helse Sør-Øst.
  - Ca. 2,1% av den voksne befolkningen i Oslo sykehusområde var hos en avtalespesialist i 2016 mot et snitt i Helse Sør-Øst på 1,5%. Pasientene i Oslo sykehusområde hadde i snitt 17 konsultasjoner hos avtalespesialistene, mens snittet i Helse Sør-Øst var 13,5. Det betyr at befolkningen i Oslo sykehusområde hadde i overkant av 70 000 flere konsultasjoner hos avtalespesialist enn snittet i Helse Sør-Øst. Den diagnostiske fordelingen i Oslo er lik Helse Sør-Øst for øvrig.
  - I det offentlige utgjør forskjellen fra snittet i Helse Sør-Øst i underkant av 40 000 konsultasjoner. Pasientene i Oslo sykehusområde hadde i snitt 13,6 konsultasjoner i sykehusene, mens snittet i Helse Sør-Øst var 11,6. Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser (F2) skiller seg mest ut med 146 konsultasjoner per 1000 innbygger mot et snitt på 73 per 1000 i Helse Sør-Øst.
- Arbeidsgruppen finner at det er flere pasienter og høyere antall oppholdsdøgn i Oslo sykehusområde som er kodet med en «tyngre» diagnose. En mindre andel av befolkningen får døgnbehandling, mens en større andel får poliklinisk behandling sett opp mot snittet i Helse Sør-Øst.
- Det har gjennom arbeidet kommet frem at det er liten interaksjon mellom avtalespesialistene og sykehusene selv om man gir tilbud til den samme befolkningen. Det synes som åpenbart for arbeidsgruppen at det vil være

nødvendig å finne bedre samarbeidsformer for å oppnå enighet om prioriteringer og kunne gi befolkningen et bedre og sammensatt tilbud i fremtiden.

#### Sammendrag funn - Psykisk helsevern barn og unge

Oslo sykehusområde skiller seg ut på følgende områder:

- Lavere andel av barn og unge som gis behandling enn snittet i Helse Sør-Øst.
- Kostnad per justerte oppholdsdøgn er høyere enn de helseforetakene som er med i sammenligningen
- Større andel av behandlingen i Oslo sykehusområde gis som dagbehandling. Gruppen har sett på en justeringsfaktor for dagbehandling og kommer da frem til at det er mindre forskjeller.

#### Sammendrag funn -Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- En større andel av befolkningen i Oslo sykehusområde får behandling innen TSB sett opp mot snittet i Helse Sør-Øst.
- En større andel får behandling for alkohol og opiater. Totalt utgjør dette i overkant av 500 personer over snitt og forklarer årsaken til et høyere antall liggedøgn enn snittet i Helse Sør-Øst.
- Kostnad per justerte liggedøgn er høyere enn foretakene man sammenligner med.
- I Oslo er rusakutt lagt inn under TSB, mens det i de andre helseforetakene ofte er lagt inn under enheter i somatikk eller psykisk helsevern voksen.
- Det er betydelig forskjeller i behandlingen som gis. Ved Oslo universitetssykehus er 12 % av bemanningen leger, mens tilsvarende er det 5% ved Sykehuset Innlandet.

Det er en større andel av befolkningen i Oslo sykehusområde, sett opp mot snittet i Helse Sør-Øst som får behandling for ruslidelser. Det er i hovedsak knyttet til alkohol og opiater. Den største delen av behandlingen i Helse Sør-Øst skjer hos private og det har vært vanskelig for arbeidsgruppen å få innsikt i behandlingen som gis. Vurderingene er derfor begrenset og kun basert på aktivitet på antall døgn og poliklinikk. Dette er på ingen måte tilstrekkelig og det må gjøres mer arbeid for å se nærmere på innhold og effekt av behandling som gis fra de enkelte aktører.

#### Sammendrag funn - Gjestepasienter

Det er identifisert at det er en netto tilstrømning til Oslo-sykehusene. Dagens gjestepasientoppgjør er langt under det faktiske kostnadsnivået og bør revideres dersom det gjøres endringer i inntektsmodellen. I 2016 har arbeidsgruppen beregnet det til en kostnadsulempe på 91 millioner for Oslo sykehusområde.

#### Anbefaling fra arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen foreslår at arbeidet som nå er startet videreføres når Helse Sør-Øst får tilgang til konsesjonsdata.

I tillegg kommer arbeidsgruppen med anbefaling til forhold som det bør ses nærmere på i arbeidet med ny inntektsmodell for psykisk helsevern og TSB. Dette går på å vekte døgnoppholdene basert på diagnosekoder/grupper, se på en annen vektning av dagopphold for psykisk helsevern barn og unge. Dette bør muligens ses i sammenheng med kostnadsvektarbeidet som er igangsatt av Helsedirektoratet. I arbeidet som er gjort finner man et høyere forbruk av tjenestene, særlig innen psykisk helsevern voksen og TSB. Arbeidsgruppen finner at flere er kodet med tyngre lidelser innen psykisk helsevern voksen med lengre liggetid og et større antall personer som får behandling innen TSB. Den polikliniske aktiviteten for psykisk helsevern voksen er betydelig høyere enn snittet i Helse Sør-Øst, her utføres en betydelig andel av



aktiviteten av avtalespesialistene, men det kommer frem i dette arbeidet at det er liten interaksjon sykehusene og avtalespesialisten. Det bør legges til rette for bedre koordinering slik at man sikrer et best mulig tilbud til befolkningen og sikrer optimal ressursutnyttelse.

- **Inntektsfordelingsutvalget for spesialisthelsetjenesten**

Regjeringen oppnevnte 23. mars 2018 et utvalg som skal gjennomgå fordelingen av basisbevilgningene til de fire regionale helseforetakene. Utvalget ledes av professor Jon Magnussen.

Det er om lag ti år siden inntektsmodellen til de fire regionale helseforetakene ble vurdert, jf. NOU 2008:2. Det er naturlig at inntektssystemet vurderes og revideres om lag hvert tiende år. Det nedsettes derfor et utvalg som skal gjennomgå og ev. foreslå en revisjon av dagens modell for deling av basisbevilgningen fra staten til de fire regionale helseforetakene, blant annet i lys av nye utfordringer for spesialisthelsetjenesten.

OUS HF vil i forbindelse med utvalgets arbeid be om at det sees nærmere på finansieringen av det store forbruket andre regioner har ved OUS HF knyttet til nasjonale funksjoner og innenfor fritt sykehusvalg. I den regionale inntektsmodellen er det gitt gjennomslag for en abonnementsordning som gir 123 % DRG pris for forbruk i blant foretak i region Helse Sør-Øst RHF. Pasienter fra andre regioner, som behandles ved OUS HF, har en lavere finansiering enn dette, selv om kostnadene tilknyttet behandling av pasienter fra andre regioner forventes å ha et like høyt eller høyere kostnadsnivå, enn hva som er tilknyttet regionfunksjoner som OUS HF har for foretakene i HSØ RHF.

## **2. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER**

### Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Avtalebrudd - erstatningskrav

Sykehuset er stevnet for tingretten av en tidligere lis-lege med påstand om avtalebrudd og usaklig saksbehandling i arbeidsforholdet. Det er krav om å gjennomføre spesialisering og erstatning for økonomisk tap. Dom ble avsagt 25. mai 2016 og resultatet ble frifinnelse for sykehuset. Saken ble anket av saksøker til lagmannsretten som avsa dom 6 desember 2017 der tingrettens dom ble opprettholdt. Saksøker har videre anket saken til Høyesterett. Anke til Høyesterett er betinget av samtykke fra Ankeutvalget i Høyesterett. Ankeutvalget behandlet anken 23. mars. Ankeutvalget fant enstemmig at det ikke var tilstrekkelig grunn til at saken ble fremmet for Høyesterett. Dette betyr at resultatet med frifinnelse for sykehuset blir stående.

- Varsling - gjengjeldelse

En stipendiat stevnet sykehuset med krav om oppreisning og erstatning med grunnlag i påstand om varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten og gjengjeldelse for dette. Oslo tingrett avsa dom 6. mars med resultat frifinnelse for sykehuset samt tilkjennelse av sakskostnader. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og ankeforhandlingene ble gjennomført i tiden 5-9 mars 2018. Dom har falt med frifinnelse for sykehuset og innrømmelse av sakskostnader.

○ Midlertidig ansettelse på prosjekt

Sykehuset er stevnet for tingretten av en ansatt på forskningsprosjekt. Saken gjelder spørsmål om det foreligger ulovlig midlertidig ansettelse og krav om fast ansettelse. Det arbeides med tilsvar.

Kontraktsforhold

Sykehuset er stevnet av en leverandør med påstand om at sykehuset har brutt regelverket for offentlige anskaffelser i forbindelse med anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr (røntgenapparat til bruk ved operasjon ved hånd- og fotkirurgi). Det er varslet erstatningskrav. Saken skal gå for Oslo tingrett 23-24 april 2018.

Pasientforhold – erstatning

Sykehuset er stevnet av pårørende til tidligere pasient som døde. Det gjelder krav om oppreisning til etterlatte etter dødsfall. Ambulansepersonell fra OUS var på pasientens bopel 2 ganger. Ved første besøk ble det vurdert at pasienten ikke hadde behov for innleggelse ved sykehus. Det er nedlagt påstand om erstatning for ikke økonomisk tap/oppreisning fastsatt etter rettens skjønn med hjemmel i det ulovfestede organansvaret. Det arbeides med tilsvar. Saken er prinsipiell når det gjelder rammene for organansvaret. Saken er prinsipielt viktig for helseforetak i sin alminnelighet. Kjernen i saken er anførsler fra saksøker om at OUS har ansvar grunnet manglende rutiner/systemsvikt og at dette utgjør et grovt uaktsomt forhold. I helsetjenesten skjer det feil og ordningen med NPE er opprettet for at det enkelte sykehus ikke skal måtte håndtere erstatningssaker i sin alminnelighet. NPE ordningen omfatter imidlertid ikke krav om oppreisning, slike saker må det enkelte helseforetak håndtere på egen hånd. Det er lite relevant rettspraksis og juridisk teori om rammene for organansvaret. OUS mottar med jevne mellomrom krav om oppreisning på dette grunnlag parallelt med at krav om erstatning for økonomisk tap fremmes for NPE. Da dette ansvaret er ulovfestet og det er lite veiledning i praksis vil denne saken være med på å belyse hvordan slike saker kan og bør vurderes i fremtidige saker. Saken er i stor utstrekning av teoretisk juridisk art, selv om det også er sentralt å klargjøre hva som har skjedd i saken og grad av klanderverdighet mv.

### 3. MEDIEOMTALE MARS 2018

I mars ble det registrert 1299 mediesaker om sykehuset, mot 1164 i februar.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting prosent	Kommentar
Mars 2018	1299		Positiv: 22 Nøytral: 45 Negativ: 10 Ikke vektet: 22*	Den økte negative andelen kommer av en rekke negative saker om transseksualisme.

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

Sentrale saker i perioden:

*LIS-utdanning*

Helsedirektoratet fjerner nylig kravene til en rekke prosedyrer i spesialistutdanningen

av leger, de er nå bare anbefalinger. Legeforeningen var sterkt imot dette. OUS beholder internt de samme kravene som tidligere, dette er det gitt klart uttrykk for av administrerende direktør og flere ledende fagpersoner.

#### *Kosthold*

En rekke av de store mediene har hatt fokus på kosthold og vitaminer denne måneden. Fagpersoner fra sykehuset har bidratt med vurdering av ulike kostholdsråd og trender.

#### *Valdres-rettsaken*

Ansatte ved OUS har ved flere anledninger markert seg positivt som fagpersoner i den mye omtalte rettsaken der en 13 år gammel jente døde av avmagring.

#### *Transseksualisme*

Transseksualisme har den siste tiden vært et mye omtalt tema i norske medier. Ettersom sykehuset har ansvaret for Nasjonal behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) får sykehuset en naturlig plass i disse sakene. Mange pasienter mener de ikke får den behandlingen de har behov for.

I slutten av måneden skrev lederne ved NBTS en kronikk i Aftenposten der de oppfordret Bent Høie til å ta tak i situasjonen. Denne kronikken har blitt viet svært mye oppmerksomhet, i det alt vesentlige negativt.

#### *Hjerneslagbehandling*

Organiseringen av hjerneslagbehandling har igjen vært tema i flere medier. Oslo sykehusområde trekkes frem som et negativt eksempel i mange av sakene. Både fagfolk, pasienter og politikere er kritiske til organiseringen, vi har varslet at det kommer endringer.

#### *Seksuell trakassering*

En undersøkelse fra Yngre legers forening viste at hver fjerde lege ved sykehuset har opplevd eller vært vitne til seksuell trakassering. Sykehusledelsen svarer i Dagens Medisin at de tar dette på alvor. I tillegg har flere kvinnelige kirurger stått opp i mediene mot det de mener er en ukultur i helsevesenet.

#### *Melding om personskaide*

Påsketid samt en del spektakulære saker der skadde personer er brakt til sykehuset, har gitt mange saker i denne kategorien denne måneden.

#### Sykehuset i sosiale medier:

Mest leste saker på sykehusets Facebook:

- Sykehuset søker pasienter som har hatt helvetesild til nye klinisk studie (egen sak)
- Kan flere kreftpasienter hjelpes med nye superceller eller hvis immunterapien kombineres med cellegift eller stråling? (egen sak)
- Sykepleiere overtar flere av anestesilegens oppgaver før operasjon på øyeavdelingen (egen sak)
- Nyt påskesola, vi har noe gode råd om hvordan du skal beskytte deg (egen sak)
- Verdens deliriumdag markeres på Oslo universitetssykehus (egen video)

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

Temaet for bloggen Ekspertsykehuset var Kvinnehelse. Det ble 14 blogger, 1 videoer og 1 redaksjonell sak. Bloggene ble til sammen lest 17 530 ganger. I tillegg ble det TV innslag på kvinnedagen 8.mars om Adenomyose på God morgen Norge. KK har

laget også reportasje om svangerskapsforgiftning og ønsker å lage tre saker til basert på blogger fra mars.

#### Kommunikasjon med medarbeidere

Intranett er sykehusets primære kanal for informasjon til ansatte, supplert av Facebook, Instagram og nyhetsbrev. Alle nyhetssaker har kommentarfelt, og vi har et debattfelt for ansatte i tillegg. Disse brukes hyppig. I tillegg har alle enheter egne sider på intranett og noen klinikker har egne nyhetsbrev til ansatte.

De sakene som har fått særlig oppmerksomhet i sykehusets intranett i mars er:

- ForBedring – den nye medarbeiderundersøkelsen
- Inger Heiberg operativ leder på Radiumhospitalet
- Nominer kandidater til Arbeidsmiljøprisen 2018
- Bruker du hijab? – om ny hijab for helsepersonell
- Vinnerne av påskeinstagramkonkurransen

Flere større prosjekter følges tett med jevnlig nyheter på intranettet. I vår gjelder dette særlig byggeprosjektene og innføring av LIS-utdanning i OUS.

Flere ansattrettede nyheter legges også ut på en ekstern nettside, noe som gjør deling i sosiale medier mulig.

Her har særlig oppslaget «Bedre pasienttilfredshet ved å endre arbeidsrutiner» om tjenesteinnovasjon ved Øyeavdelingen fått stor spredning i mars.

#### *Sosiale medier*

Instagram ses på som en god kanal for å skape intern stolthet. Siden nyttår er ansatte blitt invitert til å sende inn blant annet forslag på kollegaer som fortjener en hyggelig omtale i denne kanalen. Denne satsingen har bidratt til å øke engasjementet rundt sykehusets instagramprofil.

#### **4. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG**

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 18. mars 2018 (vedlegg)

# PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 19. mars 2018 kl 14.00-18.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Styret

Dato dok: 19.03.2018

Dato møte: 19.03.2018

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Solveig Rostøl Bakken, Marius Korsell, Anne Giertsen, Mari Ourom, Brita Rønnebech Bølgen, Pål Kjeldsen, Kjell Silkoset, Twinkle Dawes, Kim Fangen Fra OUS: Bjørn Erikstein (14-15), Kari Skredsvig (15-17) Stine A. Selfors

Forfall: Arne Olav G. Hope, Stine B. Dybvig, Susan Smerkerud

Sak nr	
	<b>Godkjenning av innkalling og agenda</b>
11/2018	<b>Vedtak</b> Innkalling og agenda er godkjent
22/2018	<b>Direktørens time</b> Direktøren svarte på spørsmål fra Brukerutvalget tidlig utskrivning fra barselavdelingene og om fastlegeordningen. Andre temaer som ble diskutert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personvernforordningen – BU oppfordres til å gi sine innspill før dette tas opp som sak i styret.</li> <li>• Hjerneslag – Pågående prosess for å få 'en dør inn', også for Lovisenberg og Diakonhjemmet sektor.</li> <li>• Tanker rundt utforming av nye bygg</li> </ul> <b>Vedtak</b> Tas til orientering
13/2018	<b>Styresaker</b> Gjennomgang av styresakene. <b>Vedtak</b> Brukerutvalget vil ikke være representert på styremøtet 22. mars grunnet regional konferanse om brukermedvirkning.
14/2018	<b>Gastrokirurgers erfaring med det grønne korset</b> Seksjonsleder Tom Glomsaker fra Avdeling for gastro- og barnekirurgi i Kreft- kirurgi- og transplantasjonsklinikken presenterte deres arbeid med det grønne korset. Brukerutvalget støtter bruken av det grønne korset i sykehusets forbedringsarbeid. <b>Vedtak</b> Tas til orientering

15/2018	<p><b>Pasientbiblioteket – hvilke tjenester ønsker pasientene av biblioteket</b>          Spesialbibliotekar Siri Johnsrød Traneid presenterte pasientbibliotekets tilbud. Brukerutvalget er imponert over det omfattende tilbudet til sykehusets pasienter.</p> <p><b>Vedtak</b>          Tas til orientering</p>
16/2018	<p><b>Oppdragsdokumentet</b>          Kari Skredsvig ga en gjennomgang av oppdrag og bestilling for 2018 gitt til Oslo universitetssykehus HF av Helse Sør-Øst RHF.          Temaer som blant annet ble diskutert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samvalg</li> <li>• Pakkeforløpene for kreft/forløpskoordinatorer</li> <li>• Avtalespesialistordningen</li> <li>• Behov for ny finansieringsordning</li> <li>• Samhandling internt på sykehuset, mellom sykehus og med primærhelsetjenesten</li> <li>• Antibiotikastyringsprogrammet</li> <li>• Sykehusets tilbud til barn- og unge</li> </ul>
17/2018	<p><b>Brukerutvalgets handlingsplan for 2018</b>          Gjennomgang av utkast til handlingsplan og fordeling av ansvar.</p> <p><b>Vedtak</b>          Handlingsplanen er vedtatt.</p>
18/2018	<p><b>Orienteringssaker</b>          Viseadministrerende direktør Lisbet Sommervoll fratrer sin stilling og begynner som administrerende direktør i Vestre Viken HF. Sølvi Andersen og Kjell Magne Tveit vil fylle hennes funksjoner og dette er planlagt å gjelde i et års tid.</p>
19/2018	<p><b>Erfaringsutveksling</b>          Utgår.</p>
20/2018	<p><b>Eventuelt</b>          Ingen saker meldt</p>

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

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

---

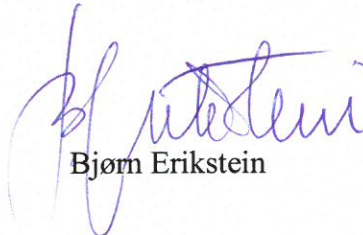
**SAK 34/2018      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA  
STYREMØTE 25. APRIL 2018**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

### **Forslag til vedtak:**

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

Oslo, den 18. april 2018



Bjørn Erikstein