

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn: Styremøte 3/2017
Dato møte: 4. mai 2017
Møtetid: Klokken 10.00 – 16.00
Møtested: Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

| | | |
|---------|--------------|---|
| 24/2017 | Beslutning: | Godkjenning av innkalling og sakliste |
| 25/2017 | Orientering: | Rapportering per mars 2017 |
| 26/2017 | Orientering: | Kvalitetsindikatorer og håndtering av uønskede hendelser |
| 27/2017 | Orientering: | Rapport om helse, miljø og sikkerhet 2016 |
| 28/2017 | Orientering: | Økonomisk langtidsplan 2018-2021 |
| 29/2017 | Beslutning: | Plan for internrevisjon 2017-2018 |
| 30/2017 | Beslutning: | Rapport 5/2017 fra konsernrevisjon: Legemidler ved Oslo universitetssykehus HF. |
| 31/2017 | Orientering: | Fremtidens Oslo universitetssykehus |
| 32/2017 | Orientering: | Plan for styret |
| 33/2017 | Orientering: | Administrerende direktørs orienteringer |

Gunnar Bovim
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 4. mai 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste
Protokoll fra styremøte 22. mars 2017

SAK 24/2017 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 27. april 2017

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

| | |
|---------------|---|
| Møtenavn: | Styremøte |
| Til: | Styrets medlemmer |
| Dato dok.: | 22. mars 2017 |
| Dato møte: | 22. mars 2017 kl 9.50 – 15.35 på Sykehuset Østfold, Kalnes |
| Offentlighet: | |
| Referent: | Jørgen Jansen |

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

Forfall: Ingen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Morten Meyer, m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra brukerutvalget, revisor og publikum

Sak 13/2017 Godkjenning av innkalling og sakliste

Styret ønsket at protokollen fra forrige møte blir lagt ved styresakene.

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 14/2017 Årsoppgjør 2016

Vedtak:

1. Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2016.
2. Årsberetning og årsregnskap for 2016 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.

Sak 15/2017 Rapport per februar 2017

Vedtak:

1. Styret tar rapporteringen av resultater per februar 2017 til orientering.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 150 millioner kroner av investeringsrammen for 2018.

Sak 16/2017 Oppdrag og bestiling 2017

Vedtak:

Styret tar protokoll fra foretaksmøtet 15. februar 2017 i Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Sak 17/2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021

Vedtak:

Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan til orientering.

Sak 18/2017 Virksomhetsoverdragelse til Sykehusinnkjøp HF

Vedtak:

1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av ansatte i Anskaffelsesavdelingen fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehusinnkjøp HF.
2. Styret viser til protokollen fra drøftingsmøte i henhold til hovedavtalen kapittel 7, jf. arbeidsmiljøloven kapiuttel 8 den 8. mars 2017.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å slutføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse.

Sak 19/2017 Salg av eiendom til gang- og sykkelvei i Kirkeveien

Vedtak:

1. Styret vedtar salg av en del av eiendommen gnr. 47 bnr. 342, Kirkeveien 166 i Oslo kommune.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å gjennomføre salget.

Sak 20/2017 Presentasjon av Sykehuset Østfold

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 21/2017 Fremtidens Oslo universitetssykehus

Vedtak:

Styret tar redegjørelse om fremtidens Oslo universitetssykehus HF til orientering.

Sak 22/2017 Plan for styrets arbeid

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 23/2017 Administrerende direktørs orienteringer

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.



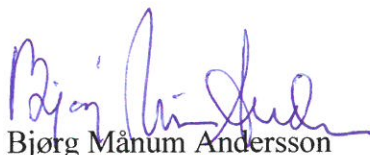
Gunnar Bovim
styreleder



Anne Carine Tanum
nestleder



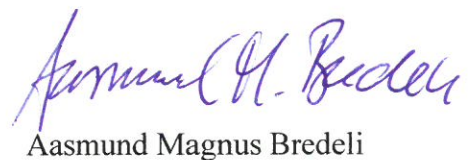
Berit Kjöll



Bjørg Månrum Andersson



Ole Petter Ottersen



Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen



Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 4. mai 2017

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

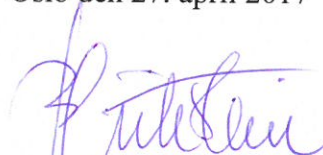
Vedlegg: Rapportvedlegg

SAK 25/2017 RAPPORT PER MARS 2017

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen av resultater per mars 2017 til orientering.

Oslo den 27. april 2017



Bjørn Erikstein

1. Innledning – styringsmål 2017

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

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

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

2. Sammendrag

Gjennomgang av status og resultater hittil i 2017 (per mars) viser kortfattet følgende:

- I mars var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 57 dager. Dette er en reduksjon på 10 dager sammenlignet med samme periode i 2016.
- For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av mars 51 dager. Dette er en reduksjon på 25 dager fra samme periode i 2016.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av mars var 55. Dette er 5 høyere enn på samme tidspunkt i 2016.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av mars var 58 mot 251 ved utgangen av samme periode i 2016.
- Registert aktivitet innenfor somatikken var i første kvartal i år 1,1 prosent lavere enn budsjettet.
- Innenfor psykisk helsevern var den rapporterte aktiviteten hittil i 2017 høyere enn planlagt både for voksne og barn/unge.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn planlagt, mens antall utskrevne pasienter og antall liggedøgn er lavere enn budsjettet.
- Rapportert økonomisk resultat etter mars 2017 viser et overskudd på 26,5 millioner kroner, mot et budsjettmål på 62,5 millioner kroner. Dette gir et negativt budsjettavvik på 45,4 millioner kroner. Justert for økte pensjonskostnader, som forventes kompensert, er det negative budsjettavviket 36 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk til og med mars 2017 var 18 680. Dette var en økning på 317 fra samme periode i 2016. Av økningen på 317 månedsverk gjelder 218 årsverk for ansatte i rettsmedisinske fag som ble virksomhetsoverdratt ved siste årsskifte.
- Sykefraværet i 2017 (kun januar da sykefravær rapporteres med 2 måneders forsinkelse) var 7,7 prosent og var redusert fra 7,8 prosent i samme periode 2016.

3. Administrerende direktørs vurderinger

For å sikre målene innenfor tilgjengelige helsetjenester er det over lengre tid arbeidet målrettet med oppfølging av ventende, ventetider og frister for start helsehjelp. Dette arbeidet har gitt gode resultater.

Arbeidet med oppfølging av indikatorer for å sikre god tilgjengelighet av helsetjenester fortsetter i 2017. Det forventes at målene for ventetider og fristbrudd nås i 2017. Hovedfokus vil derfor være å sikre at planlagte tidspunkt for videre oppfølging i sykehuset følges opp, og at resultatene for pakkeforløp innenfor kreftbehandlingen bedres. Forbedring av resultater for de pakkeforløpene hvor Oslo universitetssykehus HF har svakest resultater for andel pasienter behandlet innenfor standard forløpstid vil bli prioritert. Dette gjelder blant annet brystkreft, gynekologisk kreft og tykk- og endetarmskreft.

Til tross for tett oppfølging av utført aktivitet viser resultatet hittil i år at den samlede aktiviteten innenfor somatikken er noe lavere enn lagt til grunn i budsjettet. Dette har isolert sett ført til lavere inntekter og dermed et svakere økonomisk resultat hittil i år enn budsjettet. På enkelte områder er vurderingen at den registrerte lave aktiviteten er reell, mens det på andre områder er noe usikkerhet til både periodiseringen av aktivitetsbudsjettet og om utført aktivitet er komplett registrert. Det forhold at påsken i 2016 var i mars, mens den i 2017 var i april, gjør sammenligning av aktivitet mellom de to årene vanskelig. Det arbeides kontinuerlig med å sikre god utnyttelse av kapasiteten ved poliklinikker og operasjonsstuer for å få en aktivitetsøkning i samsvar med forutsetningene i budsjettet. God utnyttelse av den samlede operasjonsstuekapasiteten er også viktig for å bedre andel kirurgiske pasienter som får behandling innen standard forløpstid.

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vurderes aktiviteten samlet sett å være god, og den polikliniske aktiviteten er høyere enn i 2016 for alle områder. Aktivitetsnivået innenfor barne- og ungdomspsykiatrien (særlig poliklinisk aktivitet) påvirkes av at det tar tid å rekruttere godt kvalifisert fagpersonell. Innenfor rusområdet har det vært stor pågang av pasienter til poliklinisk helsehjelp, mens døgnaktiviteten har vært lavere enn budsjettet.

Administrerende direktør er bekymret for det økonomiske avviket etter tre måneder og ser at det er nødvendig å opprettholde et høyt tempo i arbeidet med å forbedre og effektivisere driften for å sikre økonomisk bærekraft fremover. Klinikkenes følges opp av sykehusledelsen månedlig, sist 21.-25 april.

Administrerende direktør har tidligere holdt tilbake investeringer for om lag 100 mill kroner på grunn av resultatutsikkerhet både for endelig regnskap i 2016 og for 2017. Det økonomiske resultatet for 2016 ble imidlertid betydelig bedre enn forventet, og administrerende direktør har derfor gitt tillatelse til at hele det styrevedtatte investeringsbudsjettet for 2017 kan iverksettes.

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. Sykehuset har forsterket oppfølgingen av

nyhenviste pasienter og pasienter som er i et forløp der planlagt dato for kontakt er overskredet.

Status ventetider

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

I mars var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 57 dager. Dette er en reduksjon på 10 dager sammenlignet med samme periode i 2016. Innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i mars 45 dager.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av mars 51 dager. Dette er en reduksjon på 25 dager fra samme tidspunkt i 2016. Som det fremkommer i neste avsnitt har det vært en stor reduksjon i antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer. Dette reduserer ventetiden for ventende pasienter, men virker motsatt for pasienter som har fått påstartet helsehjelpen.

Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av mars var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 58. Sammenlignet med samme periode i 2016 er det en reduksjon på om lag 200 langtidsventende. Det er nå flest langtidsventende innenfor fagområdet ortopedi. Dette er pasienter som gikk inn med status "uten rett" den 01.11.15. Det pågår avvikling av disse pasientene.

Status fristbrudd

Per utgangen av mars var det 55 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2016 er dette en økning på 5 fristbrudd. Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i hovedsak at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, forsinkelser i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre helseforetak, manglende registrering av utsattkode eller av ventetid slutt og forsinkelse i kvittering av prøvesvar fra Unilab og Aleris til seksjon for Bryst og endokrinkirurgi. Sykefravær i desember, grunnet influensa hos de ansatte, medførte at en del pasienter fikk utsatt sin planlagte tid for start helsehjelp. Disse pasientene er ivaretatt med ny avtale, men viser seg som "fristbrudd ventende" inntil helsehjelpen har startet. To pasienter (fagområde barnesykdommer- gastro) har via HELFO takket ja til behandling annet sted.

I mars var det en andel på 0,8 prosent (64 pasienter) som ble avviklet etter frist start helsehjelp. Dette omfatter både pasienter som har ønsket eller samtykket i å vente kort tid utover frist, i stedet for å vurdere behandling et annet sted, pasienter som er viderehenvist fra andre helseforetak hvor det har vært vanskelig for Oslo universitetssykehus HF å imøtekomme den fristen som er satt, noe etterregistrering av ventetid slutt, samt avvikling av fristbrudd som følge av streiken. Fristbrudd avviklede påvirkes av det arbeidet som pågår med reduksjon av antall åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt og reduksjon av antall tentativ dato passert. Forebygging av fristbrudd pågår kontinuerlig og i de tilfeller hvor

pasientene må vente utover frist, kontaktes pasienten for samtykke til forlenget ventetid. Dette blir journalført.

Status korridorpasienter

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

Tiltak for å redusere omfanget av korridorpasienter er:

- Etablering av bedre rutiner for fordeling av pasienter mellom sengeposter/lokasjoner ved overbelegg:
- Sikre riktig registrering av pasienter som faktisk overnatter på korridor:

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.

Hittil i 2017 er resultatene for pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus:

| Kreftpasienter registrert i pakkeforløp | Antall nye kreftpas. | Andel i pakkeforløp |
|--|-----------------------------|----------------------------|
| OA1 Nye kreftpasienter i pakkeforløp | 1249 | 69 % |

| Innfrielse av forløpstid | Antall forløp | Andel innen forløpstid |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------------|
| OF4K Kirurgisk behandling | 496 | 71 % |
| OF4M Medikamentell behandling | 205 | 70 % |
| OF4S Strålebehandling | 112 | 51 % |
| OF4 Samlet alle behandlingsformer | 860 | 67 % |

Merknad: Antall forløp med OF4 inkluderer også OF40 (tid fra start pakkeforløp frem til aktiv overvåking – gjelder testikkelkreft og prostatakreft). Antall forløp OF4 er derfor høyere enn summen av de øvrige tre som er oppgitt i tabellen.

Oslo universitetssykehus HF arbeider for å bedre måloppnåelsen for både nye kreftpasienter i pakkeforløp og andelen pakkeforløp som gjennomføres innen standard forløpstid. Det er utfordringer knyttet til fortløpende registrering av pakkeforløpskoder for enkelte av forløpene. Det er ulike årsaker til dette, og det arbeides for å få rutiner som sikrer at dette gjøres i sanntid. Det er etablert et eget driftstyre for kreftområdet. Driftsstyret skal bidra til å styrke linjeledelsens handlekraft innen kreftområdet, på tvers av organisatoriske skiller og lokaliseringer av aktivitet. Dette skal skje gjennom å styrke samlet evne til å koordinere arbeid med driftsutfordringer og utvikling og implementering av kreftsstrategi.

5. Pasientbehandling

5.1. Aktivitet somatikk

For hele 2017 er det budsjettert med 238 057 ISF-poeng. ISF-poengene omfatter tradisjonell behandling som utføres på sykehus, men også andre typer tjenester hvor pasienten i større grad administrerer egen behandling som for eksempel hjemmedialyse og pasientadministrert legemiddelbehandling (H-resepter). Det er forventet en positiv effekt fra nytt regelverk for 2017 med om lag 700 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF. På grunn av manglende erfaringstall er det noe usikkerhet til nivået på ISF-poeng for de pasientadministrerte legemidlene som for første gang finansieres via ISF i 2017.

Innenfor somatikken er registrert aktivitet så langt om lag 700 ISF-poeng (1,1 prosent) lavere enn budsjettert. Sammenligning med 2016 er ikke relevant per mars, da påsken i 2016 var i mars mens den i 2017 er i april. I den rapporterte aktiviteten er det inkludert estimat for forventet etterregistrering i klinikkene. Klinikkene med størst negativt avvik hittil i år er Medisinsk klinikk, Barne- og ungdomsklinikken og Kvinneklubben. For Medisinsk klinikk skyldes dette at pasienttilgangen ikke har økt som forutsatt i budsjettet samt noe forsinkelser i tiltaksgjennomføring. Innenfor Barne- og ungdomsklinikken er det endringer i pasientsammensetningen, med en økning i ressurskrevende opphold, som av ulike årsaker ikke reflekteres i antall DRG-poeng, og en økning i lettere opphold som for eksempel bronkitt og åndedrettsrelaterte problemstillinger. I Kvinneklubben er en stor del av aktivitetsavviket knyttet til en reduksjon i antall fødsler og i færre kompliserte fødsler sammenlignet med samme periode i 2016.

5.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 70 flere pasienter (15,5 prosent) enn plantall mens antall liggedøgn er 1 177 (6,6 prosent) høyere enn budsjettert. Sammenlignet med 2016 er antall utskrevne pasienter økt med 40 (8,3 prosent), mens antall liggedøgn for døgnbehandling er økt med 847 (4,7 prosent). Døgnaktiviteten er høyere enn forutsatt i budsjettet, med høyt antall henvisninger som medfører høyt belegg. Færre utskrivninger enn budsjettert for måneden, skyldes korreksjon av feilregistrering i tidligere måneder.

Antall polikliniske konsultasjoner er hittil i år 7,4 prosent (2 099) høyere enn plantall og 11,3 prosent (3 093 konsultasjoner) høyere enn i samme periode i 2016. I forhold til samme periode i 2016 er det i 2017 tre nye godkjente poliklinikker. Tidligere ga aktiviteten i disse ikke opphold som var godkjent for refusjon. Økningen i antall konsultasjoner skyldes imidlertid også en effekt av bedret organisering etter samlokalisering ved DPS'ene og øket antall behandlerstillinger ved de to DPS'ene, samt at en økt andel av behandlerstillingene nå arbeider på poliklinikkene mens de tidligere arbeidet mer ambulant (gjelder Nydalen DPS).

Finansiering av poliklinisk aktivitet for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er fra 1.1.2017 overført til ISF (innsatsstyrt finansiering). Dette innebærer noen endringer i registreringspraksis og gjør både vurdering av aktivitet og aktivitetsbaserte inntekter krevende i 2017. Etter 3 måneder er den aktivitetsbaserte finansieringen lavere enn forutsatt i budsjettet, samtidig som den

polikliniske aktiviteten er høyere. Det arbeides med å kvalitetssikre aktivitetsgrunnlaget som benyttet til beregning av ISF-inntekter på dette området.

5.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er hittil i år 7 høyere enn budsjettet, men redusert med 9 fra 2016. Antall liggedøgn er 103 (7,0 prosent) høyere enn plantall hittil i år og 152 (10,4 prosent) høyere enn i 2016. Det har vært stor pågang av pasienter og belegget er høyt. Pasientgruppen er sammensatt med krevende familiefunksjoner og stort funksjonsfall. Til tross for høyt belegg tilstreber avdelingen å gi pasientene ett utredningsopphold for å redusere for å redusere tid til behandlingstart. Det arbeides for å få til raskere utskrivelser. Det er i enkelte tilfeller vanskelig å få skrevet pasienter ut til bydelene. Klinikkledelsen har kontinuerlig dialog med poliklinikkene om prioritering av pasienter for å få til god pasientflyt.

Antall oppholdsdager dagbehandling er hittil i år som planlagt og på samme nivå som i 2016.

Den registrerte polikliniske aktiviteten hittil i år er 0,1 prosent (15 konsultasjoner) høyere enn plantall. Sammenlignet med 2016 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 1 453 (11,9 prosent). Det har over lengre tid vært arbeidet med tiltak på flere områder for å øke antall polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Det arbeides for å besette ledige stillinger.

5.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det hittil i år skrevet ut 8 færre pasienter (1,4 prosent) fra døgnbehandling enn plantall. Dette er en reduksjon på 16 utskrivninger (2,9 prosent) fra 2016. Avvik skyldes variasjoner over tid, hovedsaklig pga avbrudd i behandlingen. Avdelingen fortsetter med drop-out forebygging. Antall liggedøgn viser hittil i år et negativt avvik i forhold til plantall på 4,2 pst (263 liggedøgn). Sammenlignet med 2016 er antall liggedøgn redusert med 736 (11,0 prosent). Dette skyldes at flere pasienter ikke har møtt til innleggelse og noen pasienter har blitt overført til andre behandlingstilbud etter utredning. Avdelingen arbeider videre med tiltak for økt aktivitet for å unngå ventelister, hindre brudd i behandlingen, samt se på ulike løsninger med hensyn til akuttflyt for å sikre mer stabilitet i belegget.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB er hittil i år 13,6 prosent (845 konsultasjoner) høyere enn budsjettet, en økning på 16,6 prosent (1 008 konsultasjoner) fra 2016. Det arbeides aktivt videre med mer effektiv drift ved poliklinikkene og den polikliniske aktiviteten er god.

6. Økonomi

6.1. Budsjettet overskudd

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

6.2. Pensjonskostnad 2017

For 2017 har Oslo universitetssykehus HF budsjettet med en pensjonskostnad på 2 195 millioner kroner. Oppdaterte NRS-beregninger fra januar 2017 viser at

pensjonskostnadene ved Oslo universitetssykehus HF øker med om lag 38 millioner kroner i forhold til det som er lagt til grunn i budsjettet, til totalt 2 233 millioner kroner. Økte pensjonskostnader er inkludert i rapportert regnskapsresultat per mars med 9,4 millioner kroner. Det forutsettes slik sett at merkostnaden blir håndtert på samme måte som for tidligere år, ved at effekten blir nøytralisert ved tilsvarende endring i basisrammen i tilknytning til revidert nasjonalbudsjett.

6.3. Rapportert resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter mars 2017 et regnskapsmessig overskudd på 17,1 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 62,5 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik i forhold til budsjett på 45,4 millioner kroner. Justert for økte pensjonskostnader, dvs forutsatt at disse blir kompensert i form av økt basisramme, viser regnskapet hittil i år et overskudd på 26,5 millioner kroner. Når økte pensjonskostnader holdes utenom gir dette et negativt avvik i forhold til budsjett på 36 millioner kroner hittil i 2017. Resultatet i mars var om lag 2 millioner kroner svakere enn budsjettert resultat. Uten et økt positivt bidrag fra ett av datterselskapene ville imidlertid akkumulert resultat vært nærmere 10 millioner kroner svakere. Periodens resultat, selv korrigert for dette forholdet, var likevel noe mindre negativt enn de to første månedene av 2017. Det er fortsatt flere uavklarte forhold knyttet til finansiering av Rettsmedisinske fag (som ble virksomhetsoverdratt fra Folkehelseinstituttet fra 1.1.2017). Dette gjelder først og fremst pensjon, lønnsoppgjør og feriepenger. I rapportert resultat er disse kostnadene ved Rettsmedisinske fag forutsatt fullfinansiert. Det forventes en avklaring av disse forholdene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett.

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 dermed holdt utenom.

| Tall i MNOK | Budsjett 2017 | Avvik per mars | | Kommentarer til avvik justert for avvik innenfor øremerkede prosjekter og pensjon mv |
|--|---------------|------------------|---------------|--|
| | | Rapportert avvik | Justert avvik | |
| Basisramme | 11 586 | 0 | - | Basisramme er inntektsført som budsjettert. |
| Aktivitetsbaserte inntekter | 8 155 | -27 | -28 | Avviket skyldes i hovedsak lavere aktivitet enn budsjettert i de somatiske klinikkene. Avvik PHA (ISF) om lag - 2 mnok. |
| Andre inntekter | 2 436 | 25 | 17 | Mindre avvik i flere av klinikkene. Gjelder blant annet utleie av personell. |
| Sum driftsinntekter | 22 177 | -2 | -11 | |
| Lønn -og innleiekostnader | 15 324 | -39 | -13 | Kostnader til lønn (ekskl pensjon) og innleie er om lag 13 mnok høyere enn budsjettert. Lønnsrefusjoner er om lag 30 mnok høyere enn budsjettert. Store variasjoner mellom klinikkene. |
| Kjøp av helsejenester | 471 | 11 | -3 | Kostnader til kjøp av helsetjenester er om lag som budsjettert. |
| Varekostnader mv | 2 410 | -12 | -19 | Store negative avvik i flere av klinikkene (PHA, KRE, HLK og KLM) |
| Andre driftskostnader | 3 729 | -15 | -3 | Lavere IKT-kostnader og avskrivningskostnader enn budsjettert. Høyere kostnader i de fleste klinikkene. |
| Sum driftskostnader | 21 934 | -55 | -37 | |
| Driftsresultat | 242 | -57 | -48 | |
| Netto finans | 8 | 12 | 12 | Stort positivt avvik for SMOS siste måned. |
| Resultat OUS | 250 | -45 | -36 | |
| Endrede pensjonskostnader | | 9 | | |
| Resultat justert for endret pensj.kostnad | 250 | -36 | | |

På enkelte områder er det lagt forutsetninger til grunn bokførte kostnader/inntekter. Utover det som er nevnt ovenfor gjelder dette:

- Evt inntektsreduksjon som følge av reduserte priser mellom regionene knyttet til merverdiavgiftsreformen forutsettes kompensert av Helse Sør-Øst. Dette er foreløpig beregnet til om lag 30 millioner kroner på årsbasis.
- Det er lagt til grunn at økte pensjonskostnader for aktivitet fra andre regioner blir betalt som for tidligere år med 22,5 millioner kroner for 2017.
- Økte pensjonskostnader basert på oppdaterte NRS-beregninger fra januar 2017 forutsettes kompensert, jf omtale ovenfor.

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

6.4. Risiko ved gjennomføring av budsjett

Hver måned leverer klinikkene en prognose for forventet avvik fra budsjett ved årets slutt. Alle klinikker med negative prognoser for helårsresultat skal til hvert møte redegjøre for nye tiltak klinikken arbeider med for å forbedre klinikkens resultat for å sikre en drift innenfor budsjetttrammen. Resultatet for mars viser at det fortsatt er stort behov for kontinuerlig oppfølging for å sikre gjennomføring av allerede vedtatte tiltak, unngå kostnadsvekst på nye områder og iverksette nye tiltak. I styremøte 24. mai vil det bli lagt frem resultat etter 1. tertial 2017. Det kan på dette tidspunkt foreligge ytterligere vurdering av årets lønnsoppgjør, endelige aktivitetsdata etter rapportering til NPR og avklaring av finansiering av særskilte kostnader knyttet til rettsmedisinske fag.

6.5. Gjennomføring av tiltak

Som et virkemiddel for å styre mot budsjettet resultat har klinikkene identifisert 353 ulike tiltak. For hvert tiltak er det en som er ansvarlig for gjennomføring og tiltakene er klassifisert ut fra risiko for effekt og gjennomføring.

De tiltak det nå rapporteres på ble etablert i to omganger, først som del av utarbeidelse av budsjettene i klinikkene i perioden september til desember 2016 og deretter nye tiltak som ble utarbeidet i januar 2017 for å redusere resultatrisikoen ytterligere (ref styresak 17. februar). I tabellvedlegget vises en oversikt over omfanget av tiltak per klinikk i millioner kroner med planlagt årseffekt. Tabellen viser også status for budsjettet og realisert effekt per mars med tilhørende gjennomføringsprosent og en prognose for effekt av tiltakene i 2017.

Rapportert gjennomføringsprosenten hittil i år er 69 prosent. Dette er noe høyere enn for de to første månedene.

Klinikkene er bedt om å forklare avvik fra forventet effekt for de planlagte tiltakene. Nedenfor er det gjengitt de mest sentrale forhold som har virket inn på gjennomføring av tiltak i de enkelte klinikker:

| Klinikk | Forhold som har påvirket graden av tiltaks gjennomføring |
|---|--|
| Klinikk for psykisk helse og avhengighet | Klinikken forventer full effekt av planlagte tiltak. Tiltak er budsjettert med effekt fra april. |
| Medisinsk klinikk | Klinikken har en rekke tiltak som betinger vedtak sentralt ang. investeringer (MED INT, Hjerne INT mv.). |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | Klinikken har ikke oppnådd planlagt effekt av økt aktivitet uten økte kostnader. Dette gir redusert effekt av tiltak. |
| Nevroklinikken | Klinikken har ikke oppnådd aktivitetsvekst som planlagt samt forventet effekt av bemanningsprosjekt som skal gi lavere lønnskostnader. |
| Ortopedisk klinikk | Klinikken har foreløpig ikke oppnådd effekt på tiltaket om å etablere en selvbetalingsautomat på legevakten. |
| Barne- og ungdomsklinikken | Har mange tiltak og med ulik effekt. Pt. er gjennomføringsgrad over plan. Store tiltak (eks. Barneintensiv) er i prosess. |
| Kvinneklinikken | Opplæring av operasjonssykepleiere tar tid ifm. flytting til Aker. Planlagt økt aktivitet kommer derfor senere. Gjennomføring av flere tyngre inngrep på US når de lette er flyttet - er også i prosess. |
| Kreftklinikken | Har ikke oppnådd vekst i aktivitet som planlagt samt lavere effekt på tiltak. |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | Klinikken har generelt en høy effekt av tiltak så nær som ombygging av TKA sengepost og en senere igangsettelse av "jan2017"- tiltak. |
| Akutt klinikken | Klinikken har lavere effekt av tiltak for redusert innleie. Mange nyutdannede krever opplæring. |
| Prehospital klinikk | Klinikken har så godt som full effekt av tiltak. |
| Klinikk for laboratorie medisin | Klinikken har god effekt av tiltak, men noen av tiltakene forutsetter at andre aktører bidrar (beslutninger&gjennomføring vedr. investeringer og flytting av virksomhet). |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | Klinikken har effekt av tiltak, men er avhengig av at utskifting av utstyr går som planlagt. |
| Oslo sykehusservice | Gammelt med.tekn.utstyr er ikke i tilstrekkelig grad tatt ut av drift, som forutsatt i budsjettet. Vanskelig å få brukerne med på tiltaket. |
| Stab | Stab har full effekt av tiltak |

Mange av klinikkene som har svak gjennomføringsgrad etter de tre første månedene har en prognose som tilsier betydelig høyere gjennomføringsgrad på årsbasis (ref. tabellvedlegg).

6.6. Interne produktivetsanalyser 2016

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 eventuelle 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. For prisvekst er det benyttet forutsatt prisvekst fra statsbudsjettet, mens det for lønnsvekst er benyttet interne beregninger som er ment å hensynta virkningstidpunkt for de ulike oppgjørene. 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.

Kort oppsummert viser analysen at produktiviteten for somatikken samlet (aktivitet ifht kostnader) ble bedret med om lag 1,8 prosent fra 2015 til 2016. Dette gjenspeiler at aktiviteten (antall DRG-poeng) har økt mer enn kostnader: Aktiviteten økte med om lag 2 prosent, mens kostnadene målt i faste priser økte med 0,3 prosent.

Tilsvarende analyser er foretatt ved å sammenlikne aktivitet i forhold til bemanning, det vil si såkalt teknisk effektivitet. For de somatiske klinikkene samlet var aktivitetsøkningen større enn bemanningsøkningen hvilket ga en bedring i teknisk effektivitet på 1,6 prosent fra 2015 til 2016.

Det er store variasjoner i utvikling av produktivitet mellom de somatiske klinikkene. Tabellen under viser status for de enkelte klinikkene med tilhørende kommentarer:

| Klinikk | Endret PROD (aktivitet vs kostnad) | Endret TEKNISK PROD (aktivitet vs bemanning) | Kommentar |
|---------|--|--|--|
| MED | 0,7% | -1,1% | Lønnskostnader har økt mindre enn økningen i årsverk. Dette skyldes mindre bruk av kurs midler og en reduksjon i overtid og andre variabel lønnskostnader. Varekost er redusert med 6,0 mnok og dette skyldes en reduksjon i implantasjonskostnader. Innleie er redusert med 0,4 mnok og reduksjonen delvis forklarer økt årsverk. Andre driftskostnader er redusert med 4,6 mnok og dette skyldes blant annet redusert kjøp av ekstern tjeneste og opprydding av prosjekter |
| HHA | 2,8% | 5,2% | Mesteparten av økningen i produktivitet er knyttet til CI-oppraderinger. Øyeavdelingen har konvertert en del pasienter fra inneliggende til dagkirurgi. Det gir vesentlig lavere DRG-uttelling og således lavere produktivitet. Positiv utvikling Plastikkirurgisk avdeling, særlig siste tertial i 2016. |
| NVR | 2,2% | -0,7% | Nevroklippen produktivitet har økt med 2,2 % ift 2015. Aktivitet har økt med 0,1%. Aktivitetsvekst utenom tracheostomier er på 1,4%. Utgifter er redusert med 2,1%. Reduksjon skyldes lavere ekstern innleie, instrumentutgifter, prosjektoppyrdning og lavere lønnsutgifter som følge av høyere nivå av ledighold. |
| OPK | 4,9% | 3,1% | Forbedret produktivitet som følge av økt aktivitet uten tilsvarende økning i kostnader og brutto årsverk. Varekostnadene er redusert som følge av reforhandlet avtaler knyttet til ryggimplantater. Økt bemanning av opr sykepleiere høsten 2015 har gjort det mulig å redusere innleie i 2016. |
| BAR | 2,2% | 0,2% | Klinikken har redusert kostnader i 2016 (spesielt innleie fra vikarbyrå), mens aktiviteten er tilnærmet uendret. Bemanning er tilnærmet uendret i 2016 og medfører at den tekniske produktiviteten kun er forbedret med 0,2% i 2016 sammenliknet med 2015, mens produktivitet (kostnad ifht aktivitet) er bedret med 2,2%. |
| KVI | 2,9% | 2,3% | Kvinneklippen har tilnærmet uendrede kostnader og en liten vekst i brutto årsverk, mens aktiviteten er økt med 600 DRG (3%). Dette gir en endret produktivitet på 2,9% og en endret teknisk produktivitet på 2,3%. Økt aktivitet er altså hovedårsaken til den positive utviklingen. |
| KIT | 0,9% | 1,6% | Klinikken har positiv produktivitet utvikling på begge parametrene. Aktiviteten har økt mer enn utviklingen i kostnader og årsverk. Dette utarter seg ulikt fra avdeling til avdeling. |
| KRE | 4,1% | 6,5% | Aktivitetsveksten er spesielt høy i Avdeling for blodsykdommer med drøyt 20%. Avdeling har kun begrenset økning i kostnader og månedsværk og kommer derfor ut med en særskilt positiv produktivitet utvikling målt både mot samlede kostnader og i forhold til brutto månedsværk. Også de øvrige avdelingene med ansvar for pasientbehandling viser en positiv produktivitet utvikling både samlet mot kostnader og ift. utviklingen i brutto månedsværk. |
| HLK | 2,5% | 2,8% | Klinikken har en positiv produktivitet på begge parametre. Klinikken drifter med lavere bemanning enn i 2015. Kard avdeling har også taklet omstillingen ved at de minst ressurskrevende PCI ene er overført til AHUS og byttet mot mer ressurskrevende TAVI pasienter og mer komplekse PCI - og ablasjonspasienter. Det er utført 15 færre hjerte TX enn i 2015. |

Produktivitetsanalysene brukes i internt forbedringsarbeid og for å få bedre forståelse av driften.

6.7. Investeringer og finansiering av investeringer

I styresak 75/2016 ble investeringsbudsjettet for 2017 lagt frem, og styret vedtok et investeringsbudsjett på 1 526 millioner kroner. I styresak 6/2017 ble gjennomføring av investeringsbudsjettet for 2017 omtalt. Investeringene i 2017 forutsettes delfinansiert med positive årsresultater for 2016 og 2017. Som følge av betydelig resultatrisiko ble gjennomføring av 100 millioner kroner av investeringsbudsjettet for 2017 utsatt.

Det er nå gjennomført en ny vurdering av gjennomføring av årets investeringsbudsjett. Resultat 2016 ble betydelig bedre enn tidligere antatt og gjennomføring av investeringer i 2016 var lavere enn budsjettet. Som en følge av dette har Oslo universitetssykehus HF til gode likviditet fra 2016 som reduserer behovet for bidrag fra årets resultat (2017) for å gjennomføre investeringsbudsjettet.

Helse Sør-Øst RHF har beregnet det nødvendige bidrag fra resultat 2017 til 60 millioner kroner for å kunne finansiere investeringsbudsjettet for dette året. Dette gir en usikkerhetsmargin på 190 millioner kroner i forhold til det budsjetterte resultatet på 250 millioner kroner. Deler av denne marginen kan bli nødvendig å disponere til å finansiere

det som så langt er budsjettert som såkalt FASE 2 investeringer. Det pågår en prosess for å avklare hvilke prosjekter og med hvilket omfang som kan gjennomføres innenfor lånefinansieringen av FASE 2. Når det ble søkt om lån til FASE 2 var dette basert på den oversikt over nødvendige investeringer som forelå på dette tidpunkt. Oslo universitetssykehus HF har bedt om å omprioritere noe av midlene til andre bygg og andre typer oppgraderinger ut fra en ny vurdering av prioritering. Det er søkt om dette til Helse Sør-Øst RHF. Det gjenstår avklaring, og det er derfor en risiko for at deler av disse investeringene må finansieres innenfor ordinær likviditet.

Basert på foreliggende status for finansiering av investeringer og oppdatert resultatrisiko for 2017 er likvel vurderingen at hele det styrevedtatte investeringsbudsjettet på 1 526 mill kroner for 2017 kan gjennomføres. Dette innebærer at også de utsatte investeringer på 100 millioner kan iverksettes.

I tabellvedlegget (tabell 4.3) vises budsjetterte og regnskapsførte investeringer hittil i år finansiert av investeringsramme fra 2016 og 2017, periodisert investeringsbudsjett vedtatt av styret, regnskapsførte investeringer ved utgangen av mars og avvik mellom budsjetterte og faktiske investeringer. Siste kolonne viser investeringsprognose for 2017.

Ved utgangen av mars var regnskapsførte investeringer 110 millioner kroner lavere enn budsjett hittil i år, hvorav anskaffelser av medisinskteknisk utstyr utgjorde 81 millioner kroner.

6.8. Likviditet

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

Ved utgangen av mars var benyttet driftskreditt 2 060 millioner kroner, mot justert budsjettert 2 265 millioner kroner. Til tross for et noe svakere driftsresultat enn budsjettert var likviditeten om lag 200 millioner kroner bedre enn budsjettert ved utgangen av mars. Dette forklares med midlertidige avvik på kortsiktige fordringer og kortsiktig gjeld.

7. Bemanning og sykefravær

7.1. Status og utvikling

Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk til og med mars var 18 680, en økning på 1,7 prosent eller 317 månedsverk fra samme periode i 2016. Av økningen på 317 månedsverk var 31 (0,2 prosent) internt finansiert og 285 (23,7 prosent) eksternt finansierte. I økningen for eksternt finansierte månedsverk inngår ansatte ved Avdeling for rettsmedisinske fag, som ble virksomhetsoverdratt til Oslo universitetssykehus HF fra Folkehelseinstituttet per 1. januar 2017 med 218 månedsverk.

Normalt foreligger oppdaterte bemanningstall senest 12. i den aktuelle måned. For april er det forsinket oppdatering av bemanningstall, og de forelå ikke da denne styresaken ble sluttført.

7.2. Tiltak for å sikre god bemanningsstyring

Som en del av arbeidet for å gjennomføre driften innen budsjett ble det høsten 2016 definert ulike innsatsområder for å sikre bedre bemanningskontroll og redusere månedsverk. Innsatsområdene beskriver tiltak innenfor rekruttering og ansettelser, kompetanseheving og forbedring av ledelsesinformasjon. Dette arbeidet er kontinuert i 2017.

Prosjekt «Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk» gjennomføres som et av prosjektene innenfor programmet forbedring av driften, for å bidra til å øke foretakets investeringsevne fremover. Prosjektet omfatter:

- Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk
 - Prosjektet skal bidra til å identifisere forbedringsområder innen bemanningsplanlegging, hvorav om lag halvparten er kartlagt. Kompetanse, tilgjengelige ressurser til planlegging og kommunikasjon mellom ulike ledd og nivåer er områder for forbedring.
- Forbedret bruk av GAT Bemanningsplanlegging
 - I arbeidet med å forbedre bruken av GAT samarbeider prosjektgruppen med klinikkene for å avdekke forbedringspotensialet. Prosjektet er inne i en fase for kartlegging og foreløpig er det funnet at enkelte klinikker må arbeide med kompetanseheving og å avklare roller i arbeidsprosesser knyttet til GAT.
- Beslutninger knyttet til bruk av variabel lønn- praktisering/fullmakter
 - Det er foreslått å begrense adgangen til bruk av ekstern innleie, etablere driftsmøter for å sikre god ressursbruk på tvers av sengeposter, samt begrense vikarbruk. Plan for implementering av tiltakene vil bli fremlagt i ledermøtet i løpet av mai.

Klinikkene arbeider også videre med tiltak knyttet til organisatoriske tilpasninger til drift, økt kostnadskontroll ved rekruttering, omlegging i arbeidstidsordninger samt ledighold av stillinger.

Intern resultatrapport

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Rapporteringsperiode: Mars 2017

Rapporten sendes ferdigstilles normalt samme dag som, eller dagen etter, rapportering til Helse Sør-Øst RHF.

1. Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1. [Innhold i tabellvedlegg](#)

2. [Styringsmål 2017](#)

3. [Pasientbehandling](#)

3.1 Aktivitet

3.2 Ventelisteutvikling

3.3 Fristbrudd

4. [Økonomi og finans](#)

4.1 Økonomisk resultat OUS

4.2 Økonomisk resultat klinikker

4.3 Datterselskap, investeringer og likviditet

5 [Bemanning](#)

5.1 Bemanningsutvikling – graf OUS

5.2 Bemanningsindikatorer, hovedtall

5.3 Brutto månedsverk (eks. e.f.) på Stillingsgrupper

5.4 Andel deltid per klinikk

5.5 Bemanningsutvikling per klinikk

5.6 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær

5.7 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

[For investeringer lager OSS en egen månedsrapport.](#)

[Noen forkortelser og begrep:](#)

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

2. Styringsmål 2017 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

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

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

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

Følges opp gjennom månedlig, tertialvis og årlig rapportering

2. Styringsmål 2017 - rapportering

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

3.1 Aktivitet somatikk (DRG-poeng)

| Periode: MARS 2017 | Periodens tall | | Hittil i år | | Sammenligning 2016 | |
|--|----------------|--------------|-------------|---------------|--------------------|--------------|
| Klinikk | Avvik | Avvik i % | Avvik | Avvik i % | Endring | i % |
| Medisinsk klinikk | -6 | -0,2 % | -334 | -4,5 % | 100 | 1,4 % |
| Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | 64 | 3,0 % | -144 | -2,3 % | 760 | 14,3 % |
| Nevroklinikken | 102 | 4,2 % | -139 | -2,0 % | 304 | 4,6 % |
| Ortopedisk klinikk | 285 | 14,0 % | -2 | 0,0 % | 683 | 14,5 % |
| Barne- og ungdomsklinikken | -93 | -7,0 % | -283 | -7,2 % | -39 | -1,1 % |
| Kvinneklinikken | -87 | -4,5 % | -374 | -6,7 % | -225 | -4,2 % |
| Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl | 96 | 3,1 % | -274 | -3,0 % | 207 | 2,4 % |
| Kreftklinikken | 102 | 3,7 % | -51 | -0,6 % | 489 | 6,6 % |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 340 | 11,4 % | 496 | 5,6 % | 1 061 | 12,9 % |
| Akuttklinikken | -94 | -34,7 % | -181 | -23,8 % | -73 | -11,2 % |
| Laboratoriemedisin | 0 | 0,0 % | -1 | -2,1 % | 8 | 20,5 % |
| SUM TOTALT | 1 354 | 6,3 % | -686 | -1,1 % | 3 245 | 5,6 % |

3.1 Aktivitet – psykisk helsevern

| Rapporteringsperiode: MARS 2017 | Denne periode | | | | Hittil i år | | | | 2017 mot 2016 | |
|---|---------------|----------|-------|--------|-------------|----------|-------|--------|---------------|---------|
| Oslo universitetssykehus HF | Resultat | Budsjett | Awik | % | Hittil i år | Budsjett | Awik | % | Endring | % |
| Psykisk helsevern - voksen | | | | | | | | | | |
| Antall utskrevne pasienter døgntil behandling | 142 | 154 | -12 | -7,8 % | 523 | 453 | 70 | 15,5 % | 40 | 8,3 % |
| Antall liggedøgn døgntil behandling | 6 466 | 6 073 | 393 | 6,5 % | 19 003 | 17 826 | 1 177 | 6,6 % | 847 | 4,7 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 11 435 | 9 732 | 1 703 | 17,5 % | 30 436 | 28 337 | 2 099 | 7,4 % | 3 093 | 11,3 % |
| Psykisk helsevern - barn og unge | | | | | | | | | | |
| Antall utskrevne pasienter døgntil behandling | 12 | 13 | -1 | -7,7 % | 44 | 37 | 7 | 18,9 % | -9 | -17,0 % |
| Antall liggedøgn døgntil behandling | 551 | 508 | 43 | 8,5 % | 1 616 | 1 510 | 106 | 7,0 % | 152 | 10,4 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 340 | 310 | 30 | 9,7 % | 890 | 888 | 2 | 0,2 % | -1 | -0,1 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 5 291 | 5 113 | 178 | 3,5 % | 13 663 | 13 648 | 15 | 0,1 % | 1 453 | 11,9 % |
| TSB | | | | | | | | | | |
| Antall utskrevne pasienter døgntil behandling | 202 | 190 | 12 | 6,3 % | 560 | 568 | -8 | -1,4 % | 16 | 2,9 % |
| Antall liggedøgn døgntil behandling | 2 071 | 2 129 | -58 | -2,7 % | 5 967 | 6 230 | -263 | -4,2 % | -736 | -11,0 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 2 606 | 2 073 | 533 | 25,7 % | 7 071 | 6 226 | 845 | 13,6 % | 1 008 | 16,6 % |

3.1 Aktivitet radiologi per modalitet

Vektede aktivitetstall

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

| | Vekter (NCRP vekt) | Mnd 2016 | Mnd 2017 | HiÅ 2016 | HiÅ 2017 | %-vis endring 2016-2017 Mnd | %-vis endring 2016-2017 HiÅ |
|---------------|--------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Modalitet | | H | H | H | H | H | H |
| Angio | 25,8 | 5 831 | 8 050 | 18 395 | 22 317 | 38,1 % | 21,3 % |
| CT | 9,9 | 52 450 | 60 331 | 159 727 | 174 260 | 15,0 % | 9,1 % |
| MG | 17,3 | 5 553 | 9 134 | 17 283 | 25 967 | 64,5 % | 50,3 % |
| MR | 16,1 | 44 919 | 56 318 | 138 524 | 156 041 | 25,4 % | 12,6 % |
| NM | 12,3 | 6 642 | 7 491 | 22 128 | 21 882 | 12,8 % | -1,1 % |
| PET | 37,1 | 17 400 | 18 439 | 50 790 | 50 642 | 6,0 % | -0,3 % |
| RG | 1 | 13 837 | 15 522 | 42 123 | 44 505 | 12,2 % | 5,7 % |
| UL | 1,9 | 6 238 | 6 741 | 19 129 | 18 630 | 8,1 % | -2,6 % |
| Totalt | | 152 870 | 182 025 | 468 099 | 514 243 | 19,1 % | 9,9 % |

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

3.1 Aktivitet PO/Intensiv – intensivpasienter (Akuttklinikken)

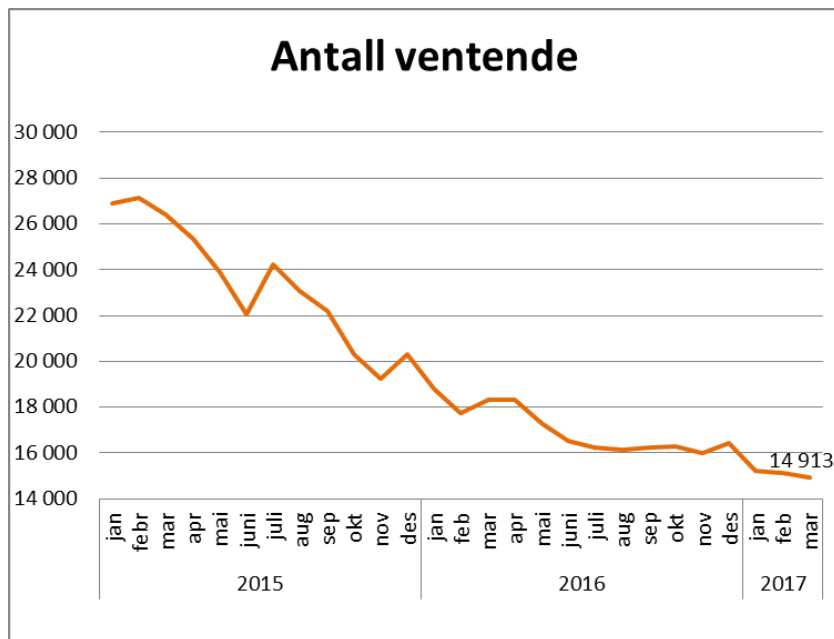
| Klinikk | Aktivitet | Mar 2017 | Akkumulert aktivitet Mar 2017 | Mar 2016 | Akkumulert aktivitet Mar 2016 | Akkumulert endring 2016-2017 | Endring 2016-2017 i % |
|---------|----------------------------------|------------|-------------------------------|------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| | Antall intensivpasienter | 262 | 789 | 271 | 813 | -24 | -3,0 % |
| | Antall intensivdøgn | 1 262 | 3 541 | 1 334 | 3 691 | -150 | -4,1 % |
| | Antall respiratordøgn: | | | | | | |
| | Barneintensiv, RH | 78 | 252 | 105 | 285 | -33 | -11,6 % |
| | Generell Intensiv UL | 218 | 517 | 214 | 459 | 58 | 12,6 % |
| | Generell int 1, RH | 183 | 550 | 253 | 683 | -133 | -19,5 % |
| | Generell int 2, RH | 82 | 283 | 113 | 346 | -63 | -18,2 % |
| | Nevrointensiv, Ullevål | 128 | 296 | 123 | 339 | -43 | -12,7 % |
| | PO, Aker | 0 | 2 | 2 | 3 | -1 | |
| | PO, Radium | 2 | 27 | 12 | 34 | -7 | -20,6 % |
| | PO, RH | 1 | 1 | - | - | 1 | |
| | PO, Ullevål | 26 | 37 | 22 | 42 | -5 | -11,9 % |
| | SUM Antall respiratordøgn | 718 | 1 965 | 844 | 2 191 | -226 | -10,3 % |

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

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

| Klinikk | Aktivitet | Mar 2017 | Akkumulert aktivitet Mar 2017 | Mar 2016 | Akkumulert aktivitet Mar 2016 | Akkumulert endring 2016-2017 | Endring 2016-2017 i % |
|-------------------------------|--|--------------|-------------------------------|--------------|-------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Antall PO-pasienter | | | | | | | |
| | Barneintensiv, RH | 51 | 127 | 36 | 117 | 10 | 8,5 % |
| | Generell Intensiv UL | 18 | 57 | 4 | 38 | 19 | 50,0 % |
| | Generell int 1, RH | 18 | 57 | 12 | 51 | 6 | 11,8 % |
| | Generell int 2, RH | 20 | 61 | 25 | 75 | -14 | -18,7 % |
| | Nevrointensiv, Ullevål | 4 | 27 | 21 | 43 | -16 | -37,2 % |
| | PO, Aker | 565 | 1 546 | 431 | 1 311 | 235 | 17,9 % |
| | PO, Radium | 302 | 822 | 225 | 719 | 103 | 14,3 % |
| | PO, RH | 1 115 | 3 063 | 922 | 2 818 | 245 | 8,7 % |
| | PO, Ullevål | 452 | 1 277 | 388 | 1 253 | 24 | 1,9 % |
| | Sum antall PO-pasienter | 2 545 | 7 037 | 2 064 | 6 425 | 612 | 9,5 % |
| Liggedøgn PO-pasienter | | | | | | | |
| | Barneintensiv, RH | 10 | 30 | 7 | 27 | 3 | 11,1 % |
| | Generell Intensiv UL | 9 | 26 | 2 | 18 | 8 | 44,4 % |
| | Generell int 1, RH | 5 | 16 | 3 | 13 | 3 | 23,1 % |
| | Generell int 2, RH | 8 | 20 | 6 | 20 | 0 | 0,0 % |
| | Nevrointensiv, Ullevål | 1 | 13 | 10 | 24 | -11 | -45,8 % |
| | PO, Aker | 105 | 301 | 80 | 253 | 48 | 19,0 % |
| | PO, Radium | 70 | 175 | 54 | 172 | 3 | 1,7 % |
| | PO, RH | 130 | 358 | 122 | 362 | -4 | -1,1 % |
| | PO, Ullevål | 125 | 357 | 110 | 357 | 0 | 0,0 % |
| | Sum antall liggedøgn PO-pasienter | 463 | 1 296 | 394 | 1 246 | 50 | 4,0 % |

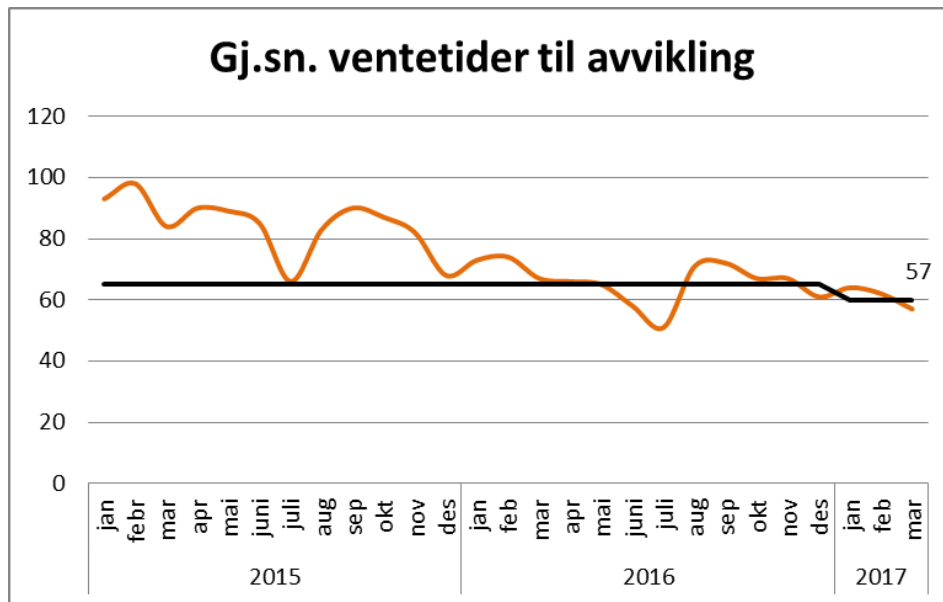
3.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



| Antall ventende | 2016 | | | 2017 | | | Utvikling |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|
| | jan | feb | mar | jan | feb | mar | |
| PHA | 499 | 503 | 542 | 623 | 640 | 601 | |
| MED | 2 194 | 2 081 | 2 214 | 2 166 | 2 160 | 2 187 | |
| HHA | 2 762 | 2 533 | 2 473 | 2 262 | 2 171 | 2 108 | |
| NVR | 1 585 | 1 519 | 1 464 | 1 679 | 1 707 | 1 750 | |
| OPK | 1 825 | 1 781 | 1 722 | 1 592 | 1 613 | 1 435 | |
| BAR | 764 | 735 | 822 | 786 | 699 | 665 | |
| KVI | 1 482 | 1 412 | 1 437 | 992 | 925 | 972 | |
| KIT | 4 687 | 4 871 | 5 446 | 3 184 | 3 249 | 3 249 | |
| KRE | 343 | 357 | 407 | 306 | 322 | 401 | |
| HLK | 1 448 | 1 389 | 1 263 | 937 | 889 | 727 | |
| AKU | 106 | 80 | 84 | 106 | 100 | 126 | |
| KLM | 521 | 485 | 462 | 596 | 634 | 692 | |
| Sum klinikker | 18 216 | 17 746 | 18 336 | 15 229 | 15 109 | 14 913 | |
| Diff vs. 2016 | | | | | | -3 423 | |
| Diff % | | | | | | -19 % | |

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

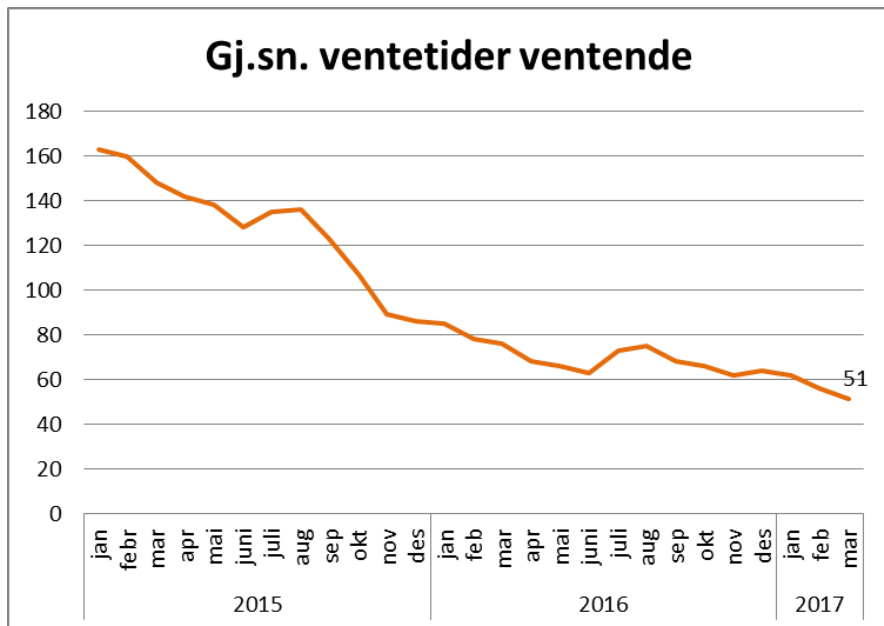
3.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling



| Gj.sn. v.tid til avvikling | 2016 | | | 2017 | | | Utvikling |
|----------------------------|------|-----|-----|------|-----|-----|-----------|
| | jan | feb | mar | jan | feb | mar | |
| PHA | 49 | 41 | 41 | 49 | 53 | 45 | |
| MED | 68 | 70 | 60 | 55 | 56 | 55 | |
| HHA | 85 | 91 | 86 | 62 | 56 | 52 | |
| NVR | 63 | 62 | 57 | 66 | 57 | 55 | |
| OPK | 107 | 111 | 99 | 93 | 107 | 76 | |
| BAR | 72 | 69 | 72 | 65 | 62 | 62 | |
| KVI | 73 | 71 | 63 | 64 | 59 | 55 | |
| KIT | 74 | 74 | 66 | 66 | 66 | 63 | |
| KRE | 38 | 30 | 30 | 24 | 34 | 28 | |
| HLK | 110 | 112 | 105 | 115 | 106 | 93 | |
| AKU | 76 | 89 | 58 | 70 | 57 | 52 | |
| KLM | 32 | 34 | 30 | 34 | 34 | 32 | |
| OUS | 73 | 74 | 67 | 64 | 62 | 57 | |
| Diff vs. 2016 | | | | | | | -10 |
| Diff % | | | | | | | -15 % |

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

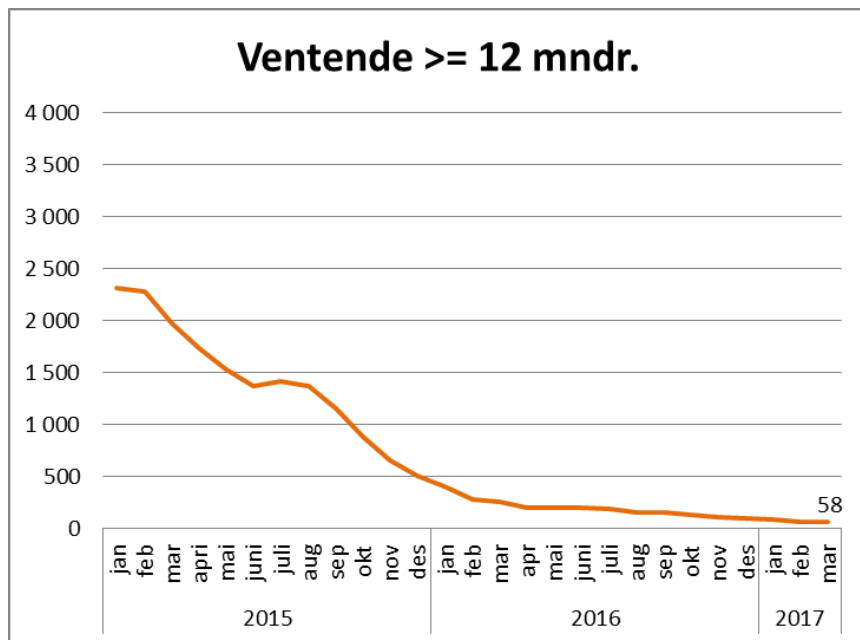
3.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende



| Gj.sn. v.tid ventende | 2016 | | | 2017 | | | Utvikling |
|-----------------------|------|-----|-----|------|-----|-------|-----------|
| | jan | feb | mar | jan | feb | mar | |
| PHA | 37 | 37 | 37 | 36 | 34 | 33 | |
| MED | 64 | 56 | 54 | 54 | 51 | 47 | |
| HHA | 151 | 146 | 132 | 65 | 62 | 58 | |
| NVR | 61 | 55 | 57 | 48 | 43 | 41 | |
| OPK | 122 | 121 | 117 | 99 | 82 | 79 | |
| BAR | 69 | 66 | 64 | 62 | 51 | 49 | |
| KVI | 70 | 67 | 70 | 47 | 46 | 43 | |
| KIT | 57 | 58 | 63 | 61 | 57 | 53 | |
| KRE | 35 | 27 | 32 | 43 | 70 | 43 | |
| HLK | 94 | 90 | 89 | 90 | 79 | 57 | |
| AKU | 61 | 43 | 37 | 41 | 38 | 34 | |
| KLM | 39 | 31 | 36 | 34 | 33 | 37 | |
| OUS | 82 | 78 | 76 | 62 | 56 | 51 | |
| Diff vs. 2016 | | | | | | -25 | |
| Diff % | | | | | | -33 % | |

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

3.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



| Antall ventet ≥ 1 år | 2016 | | | 2017 | | | Utvikling |
|------------------------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | jan | feb | mar | jan | feb | mar | |
| PHA | - | - | - | 1 | - | - | |
| MED | 22 | 12 | 9 | 1 | - | 1 | |
| HHA | 225 | 181 | 149 | 8 | 11 | 11 | |
| NVR | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 | 5 | |
| OPK | 76 | 65 | 65 | 47 | 23 | 20 | |
| BAR | 1 | 1 | 2 | 2 | - | - | |
| KVI | 5 | 5 | 4 | 3 | 6 | 3 | |
| KIT | 5 | 9 | 14 | 12 | 10 | 7 | |
| KRE | 2 | - | 3 | 5 | 7 | 5 | |
| HLK | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | |
| AKU | 2 | - | - | - | - | - | |
| KLM | 1 | 0 | 0 | 1 | - | 3 | |
| Sum | 342 | 278 | 251 | 85 | 60 | 58 | |
| Diff vs. 2016 | | | | | | | -193 |
| Diff % | | | | | | | -77 % |

3.3 Fristbrudd

| Fristbrudd ordinært avviklede | 2016 | | | 2017 | | | Andel | Utvikling |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------|
| | Antall | | | Antall | | | | |
| | jan | feb | mar | jan | feb | mar | | |
| PHA | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 2 | 0,6 % | |
| MED | 6 | 6 | 6 | 18 | 3 | 1 | 0,1 % | |
| HHA | 3 | 2 | 2 | 6 | 3 | 6 | 0,5 % | |
| NVR | 14 | 23 | 4 | 11 | 6 | 5 | 0,6 % | |
| OPK | 6 | 4 | 1 | 16 | 1 | 5 | 0,8 % | |
| BAR | 2 | 1 | 3 | 6 | 4 | 8 | 2,3 % | |
| KVI | - | 2 | - | 6 | 4 | 3 | 0,6 % | |
| KIT | 16 | 20 | 23 | 20 | 14 | 18 | 1,3 % | |
| KRE | 40 | 13 | 25 | 10 | 6 | 12 | 3,3 % | |
| HLK | 2 | 4 | - | 1 | 1 | 4 | 0,8 % | |
| AKU | - | - | - | - | - | - | 0,0 % | |
| KLM | - | - | - | - | - | - | 0,0 % | |
| Sum | 90 | 77 | 65 | 97 | 43 | 64 | 0,8 % | |
| Endr fra 2016 | | | | | | | -1 | |
| Endr i % | | | | | | | -2 % | |

| Fristbrudd ventende | 2016 | | | 2017 | | | Andel | Utvikling |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|-----------|
| | Antall | | | Antall | | | | |
| | jan | feb | mar | jan | feb | mar | | |
| PHA | 1 | - | 1 | 6 | 3 | 1 | 0,2 % | |
| MED | 4 | - | 1 | 4 | 2 | 5 | 0,2 % | |
| HHA | 3 | 1 | 2 | 5 | 1 | 1 | 0,0 % | |
| NVR | 9 | 4 | 2 | 8 | 3 | 1 | 0,1 % | |
| OPK | 2 | 1 | 4 | 7 | 3 | 3 | 0,2 % | |
| BAR | 1 | 1 | 5 | 1 | 4 | 6 | 0,9 % | |
| KVI | 3 | - | 1 | 2 | - | - | 0,0 % | |
| KIT | 9 | 10 | 26 | 14 | 16 | 23 | 0,7 % | |
| KRE | 8 | 5 | 6 | 10 | 11 | 9 | 2,4 % | |
| HLK | 3 | 1 | 2 | 3 | - | 5 | 0,7 % | |
| AKU | - | - | - | - | - | - | 0,0 % | |
| KLM | - | - | - | - | 1 | 1 | 0,1 % | |
| Sum | 44 | 23 | 50 | 60 | 44 | 55 | 0,4 % | |
| Endr fra 2016 | | | | | | | 5 | |
| Endr i % | | | | | | | 10 % | |

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

4.1 Økonomisk resultat

| Tall i hele 1000 kr | Budsjett 2017 | Mars | | | | Hittil i 2017 | | | |
|---|-------------------|------------------|------------------|----------------|---------------|------------------|------------------|----------------|---------------|
| | | Resultat | Budsjett | Avvik budsjett | Avvik i % | Resultat | Budsjett | Avvik budsjett | Avvik i % |
| Basisramme | 11 585 683 | 951 128 | 951 128 | 0 | 0,0 % | 2 919 903 | 2 919 903 | 0 | 0,0 % |
| Aktivitetsbaserte inntekter | 8 155 273 | 754 911 | 737 348 | 17 563 | 2,4 % | 2 120 217 | 2 147 410 | -27 193 | -1,3 % |
| Andre inntekter | 2 435 669 | 233 559 | 215 478 | 18 081 | 8,4 % | 664 971 | 639 700 | 25 272 | 4,0 % |
| Sum driftsinntekter | 22 176 625 | 1 939 598 | 1 903 954 | 35 644 | 1,9 % | 5 705 091 | 5 707 012 | -1 921 | 0,0 % |
| Lønn -og innleiekostnader | 15 324 383 | 1 332 341 | 1 311 032 | -21 309 | -1,6 % | 3 980 993 | 3 941 557 | -39 437 | -1,0 % |
| Kjøp av helsetjenester | 471 052 | 28 620 | 39 482 | 10 862 | 27,5 % | 106 690 | 118 023 | 11 333 | 9,6 % |
| Varekostnader mv | 2 409 726 | 233 822 | 212 812 | -21 010 | -9,9 % | 632 404 | 620 422 | -11 982 | -1,9 % |
| Andre driftskostnader | 3 729 312 | 344 115 | 319 700 | -24 415 | -7,6 % | 977 335 | 962 075 | -15 260 | -1,6 % |
| Sum driftskostnader | 21 934 473 | 1 938 898 | 1 883 026 | -55 872 | -3,0 % | 5 697 422 | 5 642 076 | -55 347 | -1,0 % |
| Driftsresultat | 242 152 | 700 | 20 928 | -20 228 | -1,1 % | 7 669 | 64 936 | -57 267 | -1,0 % |
| Netto finans | 7 848 | 15 017 | -94 | 15 111 | 16075,0 % | 9 395 | -2 436 | 11 831 | 485,7 % |
| Resultat OUS | 250 000 | 15 717 | 20 834 | -5 117 | -0,3 % | 17 064 | 62 500 | -45 436 | -0,8 % |
| Endrede pensjonskostnader | | 9 433 | 0 | 9 433 | | 9 433 | 0 | 9 433 | |
| Resultat justert for endret pensj.kost | 250 000 | 25 150 | 20 834 | 4 316 | 0,2 % | 26 497 | 62 500 | -36 003 | -0,6 % |

4.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

| Art ØBAK | Resultat | Budsjett | Avvik | Kommentarer til de største avvikene |
|---|------------------|------------------|----------------|---|
| Basisramme | 2 900 559 | 2 900 559 | 0 | |
| Kvalitetsbasert finansiering | 19 344 | 19 344 | 0 | |
| ISF egne pasienter | 1 005 102 | 1 023 327 | -18 225 | For somatikken er det et avvik på 13 mnok som kan forklares med lavere aktivitet en forventet, hovedsakelig ved Medisinsk klinikk, Kvinneklinikken og Barne- og ungdomsklinikke. Innen PHA er det et negativt avvik på om lag 2 mnok per mars og gjelder både VOP, BUP og TSB. |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 219 554 | 214 376 | 5 178 | |
| ISF-refusjon fritt behandlingsvalg | 0 | 0 | 0 | |
| ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB | 14 338 | 16 254 | -1 916 | |
| ISF-refusjon pasientadministrerte legemidler | 18 170 | 18 459 | -289 | |
| Utskrivningsklare pasienter | 614 | 520 | 94 | Antall utskrivningsklare pasienter er noe høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt. |
| Gjestepasienter | 170 386 | 173 362 | -2 976 | Gjestepasientinntekter for pasienter fra andre regioner er 3 mnok lavere enn budsjettet og gjelder både innen somatikken og PHA. |
| Salg av konserninterne helsetjenester | 513 561 | 533 708 | -20 148 | Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er lavere enn budsjett per mars. Om lag 0,5 mnok kan relateres til PHA og 1 mnok kan relateres til lab/rad-området. Resten av aviket gjelder somatikken for øvrig. |
| Polikliniske inntekter | 178 493 | 167 403 | 11 090 | De polikliniske inntektene er om lag 11 mnok høyere enn budsjett per mars. Det positive aviket gjelder i all hovedsak innen Klinikk for Laboratoriemedisin. |
| Øremerkede tilskudd raskere tilbake | 14 373 | 15 906 | -1 533 | Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Aviket fordeler seg om lag likt på Kreftklinikken og Nevroklinikken. |
| Andre øremerkede tilskudd | 328 514 | 353 977 | -25 463 | Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene). |
| Andre driftsinntekter | 322 084 | 269 817 | 52 267 | Avik på om lag 24 mnok gjelder tilskudd fra private som salderes under "andre øremerkede tilskudd" og må ses i sammenheng med denne ØBAK-linjen. Flere små avik på flere andre poster gir et samlet positivt avik på 52 mnok. |
| Sum driftsinntekter | 5 705 091 | 5 707 012 | -1 921 | |
| Kjøp av off helsetjenester | 11 378 | 11 086 | -291 | Aviket fordeler seg på flere små negative avik ved kjøp av helsetjenester fra andre regioner. |
| Kjøp av private helsetjenester | 74 856 | 89 952 | 15 096 | Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er 15 mnok lavere enn budsjettet og kan i all hovedsak relateres til kjøp av behandling i utlandet. |
| Varekostnader | 632 404 | 620 422 | -11 982 | Varekostnadene er 12 mnok høyere enn budsjettet. Det er bl. a. høyere kostnader enn budsjettet vedr kjøp av blodprodukter og medisinske forbruksvarer. |
| Innleid arbeidskraft | 50 216 | 37 395 | -12 821 | Innleiekostnadene er om lag 13 mnok høyere enn budsjettet og 5 mnok høyere enn på samme tid i fjor. |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester | 20 457 | 16 984 | -3 472 | De totale kostnadene til kjøp av konserninterne helsetjenester er om lag 3 mnok høyere enn budsjett per mars. Aviket gjelder i hovedsak kurdøgn innen somatikken og poliklinikk PHA. |
| Lønn til fast ansatte | 2 771 507 | 2 761 215 | -10 292 | De samlede lønnskostnadene er om lag 27 mnok høyere enn budsjettet per mars. I resultatet inngår 9,4 mnok i høyere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet. |
| Overtid og ekstrahjelp | 321 481 | 270 492 | -50 989 | |
| Pensjon | 551 521 | 542 088 | -9 433 | |
| Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft | -208 610 | -170 047 | 38 563 | |
| Annen lønn | 494 879 | 500 414 | 5 535 | |
| Avskrivninger | 210 074 | 218 978 | 8 904 | Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse. |
| Andre driftskostnader | 767 261 | 743 097 | -24 164 | Andre driftskostnader er 24 mnok høyere enn budsjettet. En stor del av aviket dette gjelder øremerkede midler, som har tilsvarende høyere inntekter. Avik knyttet til ordinær drift utgjør om lag 10 mnok. Dete omfatter blant annet pasientreiser, kjøp av utstyr, eksterne vasketjenester og energi. IKT-kostnadene er lavere enn budsjettet. |
| Sum driftskostnader | 5 697 422 | 5 642 076 | -55 347 | |
| Finansinntekter | -22 796 | -11 860 | 10 936 | Positiv finansnetto kommer i hovedsak som følge av positivt bidrag fra datterselskap (SMOS). |
| Finanskostnader | 13 401 | 14 296 | 895 | |
| Netto finans | -9 395 | 2 436 | 11 831 | |
| TOTALT | 17 064 | 62 500 | -45 436 | |

4.2 Økonomisk resultat – per klinikk

| Rapportering Mars 2017 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 | -6 305 | 0 | -6 305 | -3,4 % | -7 558 | 0 | -7 558 | -1,4 % |
| Medisinsk klinikk | -3 650 | 0 | -3 650 | -3,2 % | -12 971 | 0 | -12 971 | -3,8 % |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | 1 388 | 0 | 1 388 | 2,0 % | -2 247 | 0 | -2 247 | -1,1 % |
| Nevroklinikken | 3 441 | -29 | 3 470 | 4,1 % | -1 931 | -89 | -1 842 | -0,7 % |
| Ortopedisk klinikk | -1 896 | 0 | -1 896 | -3,3 % | -1 803 | 0 | -1 803 | -1,0 % |
| Barne- og ungdomsklinikken | -4 148 | 0 | -4 148 | -4,5 % | -10 262 | 0 | -10 262 | -3,8 % |
| Kvinneklinikken | -4 176 | 0 | -4 176 | -7,3 % | -11 370 | 0 | -11 370 | -6,7 % |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon | -4 464 | 0 | -4 464 | -4,4 % | -18 426 | 0 | -18 426 | -6,3 % |
| Kreftklinikken | 1 778 | -52 | 1 830 | 1,2 % | -4 219 | -169 | -4 050 | -0,9 % |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 5 370 | 0 | 5 370 | 5,0 % | 8 109 | 0 | 8 109 | 2,7 % |
| Akuttklinikken | -2 836 | 0 | -2 836 | -1,7 % | -8 268 | 0 | -8 268 | -1,7 % |
| Prehospital klinikk | -62 | 0 | -62 | -0,1 % | 121 | 0 | 121 | 0,1 % |
| Klinikk for laboratoriemedisin | 2 310 | 0 | 2 310 | 1,4 % | 3 205 | 0 | 3 205 | 0,7 % |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | 1 028 | 0 | 1 028 | 1,4 % | 3 296 | 0 | 3 296 | 1,5 % |
| Oslo sykehusservice | -1 641 | 0 | -1 641 | -0,8 % | -4 087 | 0 | -4 087 | -0,7 % |
| Direktørens stab | 6 048 | 0 | 6 048 | 4,6 % | 19 104 | 0 | 19 104 | 4,8 % |
| Fellesposter | 8 234 | 20 552 | -12 317 | -11,9 % | 55 656 | 63 900 | -8 244 | -3,0 % |
| Konsern | 15 297 | 363 | 14 934 | | 10 716 | -1 142 | 11 858 | |
| Sum OUS | 15 717 | 20 834 | -5 117 | -0,3 % | 17 064 | 62 500 | -45 436 | -0,8 % |
| Sum OUS justert for endret pensj.kostnad | 25 150 | 20 834 | 4 316 | 0,2 % | 26 497 | 62 500 | -36 003 | -0,6 % |

4.2 Kommentarer til klinikkens resultater

| Klinikk | Avvik i mill kr | Overordnet beskrivelse av avvik |
|--|-----------------|--|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | -8 | Per mars har klinikken et positivt avvik på personalkostnadene, men høye innleiekostnader, varekostnader og lavere poliklinikk- og gjestepasientinntekter gir til sammen et negativt avvik på 8 mnok per mars. |
| Medisinsk klinikk | -13 | Hittil i år har klinikken et negativt avvik på 6 mnok på driftskostnader (kostnader til biologiske legemidler, kostnader knyttet til dialysepasienter, innleie og lønnskostnader er høyere enn budsjettert).Klinikken ligger 330 DRG poeng bak måltall (gir et negativt inntektsavvik 8 mnok). |
| Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi | -2 | Det negative avviket kan i stor grad relateres til kostnadssiden og varekostnader. Inntektssiden har noe mindre negativt avvik enn per februar grunnet høy aktivitet i mars. |
| Nevroklinikken | -2 | Det meste av det akkumulerte avviket er relatert til lavere ISF-inntekter. Kostnadssiden er noe bedre enn forventet (lavere ekstern innleie og varekostnader). |
| Ortopedisk klinikk | -2 | Aktiviteten er om lag som budsjettert. Det er noe økte poliklinikkinntekter som følge av fakturering for fysioterapi og håndterapien på legevakten. Høyere lønnskostnader enn budsjettert. |
| Barne- og ungdomsklinikken | -10 | Klinikken har merforbruk på innleie, medikamenter, kostnader til høsting av stamceller. Sammene med lavere aktivitet en plan bidrar dette til det negative avviket. |
| Kvinneklinikken | -11 | Hovedårsaken til det negative avviket relateres til lavere aktivitet enn planlagt (færre fødsler). Inntekstsviket utgjør 9,4 mnok. Om lag 2 mnok skyldes høyere kostnader enn budsjettert (lønnskostnader). |
| Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon | -18 | På tross av høy aktivitet i mars ligger klinikken 3,4% bak plan hittil i år. Høye innleiekostnader i mars, høyere lønnskostnader hittil i år og svært høye kostnader til blodprodukter bidrar til det negative resultatet. |
| Kreftklinikken | -4 | Aktiviteten er akkumulert litt under planlagt nivå. Øvrige driftsinntekter gjør imidlertid at samlede inntekter er som budsjettert så langt i år. Høye varekostnader, herunder medikamentkostnader gir et akkumulert negativt resultat på 4 mnok. |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 8 | Klinikken har et positivt avvik på inntektssiden pga høy aktivitet. Det er høyere lønns- og varekostnader enn budsjettert. Samlet gir det et positivt avvik på 8 mnok. |
| Akutt klinikken | -8 | Klinikken sitt negative resultat kan i hovedsak forklares ved lav DRG-aktivitet ved Smerteklinikken, merforbruk på varekostnader, innleie og lønn. |
| Prehospital klinikk | 0 | Klinikken har høy aktivitet og merforbruk på variabel lønn (ekstrahjelp) og varekostnader, mens det er et mindreforbruk på øvrige lønnskostnader. |
| Klinikk for laboratoriemedisin | 3 | Resultatet per mars viser et positivt avvik på 3 mnok, som i hovedsak kan relateres til lavere lønnskostnader som følge av ubesatte stillinger ved Avdeling for medisinsk genetikk og Avdeling for patologi. |
| Klinikk for radiologi og nukleærmedisin | 3 | Aktivitet og tilhørende inntekter er om lag som budsjettert. Noe lavere lønnskostnader (ubesatte stillinger) og varekostnader enn budsjett gir et positivt avvik på 3 mnok per mars. |
| Oslo sykehusservice | -4 | Klinikken har høyere leieinntekter og parkeringsinntekter enn budsjettert. Høye energikostnader og lønnskostnader bidrar negativt. Samlet har klinikken et negativt avvik på om lag 4 mnok. |
| Stab | 19 | Om lag 12 mnok av avviket skyldes lavere kostnader enn budsjettert innenfor IKT-området, og 7 mnok øvrig stab, herunder inntekter for utleie av personell mv. |
| Fellesposter / konsern mv | 4 | SMOS bidrar positivt med 12 mnok. Ellers er det mindre positive og negative avvik på flere områder. Pensjon bidrar med et negativt avvik på 9,4 mnok. |
| Samlet avvik | -45 | Korrigert for økte pensjonskostnader er det et negativt avvik på 36 mnok. |

4.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

| Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler | mar 2017 | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|---|------------------|--------------------|---------------|------------------|--------------------|---------------|------------------|---------------|--------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | 132 631 | 91 | 0,1 % | 395 219 | 5 635 | 1,4 % | 391 962 | 3 257 | 0,8 % |
| MED | 75 035 | -1 534 | -2,1 % | 225 665 | -4 072 | -1,8 % | 224 710 | 955 | 0,4 % |
| HHA | 44 874 | -1 421 | -3,3 % | 131 519 | -206 | -0,2 % | 134 428 | -2 909 | -2,2 % |
| NVR | 56 251 | -1 478 | -2,7 % | 170 425 | -5 065 | -3,1 % | 160 908 | 9 517 | 5,9 % |
| OPK | 35 802 | -91 | -0,3 % | 111 269 | -3 504 | -3,3 % | 112 213 | -944 | -0,8 % |
| BAR | 55 110 | 809 | 1,4 % | 166 264 | 1 595 | 1,0 % | 178 499 | -12 236 | -6,9 % |
| KVI | 40 538 | -828 | -2,1 % | 121 802 | -1 565 | -1,3 % | 116 153 | 5 648 | 4,9 % |
| KIT | 62 920 | -4 283 | -7,3 % | 189 303 | -12 244 | -6,9 % | 189 214 | 89 | 0,0 % |
| KRE | 77 233 | -1 320 | -1,7 % | 231 737 | -3 309 | -1,4 % | 223 422 | 8 316 | 3,7 % |
| HLK | 56 846 | -1 193 | -2,1 % | 170 492 | -2 456 | -1,5 % | 167 265 | 3 227 | 1,9 % |
| AKU | 115 348 | -1 838 | -1,6 % | 344 881 | -3 289 | -1,0 % | 337 892 | 6 989 | 2,1 % |
| PRE | 44 907 | 129 | 0,3 % | 132 254 | 644 | 0,5 % | 135 011 | -2 757 | -2,0 % |
| KLM | 71 481 | 2 451 | 3,3 % | 216 278 | 6 536 | 2,9 % | 208 717 | 7 561 | 3,6 % |
| KRN | 50 164 | 359 | 0,7 % | 150 172 | 2 089 | 1,4 % | 151 000 | -828 | -0,5 % |
| OSS | 85 565 | -2 248 | -2,7 % | 255 611 | -4 386 | -1,7 % | 250 326 | 5 285 | 2,1 % |
| STAB | 18 235 | 2 632 | 12,6 % | 50 483 | 13 325 | 20,9 % | 53 884 | -3 401 | -6,3 % |
| FPO | 17 642 | 566 | 3,1 % | 55 117 | 170 | 0,3 % | 50 871 | 4 246 | 8,3 % |
| OUS | 1 040 583 | -9 196 | -0,9 % | 3 118 491 | -10 100 | -0,3 % | 3 086 477 | 32 014 | 1,0 % |

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

4.2 Innleie av helsepersonell

| Innleie i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler | mar 2017 | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|--|---------------|--------------------|----------------|---------------|--------------------|----------------|---------------|--------------|--------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | 1 431 | -1 377 | -2544,6 % | 2 224 | -2 063 | -1281,4 % | 873 | 1 351 | 154,6 % |
| MED | 1 786 | -662 | -58,9 % | 4 366 | -1 048 | -31,6 % | 3 508 | 858 | 24,5 % |
| HHA | 175 | -63 | -55,6 % | 268 | 60 | 18,2 % | 850 | -582 | -68,5 % |
| NVR | 2 090 | -17 | -0,8 % | 5 777 | 387 | 6,3 % | 4 765 | 1 011 | 21,2 % |
| OPK | 1 443 | -528 | -57,8 % | 3 263 | -652 | -25,0 % | 2 078 | 1 185 | 57,0 % |
| BAR | 3 959 | -2 464 | -164,9 % | 10 814 | -6 331 | -141,2 % | 5 033 | 5 781 | 114,9 % |
| KVI | 291 | 52 | 15,2 % | 811 | 213 | 20,8 % | 4 086 | -3 275 | -80,2 % |
| KIT | 914 | -444 | -94,3 % | 1 940 | -530 | -37,6 % | 2 099 | -159 | -7,6 % |
| KRE | 123 | -39 | -47,1 % | 302 | -52 | -20,7 % | 171 | 131 | 76,3 % |
| HLK | 3 173 | -826 | -35,2 % | 8 258 | -1 200 | -17,0 % | 9 080 | -821 | -9,0 % |
| AKU | 4 047 | -407 | -11,2 % | 12 141 | -1 811 | -17,5 % | 13 820 | -1 679 | -12,1 % |
| PRE | | | - | | | - | | | - |
| KLM | -2 | 2 | - | 79 | -79 | - | -55 | 134 | -242,8 % |
| KRN | | 86 | 100,0 % | -28 | 285 | 111,0 % | 203 | -231 | -113,8 % |
| OSS | | | - | | | - | 53 | -53 | -100,0 % |
| STAB | | | - | | | - | | | - |
| FPO | | | - | | | - | | | - |
| OUS | 19 428 | -6 685 | -52,5 % | 50 216 | -12 821 | -34,3 % | 46 566 | 3 650 | 7,8 % |

4.2 Varekostnader per klinikk

| Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler | mar 2017 | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|--|----------------|--------------------|----------------|----------------|--------------------|---------------|----------------|----------------|---------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | 6 086 | -1 719 | -39,4 % | 17 380 | -4 383 | -33,7 % | 18 982 | -1 603 | -8,4 % |
| MED | 10 062 | -550 | -5,8 % | 29 454 | -1 578 | -5,7 % | 32 054 | -2 600 | -8,1 % |
| HHA | 14 603 | -463 | -3,3 % | 43 341 | -2 099 | -5,1 % | 46 329 | -2 988 | -6,4 % |
| NVR | 9 083 | 2 562 | 22,0 % | 30 130 | 3 390 | 10,1 % | 39 065 | -8 936 | -22,9 % |
| OPK | 10 574 | -528 | -5,3 % | 28 573 | 178 | 0,6 % | 30 626 | -2 053 | -6,7 % |
| BAR | 6 700 | -1 158 | -20,9 % | 17 037 | -486 | -2,9 % | 18 541 | -1 504 | -8,1 % |
| KVI | 3 162 | 146 | 4,4 % | 9 314 | 30 | 0,3 % | 10 210 | -896 | -8,8 % |
| KIT | 14 702 | -2 196 | -17,6 % | 36 567 | -169 | -0,5 % | 42 579 | -6 011 | -14,1 % |
| KRE | 26 045 | -1 803 | -7,4 % | 77 133 | -4 955 | -6,9 % | 73 711 | 3 422 | 4,6 % |
| HLK | 30 498 | -4 729 | -18 % | 77 733 | -3 102 | -4,2 % | 90 763 | -13 030 | -14,4 % |
| AKU | 17 072 | -754 | -5 % | 48 089 | -1 741 | -3,8 % | 56 983 | -8 894 | -15,6 % |
| PRE | 921 | -24 | -3 % | 3 111 | -443 | -16,6 % | 3 324 | -213 | -6,4 % |
| KLM | 33 221 | -5 423 | -20 % | 90 518 | -8 813 | -10,8 % | 93 141 | -2 623 | -2,8 % |
| KRN | 9 931 | 636 | 6 % | 28 279 | 787 | 2,7 % | 38 126 | -9 847 | -25,8 % |
| OSS | 14 151 | -1 822 | -15 % | 38 129 | -1 465 | -4,0 % | 40 219 | -2 089 | -5,2 % |
| STAB | 13 | -13 | - | 64 | -64 | - | -35 | 100 | -283,0 % |
| FPO | 16 500 | -3 241 | -24,4 % | 34 023 | 6 064 | 15,1 % | 17 205 | 16 818 | 97,7 % |
| OUS | 223 326 | -21 078 | -10,4 % | 608 874 | -18 848 | -3,2 % | 651 822 | -42 948 | -6,6 % |

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

4.2 Andre driftskostnader per klinikk

| Andre driftskostnader i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler. | mar 2017 | | | HiÅ | | | HiF | Endring | |
|--|----------------|--------------------|---------------|----------------|--------------------|---------------|----------------|----------------|---------------|
| | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Resultat | I 1000 kr | i % |
| PHA | 8 352 | -1 582 | -23,4 % | 21 726 | -1 661 | -8,3 % | 21 689 | 36 | 0,2 % |
| MED | 1 968 | 55 | 2,7 % | 4 689 | 1 373 | 22,6 % | 5 527 | -838 | -15,2 % |
| HHA | 1 394 | -376 | -37,0 % | 3 669 | -641 | -21,2 % | 3 888 | -219 | -5,6 % |
| NVR | 1 220 | 293 | 19,4 % | 4 764 | -219 | -4,8 % | 5 103 | -339 | -6,6 % |
| OPK | 1 515 | -717 | -89,9 % | 1 409 | 968 | 40,7 % | 3 590 | -2 180 | -60,7 % |
| BAR | 1 924 | -7 | -0,4 % | 4 985 | 722 | 12,6 % | 6 373 | -1 389 | -21,8 % |
| KVI | 749 | 178 | 19,2 % | 2 524 | 234 | 8,5 % | 4 040 | -1 516 | -37,5 % |
| KIT | 2 235 | 48 | 2,1 % | 7 041 | -245 | -3,6 % | 8 029 | -988 | -12,3 % |
| KRE | 3 579 | 109 | 3,0 % | 10 009 | 967 | 8,8 % | 12 631 | -2 622 | -20,8 % |
| HLK | 2 142 | -743 | -53,1 % | 5 638 | -1 472 | -35,3 % | 5 164 | 474 | 9,2 % |
| AKU | 2 197 | -177 | -8,8 % | 7 008 | -1 273 | -22,2 % | 7 937 | -929 | -11,7 % |
| PRE | 18 047 | -605 | -3,5 % | 61 839 | -498 | -0,8 % | 65 315 | -3 475 | -5,3 % |
| KLM | 3 998 | -268 | -7,2 % | 10 892 | -136 | -1,3 % | 12 810 | -1 919 | -15,0 % |
| KRN | 3 128 | -575 | -22,5 % | 8 288 | -672 | -8,8 % | 8 250 | 38 | 0,5 % |
| OSS | 86 389 | -4 604 | -5,6 % | 252 961 | -8 013 | -3,3 % | 282 994 | -30 033 | -10,6 % |
| STAB | 92 375 | 3 600 | 3,8 % | 270 411 | 15 227 | 5,3 % | 288 782 | -18 372 | -6,4 % |
| FPO | 8 868 | -8 594 | -3137,0 % | 7 066 | -5 507 | -353,2 % | 1 740 | 5 326 | 306,1 % |
| OUS | 240 080 | -13 965 | -6,2 % | 684 918 | -846 | -0,1 % | 743 863 | -58 945 | -7,9 % |

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

4.2 Gjennomføring av tiltak

| KLINIKK | Budsjettert økonomisk effekt i 2017 | Budsjettert økonomisk effekt per rapp mnd | Realisert økonomisk effekt per rapp mnd | Gjennomføringsprosent | Årsprognose for tiltak | Gjennomføringsprosent |
|-----------------|-------------------------------------|---|---|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| AKU | 28 069 | 4 588 | 1 911 | 42 % | 18 342 | 65 % |
| BAR | 30 923 | 5 167 | 2 332 | 45 % | 15 574 | 90 % |
| HHA | 16 500 | 3 333 | 3 466 | 104 % | 16 500 | 100 % |
| HLK | 25 269 | 4 214 | 3 192 | 76 % | 25 269 | 100 % |
| KIT | 37 667 | 5 424 | 1 974 | 36 % | 29 107 | 77 % |
| KLM | 37 525 | 6 243 | 4 366 | 70 % | 35 648 | 95 % |
| KRE | 38 544 | 5 133 | 3 901 | 76 % | 36 544 | 76 % |
| KRN | 10 486 | 264 | 264 | 100 % | 10 486 | 100 % |
| KVI | 6 730 | 445 | 232 | 52 % | 6 377 | 95 % |
| MED | 26 778 | 4 466 | 1 902 | 43 % | 26 778 | 100 % |
| NVR | 24 550 | 3 314 | 1 616 | 49 % | 23 750 | 97 % |
| OPK | 17 800 | 2 500 | 1 900 | 76 % | 17 100 | 96 % |
| OSS | 39 920 | 5 018 | 3 080 | 61 % | 36 420 | 91 % |
| PHA | 9 464 | - | - | 0 % | 9 464 | 100 % |
| PRE | 4 750 | 856 | 830 | 97 % | 4 750 | 100 % |
| Totalsum | 354 974 | 50 965 | 30 965 | 61 % | 312 108 | 88 % |

4.3 Resultat for datterselskap mv

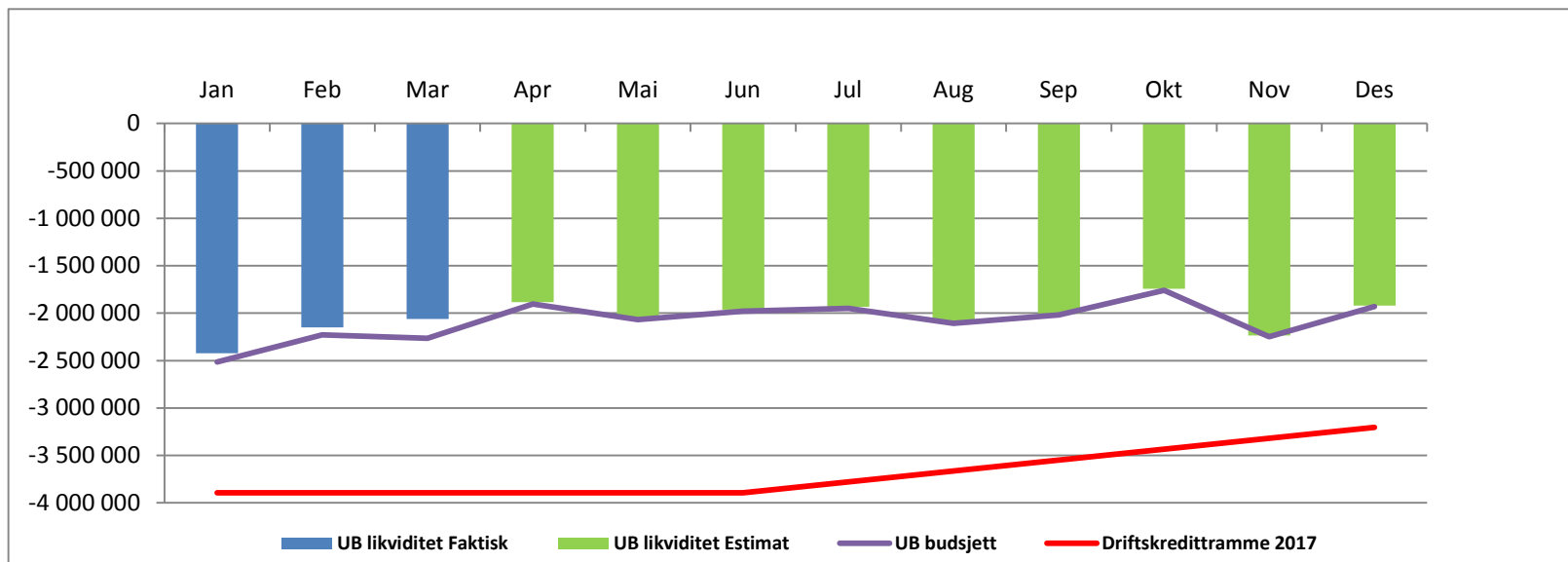
| AS'ene i 1 000 kr | Årsbudsjett | Budsjett | Regnskap | Avvik HiÅ |
|------------------------------------|----------------|--------------|----------------|---------------|
| | | HiÅ | HiÅ | |
| Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS | 5 500 | 810 | 552 | 258 |
| Radpark AS | -3 088 | -772 | -1 216 | 444 |
| Sophies Minde AS | -20 678 | 1 324 | -9 721 | 11 045 |
| Sykehotell AS | -882 | -220 | -331 | 111 |
| Totalt | -19 148 | 1 142 | -10 716 | 11 858 |

4.3 Investeringer

| Investeringer (ekskl. byggelånsrenter) (Beløp i millioner kroner) | | Budsjettert overheng hiå. | Regnskapsført overheng hiå. | Budsjett 2017 hiå. | Regnskapsført hiå. av budsjett 2017 | Avvik fra budsjett hiå. (inkl. overheng) | Prognose investeringer 2017 |
|--|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------|---|---|-----------------------------------|
| TOTALT | MTU | 64 | 20 | 55 | 18 | -81 | 629 |
| | Bygg | 0 | 0 | 174 | 149 | -25 | 842 |
| | Annet | 0 | 0 | 5 | 4 | -1 | 80 |
| | Byggelånsrenter | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Ufordelt | 0 | 0 | 3 | 0 | -3 | 27 |
| | <i>Investeringer som balanseføres</i> | 64 | 20 | 236 | 170 | -110 | 1 577 |
| | Egenkapital pensjon | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 43 |
| | IKT ¹⁾ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 38 |
| | SUM | 64 | 20 | 236 | 170 | -110 | 1 658 |
| Finansiert med | Ordinær likviditet | 0 | 0 | 64 | 34 | -29 | 364 |
| | Driftsresultat | 0 | 0 | 27 | 29 | 2 | 350 |
| | Fordring på HSØ RHF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Lån | 0 | 0 | 112 | 97 | -15 | 485 |
| | Øremerkede tilskudd | 0 | 0 | 0 | 8 | 8 | 20 |
| | Finansiell leie | 64 | 20 | 33 | 2 | -75 | 438 |
| | SUM | 64 | 20 | 236 | 170 | -110 | 1 658 |

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.

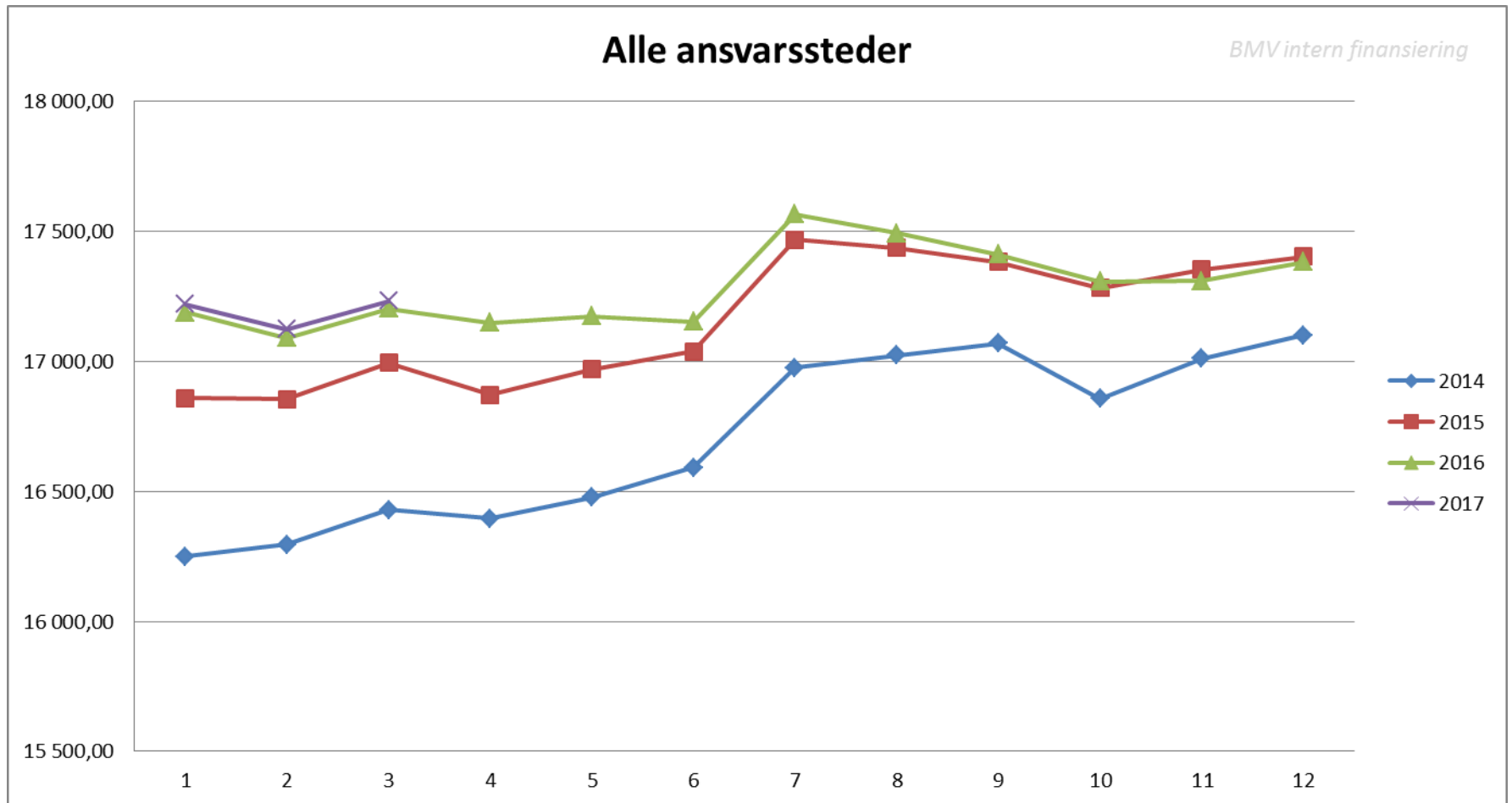
4.3 Likviditet



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

Driftskreditrammen reduseres gjennom andre halvår fordi pensjonspremie finansieres av premiefond innestående hos pensjonskassene.

5.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



Merk endret fargeskala

5.2 Bemanningsindikatorer - hovedtall

| OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF | Denne måned | | | Hittil i 2017 | | | | 2017 mot 2016 | | | |
|--------------------------------------|---------------|---------------|--------------------|---------------|---------------|--------------------|--------------|---------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|
| | MARS 2017 | Budsjett | Avvik fra budsjett | Pr MARS | Budsjett | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Δ MARS 2017 mot MARS 2016 | %-vis endring | Δ hittil i år mot hittil i fjor | %-vis endring |
| Brutto månedsverk, herav: | 18 731 | 18 441 | 290 | 18 680 | 18 431 | 249 | 1,4 % | 311 | 1,7 % | 317 | 1,7 % |
| - internt finansierte | 17 231 | 16 979 | 252 | 17 192 | 16 972 | 219 | 1,3 % | 29 | 0,2 % | 31 | 0,2 % |
| - eksternt finansierte | 1 500 | - | - | 1 489 | - | - | 0,0 % | 282 | 23,2 % | 285 | 23,7 % |
| - månedslønnede | 17 469 | | | 17 448 | | | | 323 | 1,9 % | 307 | 1,8 % |
| - variabellønnede | 1 261 | | | 1 233 | | | | -12 | -0,9 % | 9 | 0,8 % |
| - fast ansatte | 14 273 | | | 14 286 | | | | 304 | 2,2 % | 306 | 2,2 % |
| - midlertidig ansatte | 4 456 | | | 4 393 | | | | 7 | 0,2 % | 11 | 0,2 % |
| Øvrige indikatorer | | | | | | | | | | | |
| Netto månedsverk nasj. ind. (201701) | 16 044 | | | | | | | | | | |
| Sykefraværsprosent (201701) | 7,7 | | | | | | | | | | |

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

5.2 Detalj internt finansierte

| INTERNT FINANSIERTE | Denne måned | | | Hittil i 2017 | | | | 2017 mot 2016 | | | |
|------------------------------|-----------------|---------------|------------|--------------------|---------------|------------|--------------------|---------------|---------------------------|---------------|---------------------------------|
| | Funksjonsområde | MARS 2017 | Budsjett | Avvik fra budsjett | Pr MARS | Budsjett | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Δ MARS 2017 mot MARS 2016 | %-vis endring | Δ hittil i år mot hittil i fjor |
| Psykisk helse og rus | 2 195 | 2 188 | 7 | 2 183 | 2 181 | 3 | 0,1 % | 32 | 1,5 % | 28 | 1,3 % |
| Somatiske kliniske klinikker | 8 322 | 8 076 | 246 | 8 286 | 8 067 | 220 | 2,7 % | -21 | -0,2 % | -9 | -0,1 % |
| Medisinske støttefunksjoner | 4 628 | 4 597 | 31 | 4 619 | 4 608 | 12 | 0,3 % | 58 | 1,3 % | 39 | 0,9 % |
| Stab og OSS | 2 086 | 2 118 | -32 | 2 103 | 2 118 | -15 | -0,7 % | -41 | -1,9 % | -27 | -1,3 % |
| OUS | 17 231 | 16 979 | 252 | 17 192 | 16 972 | 219 | 0 | 29 | 0 | 31 | 0 |

| INTERNT FINANSIERTE | Denne måned | | | Hittil i 2017 | | | | 2017 mot 2016 | | | |
|---------------------|---------------|---------------|------------|--------------------|---------------|------------|--------------------|---------------|---------------------------|---------------|---------------------------------|
| | Klinikk | MARS 2017 | Budsjett | Avvik fra budsjett | Pr MARS | Budsjett | Avvik fra budsjett | Avvik i % | Δ MARS 2017 mot MARS 2016 | %-vis endring | Δ hittil i år mot hittil i fjor |
| AKU | 1 794 | 1 735 | 59 | 1 771 | 1 738 | 33 | 1,9 % | 61 | 3,5 % | 40 | 2,3 % |
| PRE | 762 | 760 | 2 | 771 | 767 | 4 | 0,5 % | 10 | 1,3 % | 5 | 0,7 % |
| PHA | 2 195 | 2 188 | 7 | 2 183 | 2 181 | 3 | 0,1 % | 32 | 1,5 % | 28 | 1,3 % |
| MED | 1 295 | 1 236 | 59 | 1 279 | 1 237 | 43 | 3,4 % | 13 | 1,0 % | 13 | 1,0 % |
| HLK | 834 | 809 | 25 | 832 | 806 | 26 | 3,2 % | -4 | -0,5 % | 3 | 0,3 % |
| KIT | 985 | 953 | 32 | 991 | 944 | 48 | 5,1 % | -9 | -0,9 % | 5 | 0,5 % |
| KLM | 1 311 | 1 333 | -21 | 1 315 | 1 333 | -18 | -1,3 % | -16 | -1,2 % | -8 | -0,6 % |
| KRE | 1 338 | 1 313 | 25 | 1 331 | 1 316 | 15 | 1,1 % | -20 | -1,5 % | -30 | -2,2 % |
| KRN | 761 | 770 | -9 | 762 | 770 | -8 | -1,0 % | 3 | 0,4 % | 2 | 0,3 % |
| KVI | 656 | 644 | 12 | 658 | 644 | 14 | 2,2 % | -8 | -1,2 % | 2 | 0,3 % |
| NVR | 898 | 845 | 53 | 885 | 846 | 39 | 4,6 % | 27 | 3,0 % | 13 | 1,5 % |
| OPK | 604 | 589 | 15 | 605 | 589 | 16 | 2,7 % | -17 | -2,7 % | -10 | -1,6 % |
| HHA | 750 | 744 | 6 | 750 | 744 | 6 | 0,9 % | -2 | -0,3 % | 4 | 0,5 % |
| BAR | 962 | 943 | 19 | 955 | 942 | 13 | 1,4 % | -0 | 0,0 % | -8 | -0,8 % |
| OSS | 1 879 | 1 903 | -24 | 1 898 | 1 903 | -5 | -0,3 % | -33 | -1,7 % | -20 | -1,0 % |
| DST | 206 | 215 | -9 | 206 | 215 | -10 | -4,5 % | -8 | -3,6 % | -7 | -3,5 % |
| OUS | 17 231 | 16 979 | 252 | 17 192 | 16 972 | 219 | 1,3 % | 29 | 0,2 % | 31 | 0,2 % |

5.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarsteder

| Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert | Forrige periode | Denne periode | Hittil 2016 | Hittil 2017 | 2017 mot 2016 | | | | Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel | | |
|---|-----------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|---------------|---------------------------------|---------------|---|--------------|-----------------|
| | FEB 2017 | MAR 2017 | Pr. MAR 2016 | Pr. MAR 2017 | Δ MAR 2017 mot MAR 2016 | %-vis endring | Δ hittil i år mot hittil i fjor | %-vis endring | Andel 2016 | Andel 2017 | Relativ endring |
| (1) Administrasjon/Ledelse | 2 842 | 2 870 | 2 876 | 2 851 | -11 | -0,4 % | -26 | -0,9 % | 16,8 % | 16,6 % | -1,1 % |
| (2) Pasientrettede stillinger | 1 425 | 1 470 | 1 443 | 1 442 | 0 | 0,0 % | -1 | -0,1 % | 8,4 % | 8,4 % | -0,3 % |
| (3) Leger | 2 448 | 2 459 | 2 420 | 2 452 | 29 | 1,2 % | 31 | 1,3 % | 14,1 % | 14,3 % | 1,1 % |
| (3a) Overleger | 1 516 | 1 523 | 1 485 | 1 516 | 35 | 2,4 % | 31 | 2,1 % | 8,7 % | 8,8 % | 1,9 % |
| (3b) LIS-leger | 887 | 884 | 886 | 886 | -7 | -0,8 % | 1 | 0,1 % | 5,2 % | 5,2 % | -0,1 % |
| (3c) Turnusleger | 45 | 53 | 50 | 49 | 0 | 0,6 % | -1 | -1,7 % | 0,3 % | 0,3 % | -1,9 % |
| (4) Psykologer | 284 | 281 | 275 | 284 | 10 | 3,8 % | 9 | 3,4 % | 1,6 % | 1,7 % | 3,2 % |
| (5) Sykepleier | 5 921 | 5 987 | 5 933 | 5 962 | 28 | 0,5 % | 29 | 0,5 % | 34,6 % | 34,7 % | 0,3 % |
| (6) Helsefagarbeider/hjelpepleier | 513 | 518 | 528 | 518 | -14 | -2,5 % | -10 | -1,9 % | 3,1 % | 3,0 % | -2,0 % |
| (7) Diagnostisk personell | 1 448 | 1 439 | 1 432 | 1 445 | 13 | 0,9 % | 13 | 0,9 % | 8,3 % | 8,4 % | 0,7 % |
| (8) Apotekstillinger | 2 | 2 | 2 | 2 | - | 0,0 % | - | 0,0 % | 0,0 % | 0,0 % | -0,2 % |
| (9) Drifts/teknisk personell | 1 464 | 1 443 | 1 495 | 1 465 | -44 | -2,9 % | -30 | -2,0 % | 8,7 % | 8,5 % | -2,2 % |
| (10) Ambulansepersonell | 551 | 540 | 549 | 549 | 4 | 0,7 % | -1 | -0,1 % | 3,2 % | 3,2 % | -0,3 % |
| (11) Forskning | 222 | 221 | 206 | 221 | 12 | 5,8 % | 15 | 7,1 % | 1,2 % | 1,3 % | 6,9 % |
| (99) Ukjente | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0,0 % | 1 | 1033,4 % | 0,0 % | 0,0 % | 1031,3 % |
| Alle stillingsgrupper | 17 124 | 17 231 | 17 160 | 17 192 | 29 | 0,2 % | 31 | 0,2 % | 100,0 % | 100 % | 0,0 % |

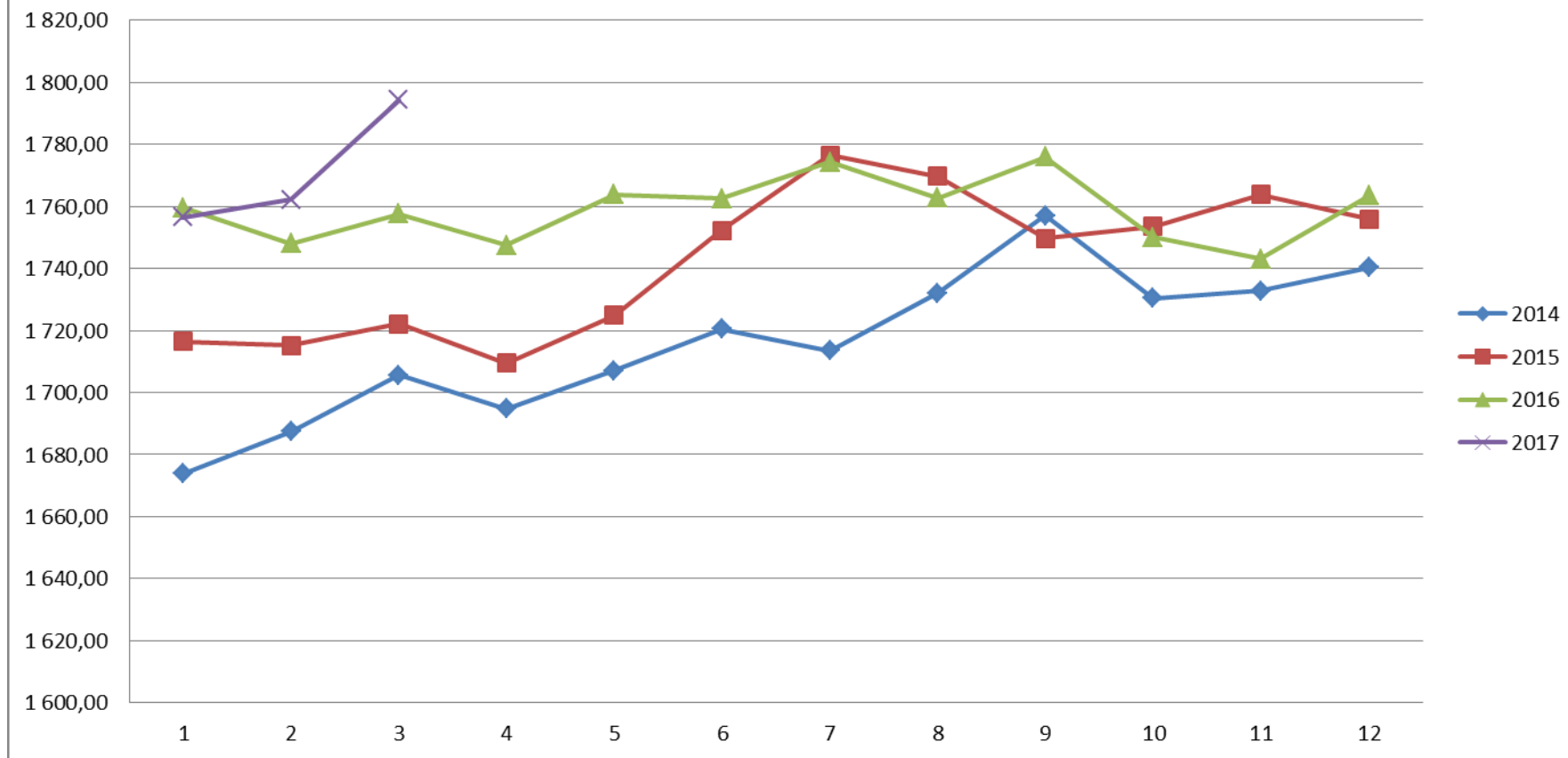
5.4 Andel deltid per klinikk

| Deltid - fast ansatte - Totalt MARS | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------|---------------|---------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Klinikk | Antall ansatte | Hvorav deltid | Andel deltid | Gj.snittlig juridisk stillingsprosent | Korrigert andel deltid | Gj.snittlig korr. Stillingsprosent |
| AKU | 1 659 | 350 | 21,1 % | 97,6 % | 10,1 % | 98,1 % |
| PRE | 692 | 83 | 12,0 % | 99,6 % | 8,5 % | 99,9 % |
| PHA | 1 960 | 477 | 24,3 % | 93,1 % | 16,0 % | 93,8 % |
| MED | 1 158 | 372 | 32,1 % | 90,2 % | 27,4 % | 90,9 % |
| HLK | 758 | 163 | 21,5 % | 97,2 % | 8,7 % | 98,2 % |
| KIT | 850 | 222 | 26,1 % | 94,8 % | 15,4 % | 95,6 % |
| KLM | 1 548 | 272 | 17,6 % | 97,4 % | 6,6 % | 98,0 % |
| KRE | 1 292 | 274 | 21,2 % | 97,4 % | 11,3 % | 98,0 % |
| KRN | 667 | 88 | 13,2 % | 98,1 % | 4,6 % | 98,8 % |
| KVI | 648 | 287 | 44,3 % | 93,1 % | 34,4 % | 94,8 % |
| NVR | 831 | 255 | 30,7 % | 93,2 % | 18,8 % | 94,0 % |
| OPK | 504 | 136 | 27,0 % | 93,2 % | 20,0 % | 93,7 % |
| HHA | 678 | 191 | 28,2 % | 93,9 % | 18,9 % | 94,5 % |
| BAR | 988 | 333 | 33,7 % | 92,9 % | 23,6 % | 93,9 % |
| OSS | 1 822 | 212 | 11,6 % | 96,3 % | 6,4 % | 96,7 % |
| DST | 217 | 15 | 6,9 % | 99,3 % | 3,7 % | 99,7 % |
| OUS | 16 315 | 3 731 | 22,9 % | 95,9 % | 14,1 % | 96,6 % |

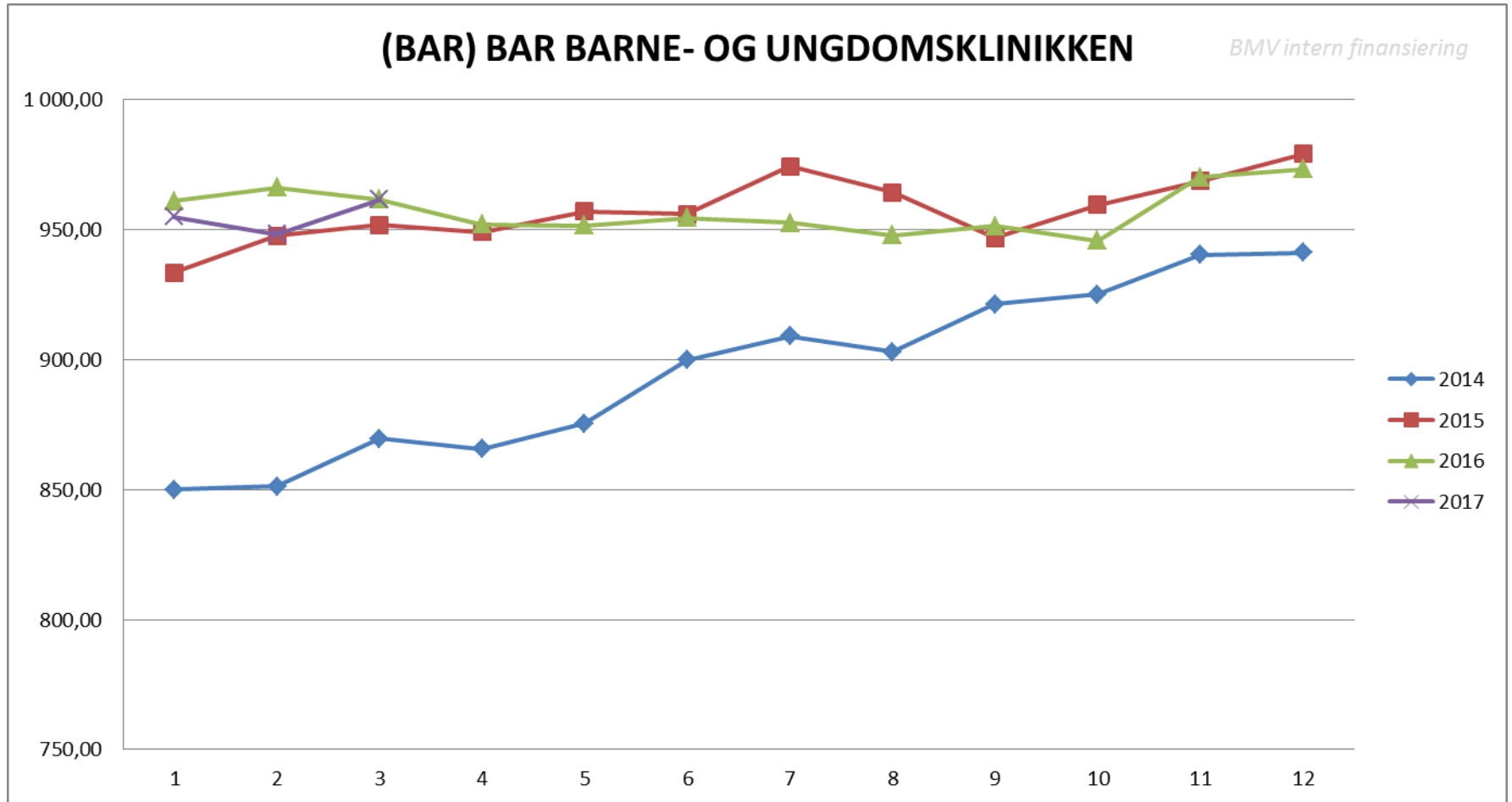
5.5 Bemanningsutvikling klinikk

(AKU) AKU AKUTTKLINIKKEN

BMV intern finansiering



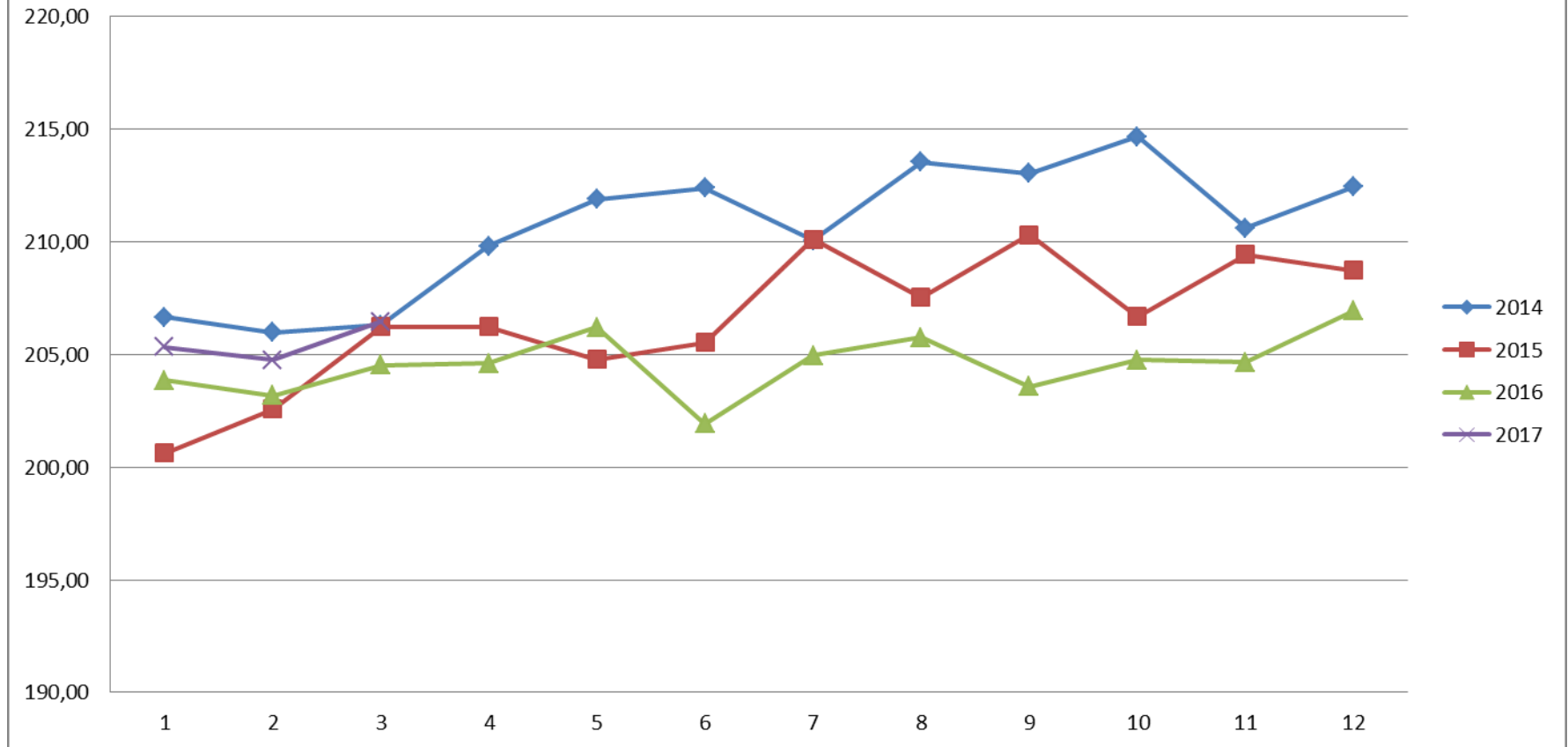
5.5 Bemanningsutvikling klinikk



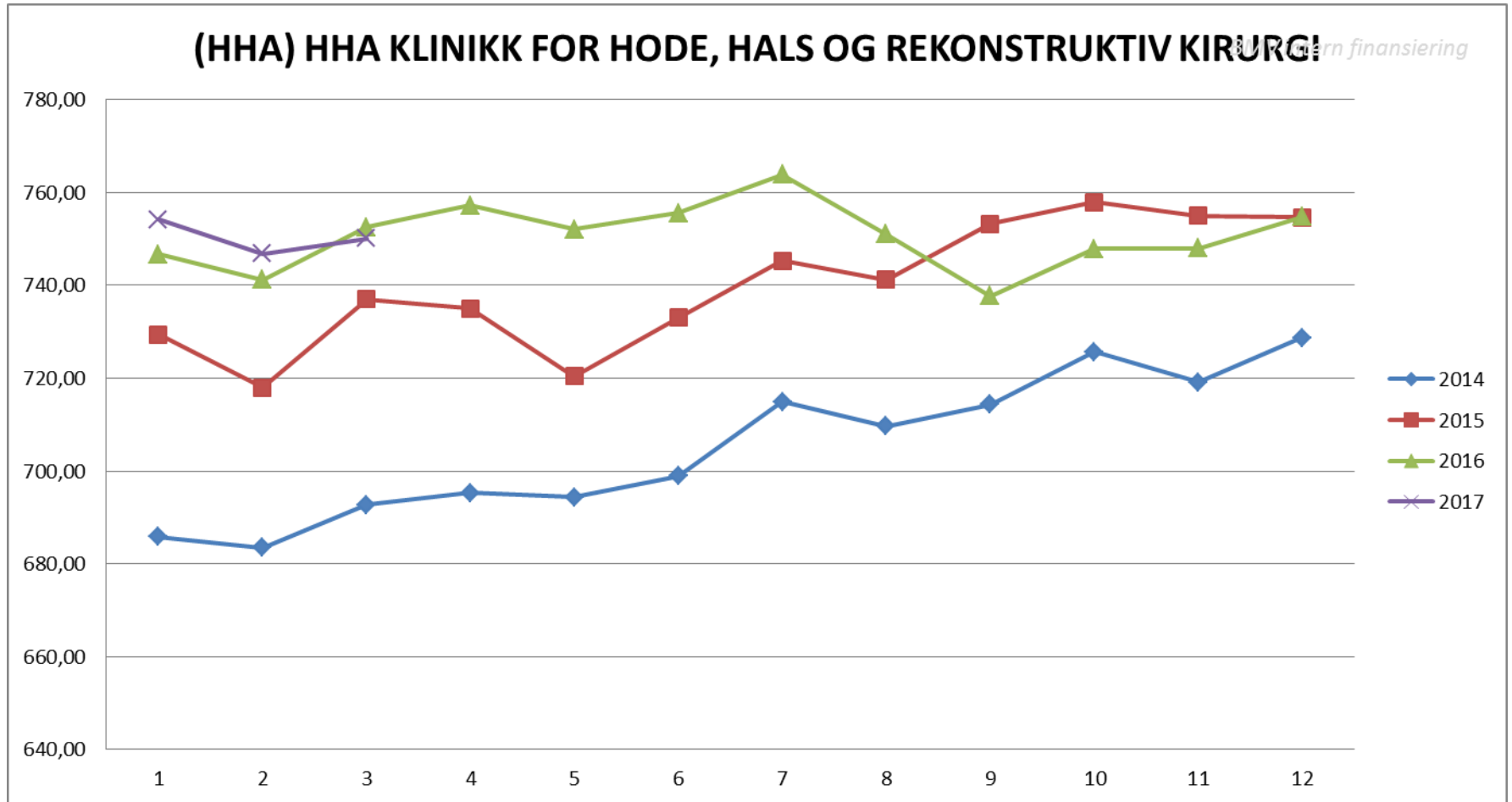
5.5 Bemanningsutvikling klinikk

(DST) DST DIREKTØRENS STAB

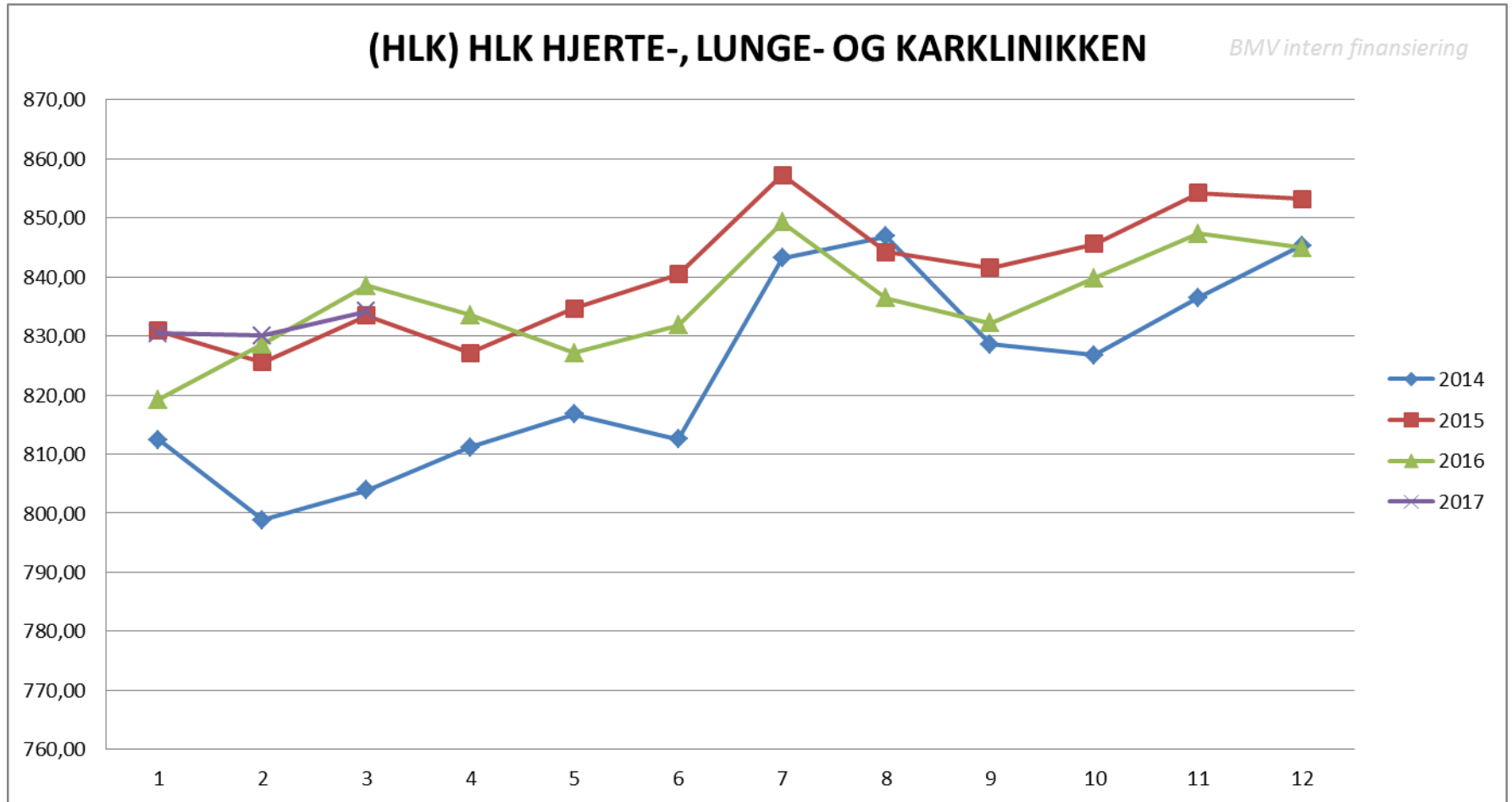
BMV intern finansiering



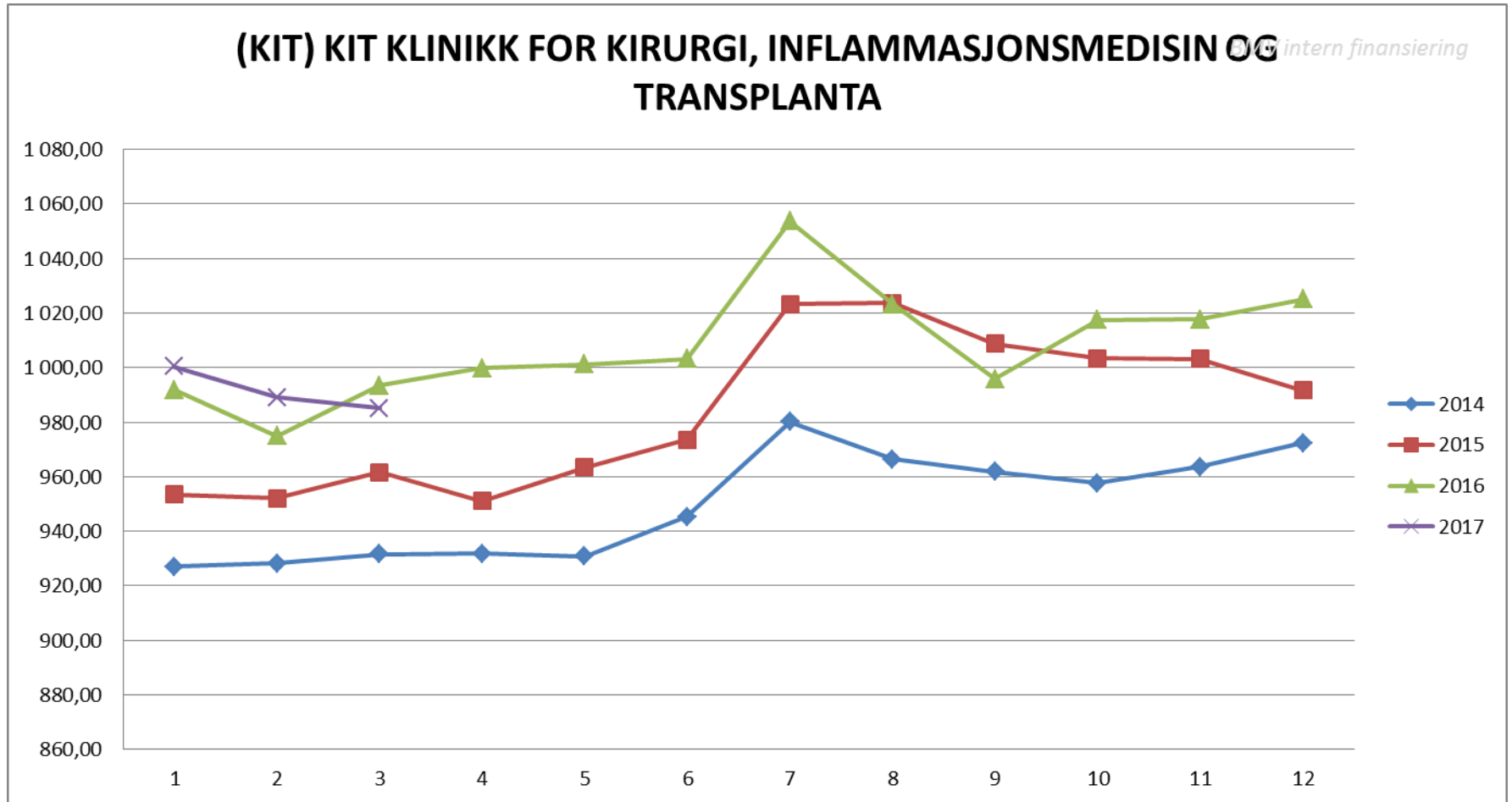
5.5 Bemanningsutvikling klinikk



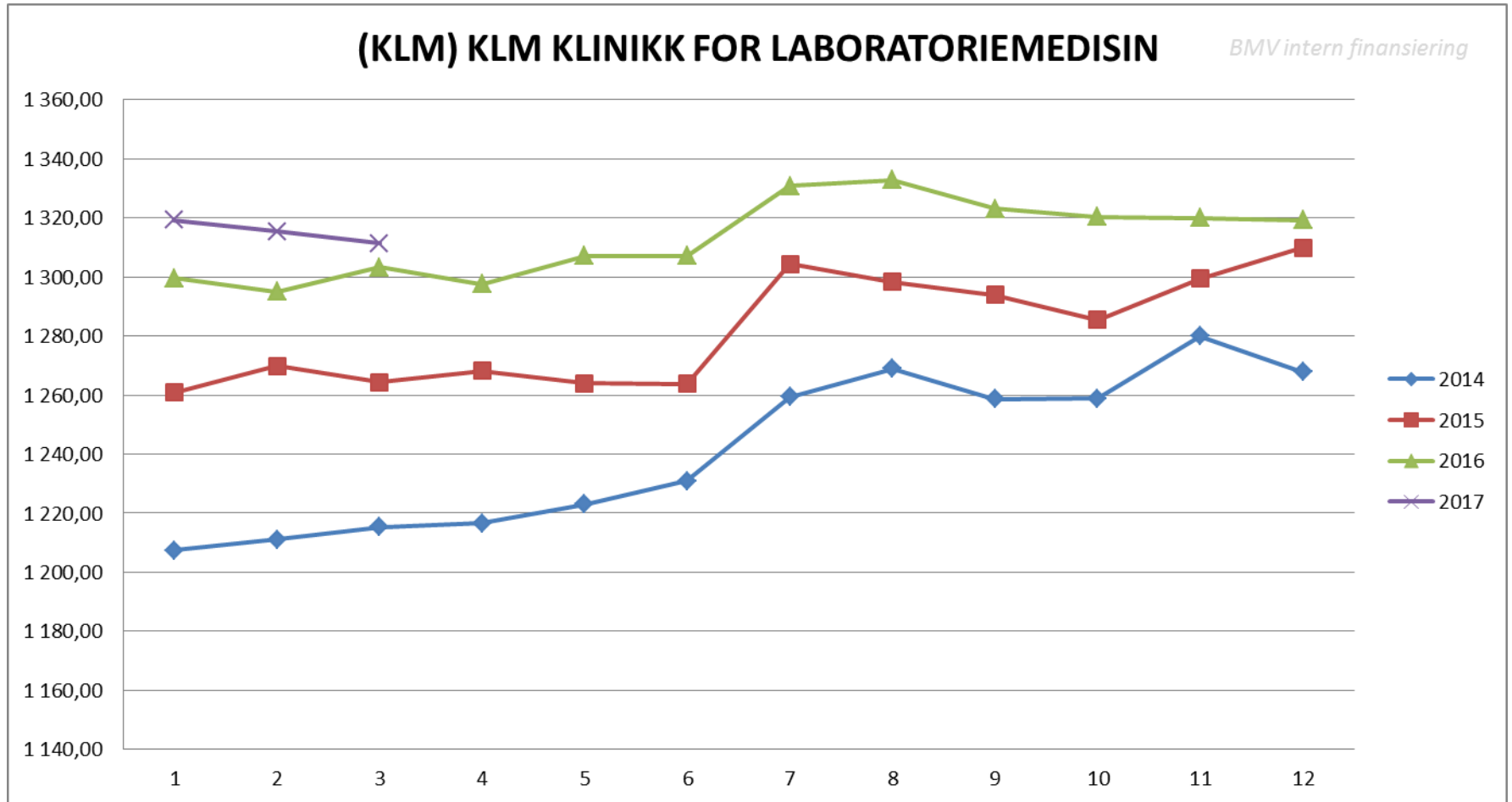
5.5 Bemanningsutvikling klinikk



5.5 Bemanningsutvikling klinikk



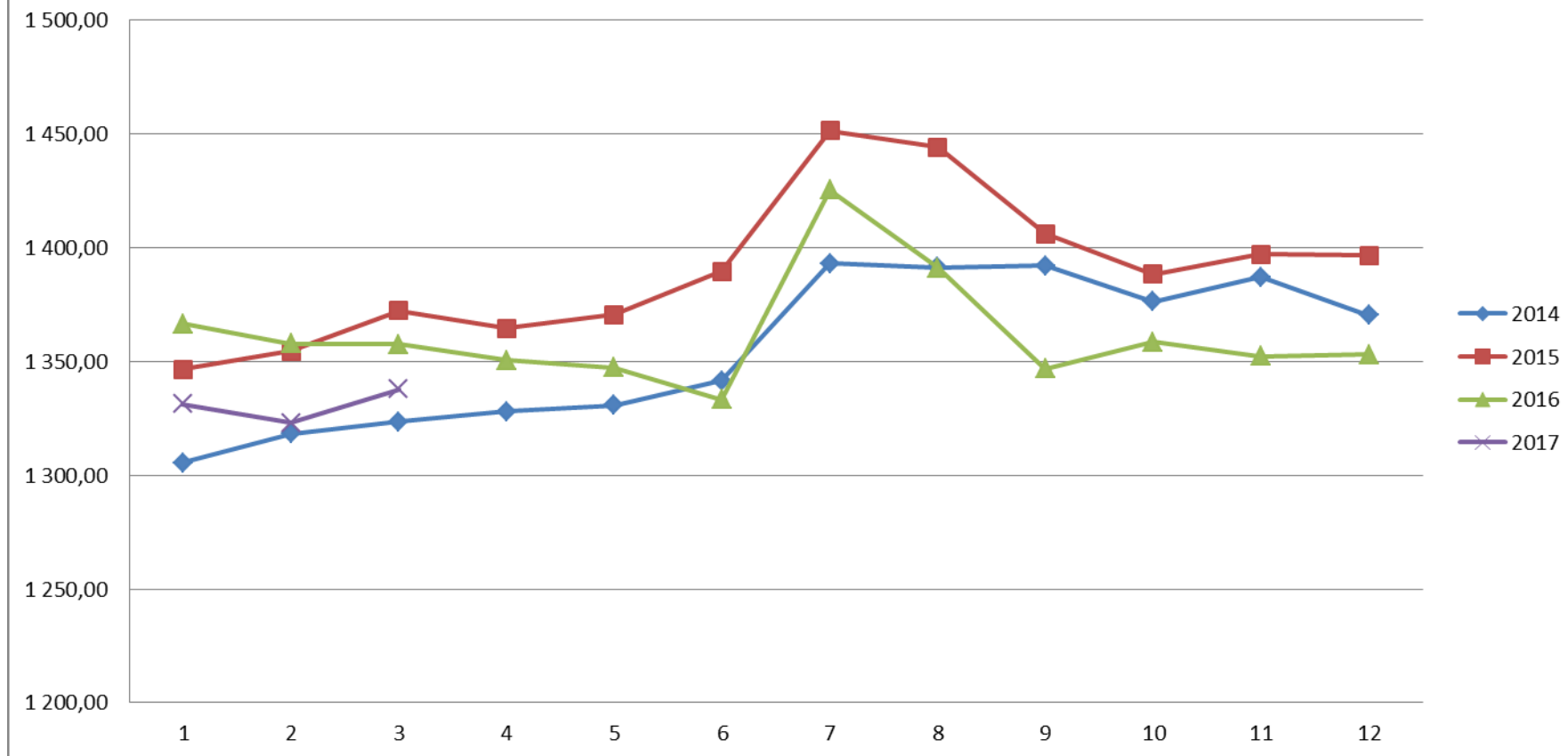
5.5 Bemanningsutvikling klinikk



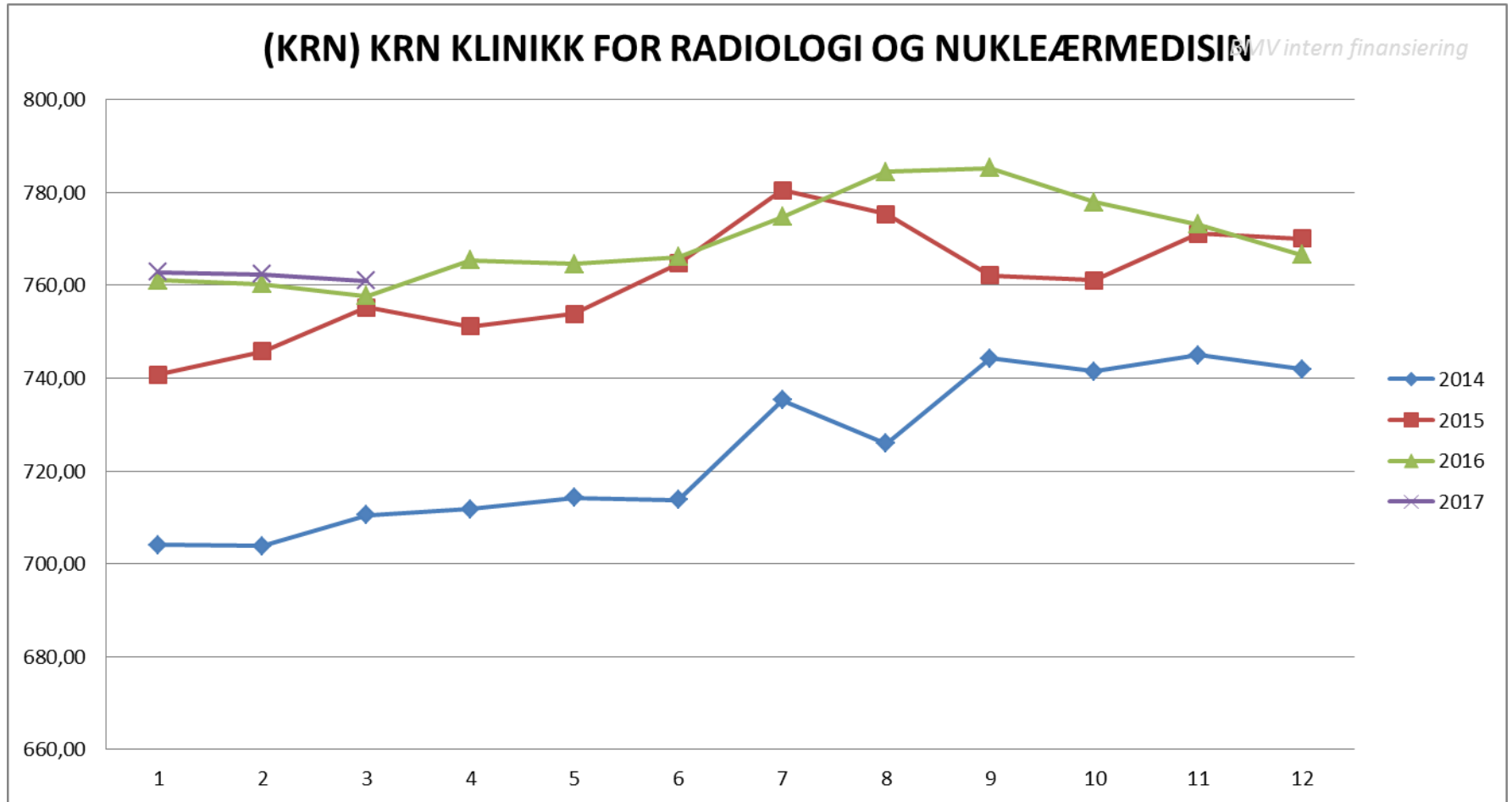
5.5 Bemanningsutvikling klinikk

(KRE) KRE KREFTKLINIKKEN

BMV intern finansiering



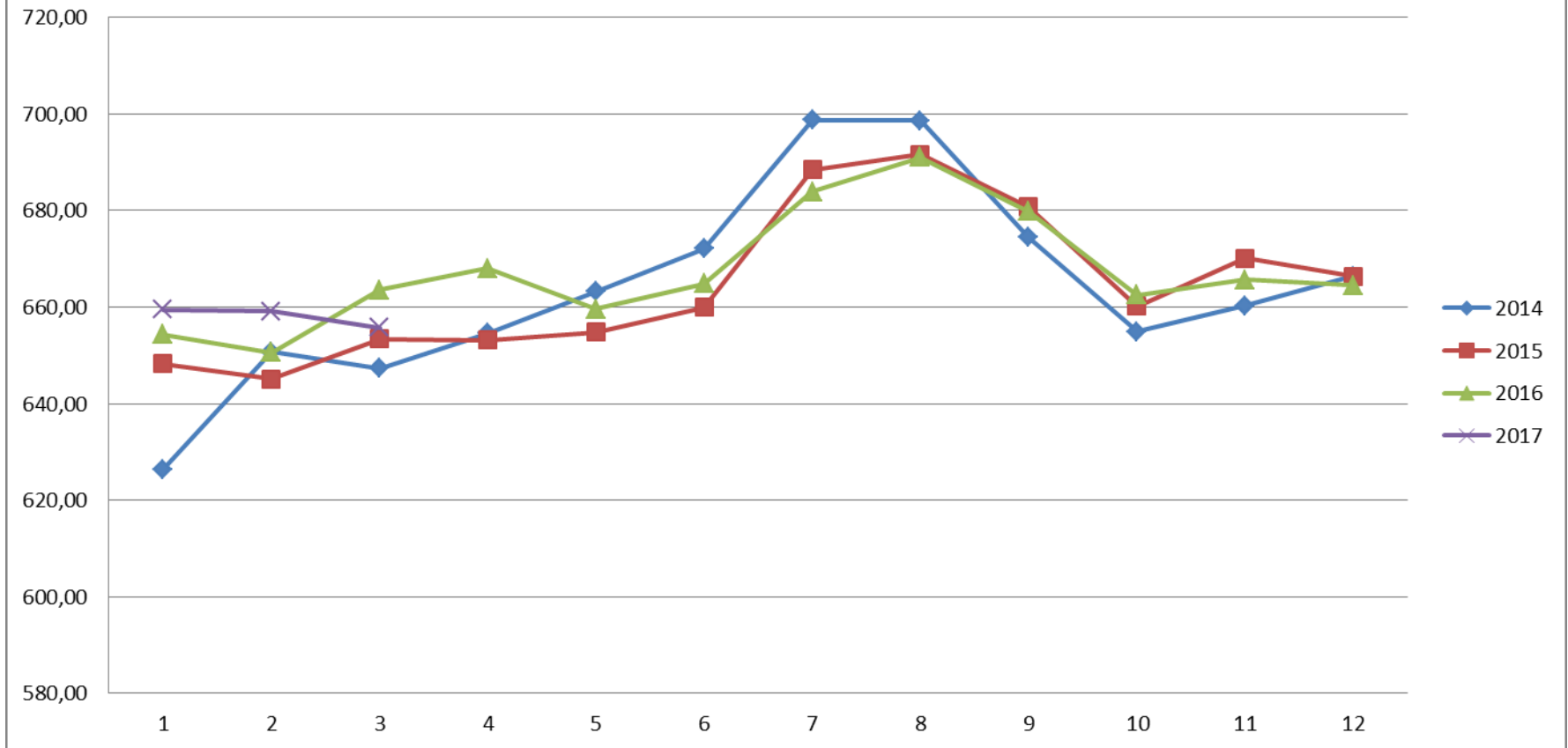
5.5 Bemanningsutvikling klinikk



5.5 Bemanningsutvikling klinikk

(KVI) KVI KVINNEKLINIKKEN

BMV intern finansiering



5.5 Bemanningsutvikling klinikk

(MED) MED MEDISINSK KLINIKK

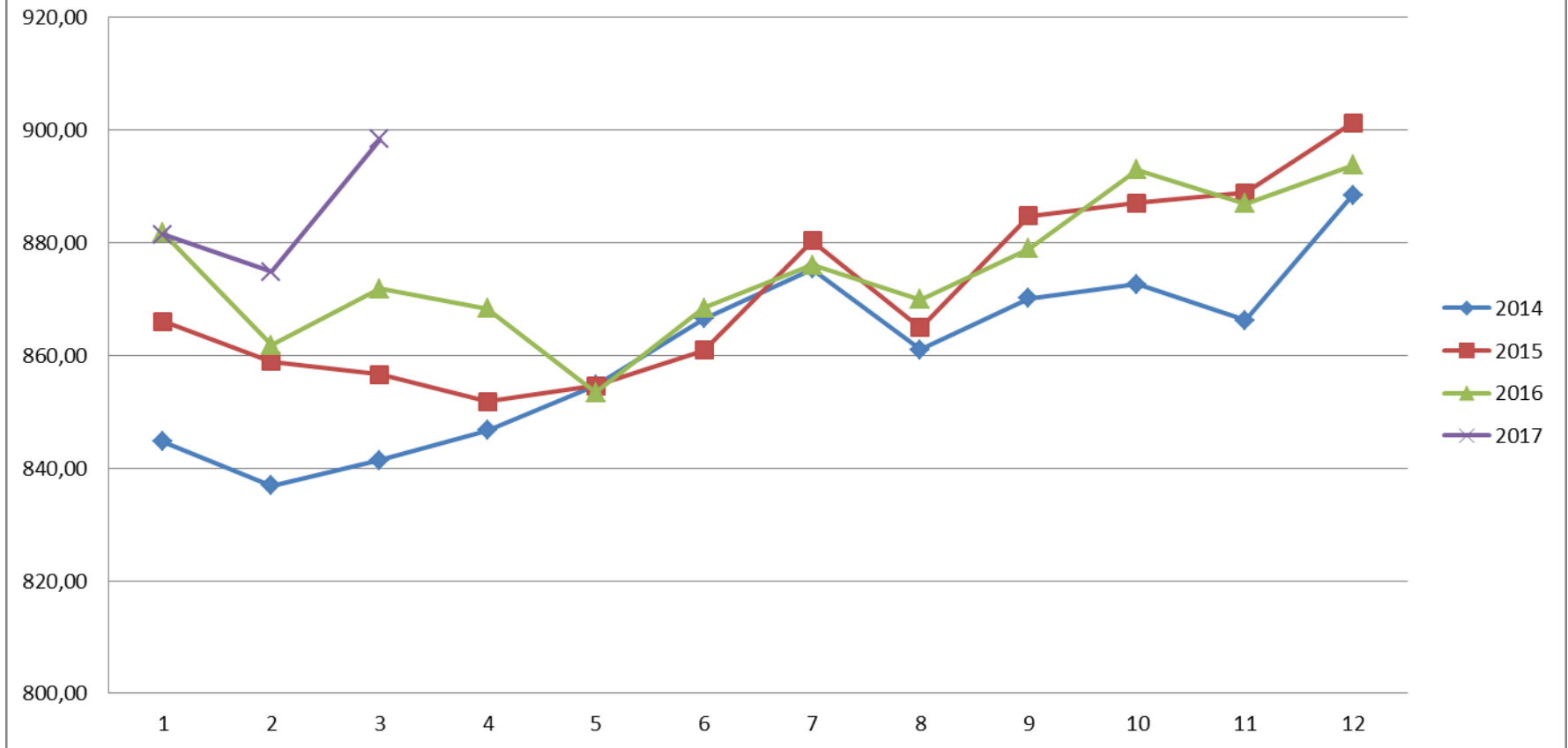
BMV intern finansiering



5.5 Bemanningsutvikling klinikk

(NVR) NVR NEVROKLINIKKEN

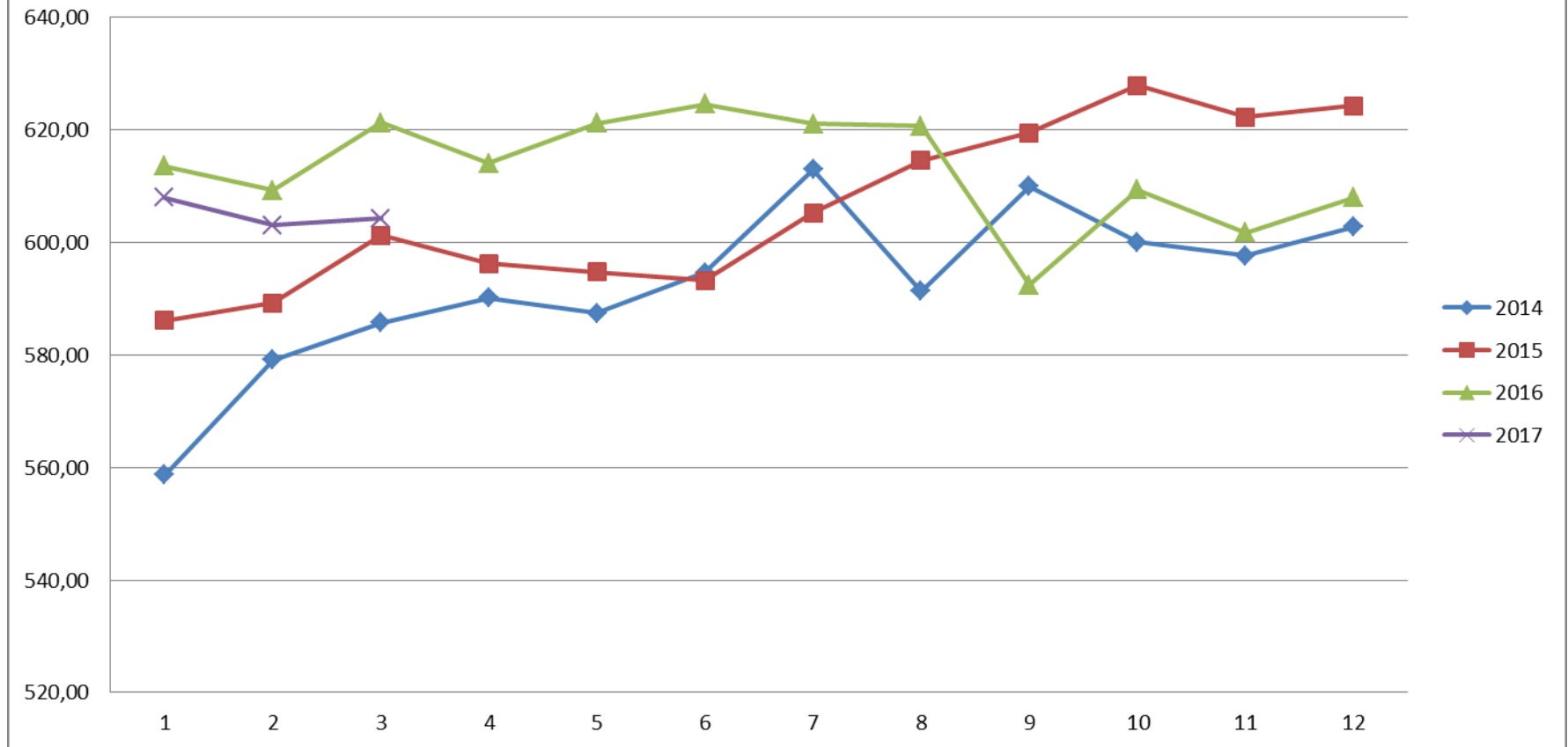
BMV intern finansiering



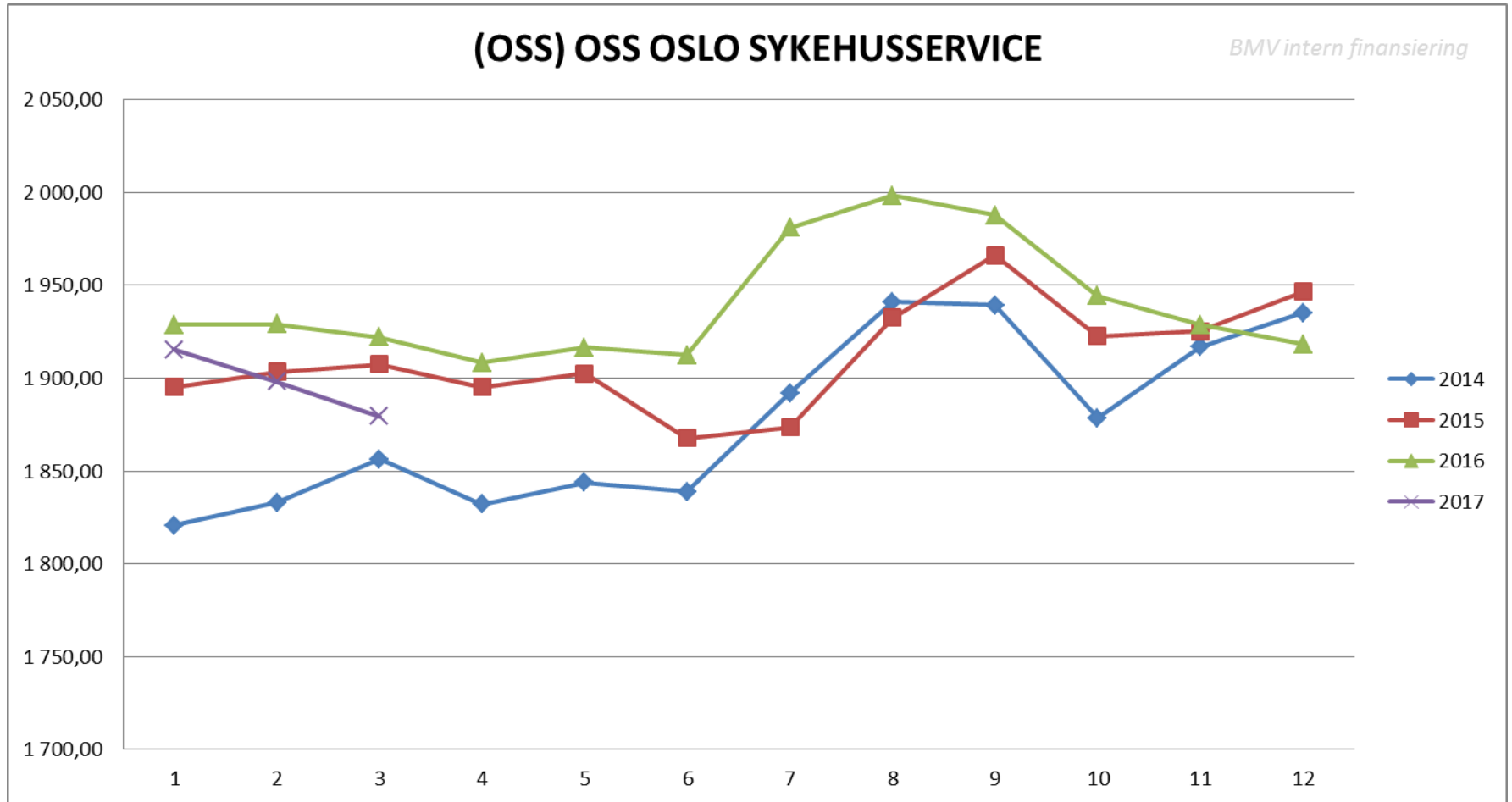
5.5 Bemanningsutvikling klinikk

(OPK) OPK ORTOPEDISK KLINIKK

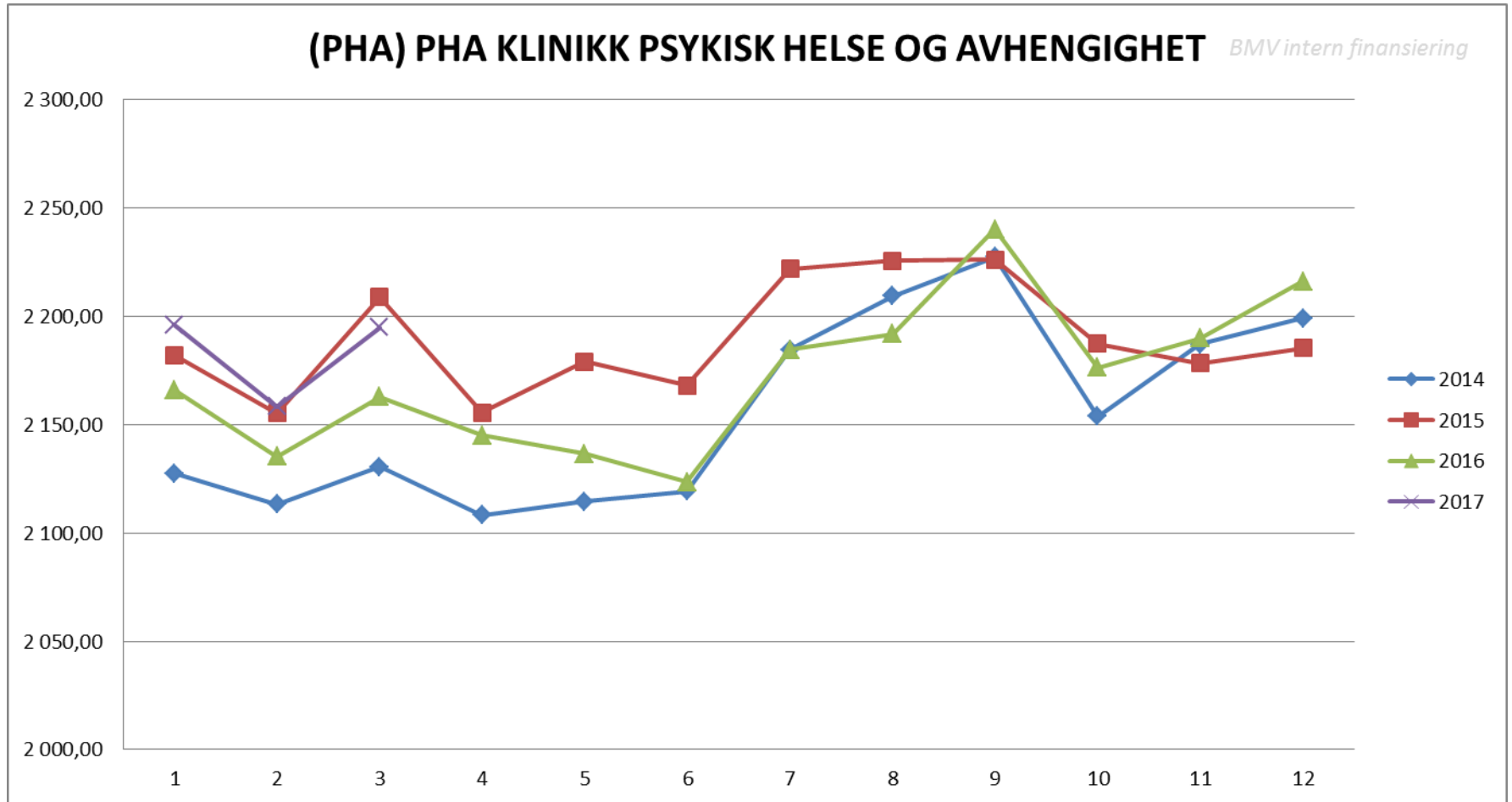
BMV intern finansiering



5.5 Bemanningsutvikling klinikk



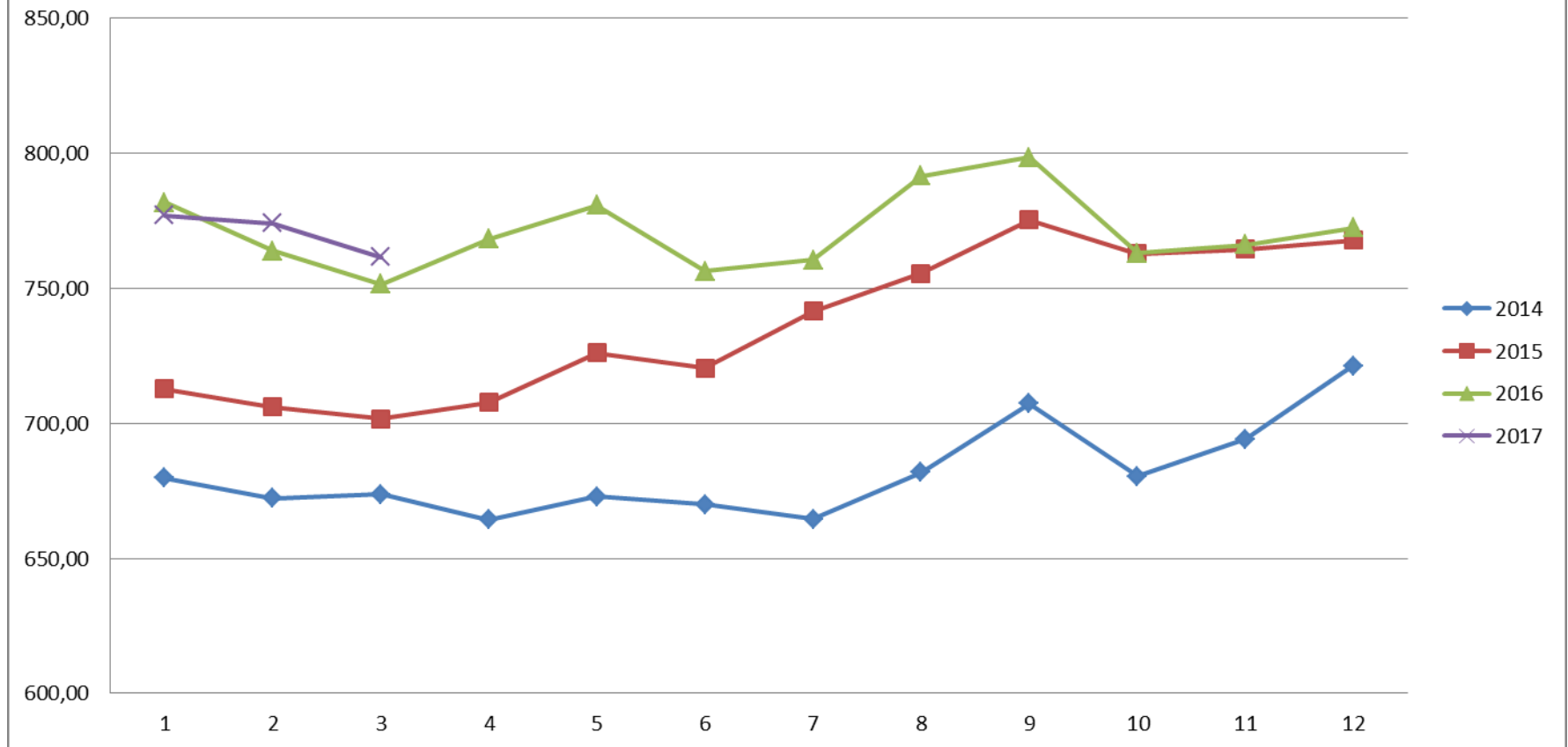
5.5 Bemanningsutvikling klinikk



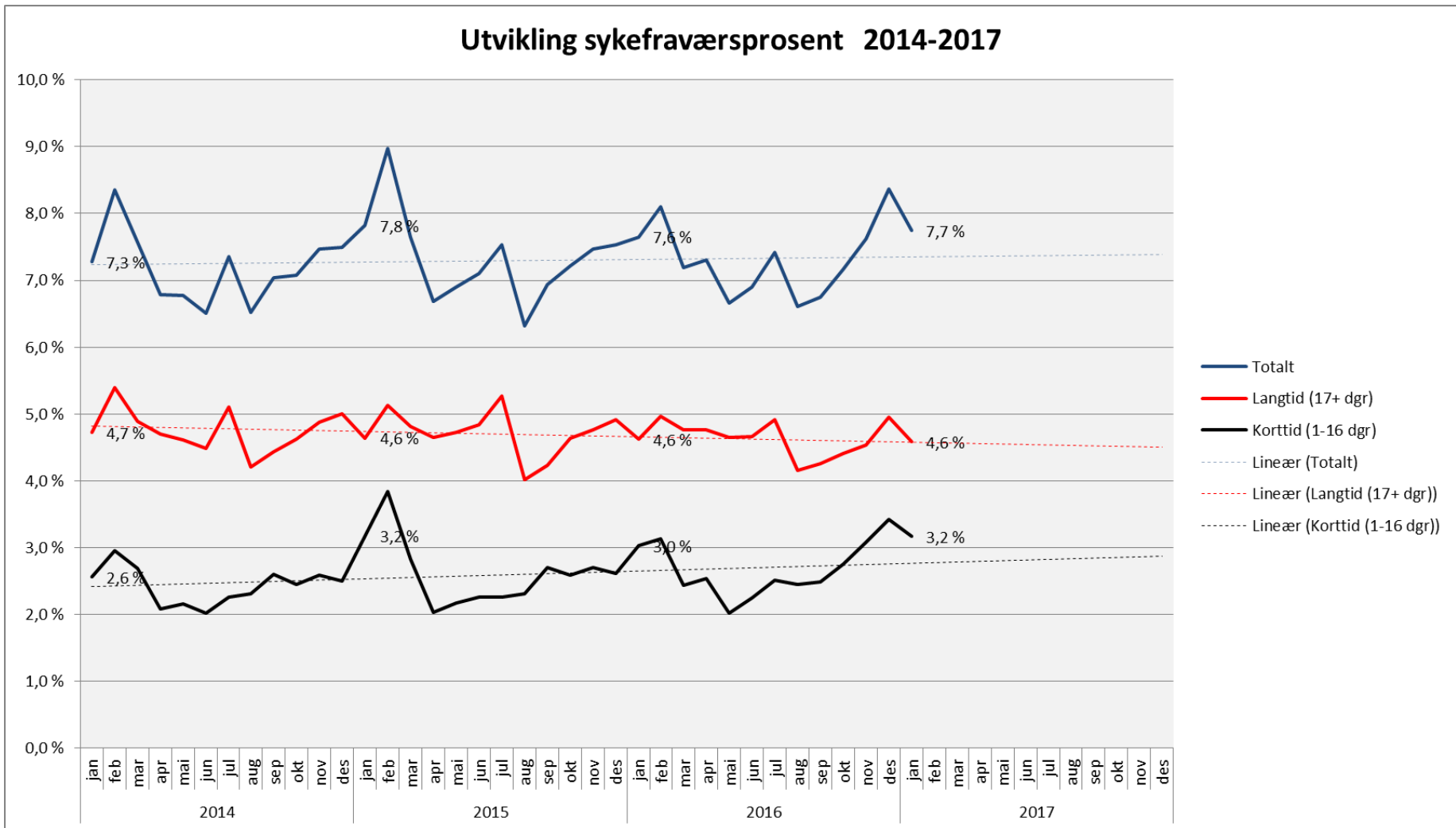
5.5 Bemanningsutvikling klinikk

(PRE) PRE PREHOSPITAL KLINIKK

BMV intern finansiering



5.6 Utvikling sykefravær



5.7 Sykefravær per klinikk

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

5.7 Sykefravær per klinikk

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

Definisjoner årsverksindikatorer

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

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 4. mai 2017

Saksbehandler: VAD fag, pasientsikkerhet og samhandling

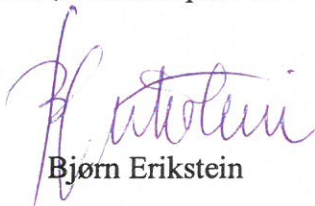
Vedlegg: Oversikt nasjonale kvalitetsindikatorer pr. mars 2017

**SAK 26/2017 KVALITETSINDIKATORER OG HÅNDTERING AV
UØNSKEDE HENDELSER**

FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 27. april 2017


Bjørn Erikstein

1 Sammendrag

I styremøtet 22. mars 2017 ba styret om en sak om kvalitetsindikatorer. Nedenfor orienteres styret om hvordan kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre følges opp og om arbeid med pasientsikkerhet med utgangspunkt i uønskede hendelser.

I Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015, dokument 3:2 (2016-2017) påpekes det i kapittel 2.2.2 at helseforetakenes styre i varierende grad er informert om uønskede pasientrelaterte hendelser. Styrene bør etterspørre og ta i bruk informasjon om uønskede hendelser i arbeidet med pasientsikkerhet. Styret skal sikre at meldekulturen blir satt på dagsorden, slik at helseforetakene lærer av hendelsene og forebygger at uønskede hendelser gjentar seg.

2 Kvalitetsindikatorer

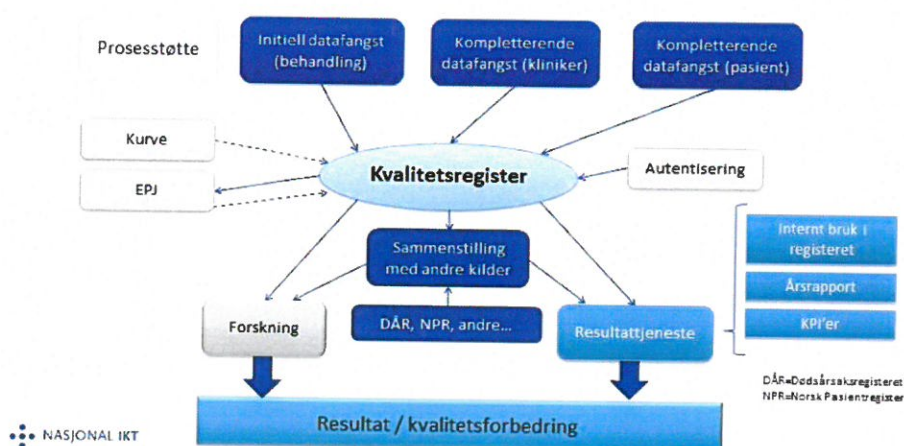
En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i en eller flere dimensjoner av kvalitet og kan for eksempel måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene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

Det er vanlig å dele indikatorene inn i tre typer:

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

Kvalitetsindikatorer utledes av ulike medisinske kvalitetsregistre, og det er derfor nødvendig å omtale enkelte forhold knyttet til kvalitetsregistre generelt.

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



Landets 52 nasjonale kvalitetsregistre driftes av regionssykehusene. Oslo universitetssykehus drifter 19 kvalitetsregistre. Åtte er tilknyttet Krefregistret. De 11 øvrige registrene i Oslo

universitetssykehus er knyttet til ulike klinikker. Nasjonale kvalitetsregistre og ulike oppsummeringer av data er gjort tilgjengelig på www.kvalitetsregistre.no.

Det er utfordrende å få samlet inn data til registrene fordi dette som oftest må foregå manuelt på omfattende skjemaer. Det gir seg utslag i lav dekningsgrad og følgelig lav datakvalitet i flere av de nasjonale kvalitetsregistrene. Da Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (SKDE) undersøkte bruk av data fra nasjonale kvalitetsregistre i 2011, fant de at 60 % i kliniske miljø oppgir at de mottar resultater, 27 % angir at de bruker resultatene til evaluering av klinisk virksomhet og 13 % oppgir at resultatene benyttes i styring. Gjennom utvikling av en ny datavarehusløsning vil datahøstingen framover bli betraktelig enklere.

2.1 Kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre – oppfølging i OUS

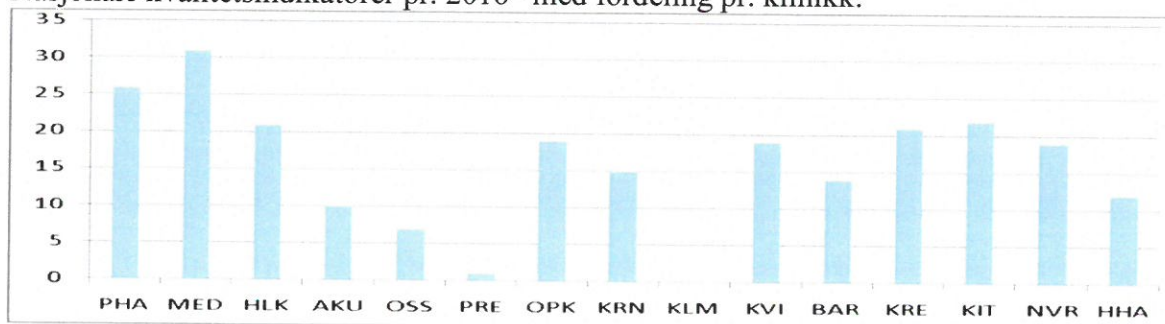
Oslo universitetssykehus startet i 2016 en systematisering i bruk og oppfølging av nasjonale kvalitetsindikatorer og nasjonale kvalitetsregistre i forbedringsarbeid knyttet til pasientbehandling. Klinikken har nå oversikter over hvilke nasjonale registre de forventes å delta i, og enkelte registre med svak dekningsgrad følges særskilt opp. I tillegg ble alle resultater fra kvalitetsindikatorene fulgt opp i ledelsens gjennomgang med eventuelle forbedringstiltak som formål. I ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016 ble klinikken bedt om å presentere eksempler fra sitt arbeid med bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer.

Oslo universitetssykehus gjennomførte videre to møter med Folkehelseinstituttet (tidligere Kunnskapssenteret) hvor resultatene 2016 i Oslo universitetssykehus ble presentert og diskutert. Oslo universitetssykehus har overveiende gode resultater å vise til, men i møtene ble det diskutert indikatorer der Oslo universitetssykehus synes å ha svakere resultater enn andre helseforetak. En utfordring i tolkningen av data er om pasientgrunnlagene er sammenlignbare, gitt at Oslo universitetssykehus har pasienter innenfor hoveddiagnosene med større alvorlighet og komorbiditet som for eksempel hoftebrudd i forbindelse med traume, slagpasienter til trombectomi, coiling etc. Det var enighet om behovet for mer spesifiserte analyser for et riktigere sammenligningsgrunnlag.

På den andre siden er indikatorer basert på NPR-data godt etablert og vil kunne brukes til å forstå utvikling internt i helseforetaket over tid selv om dataene er mindre egnet til benchmarking mot andre foretak.

Per 24. april 2017 er det 138 nasjonale kvalitetsindikatorer innen spesialisthelsetjenesten. Av disse er 35 indikatorer grunnlag for nasjonal kvalitetsbasert finansiering. Nasjonale kvalitetsindikatorer og sammenligning av helseforetakenes resultater er gjort tilgjengelig på www.helsenorge.no.

Nasjonale kvalitetsindikatorer pr. 2016– med fordeling pr. klinikk:



Klinikkens bruk av nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre ble fulgt opp i tertialmøter både 1. og 2. tertial 2016 ut fra behovet om systematisk styring ut fra faglige kriterier. Det er flere eksempler i foretaket på forbilledlig bruk av nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer. Det mottas som positivt at ledelsen setter faglige indikatorer tydeligere på

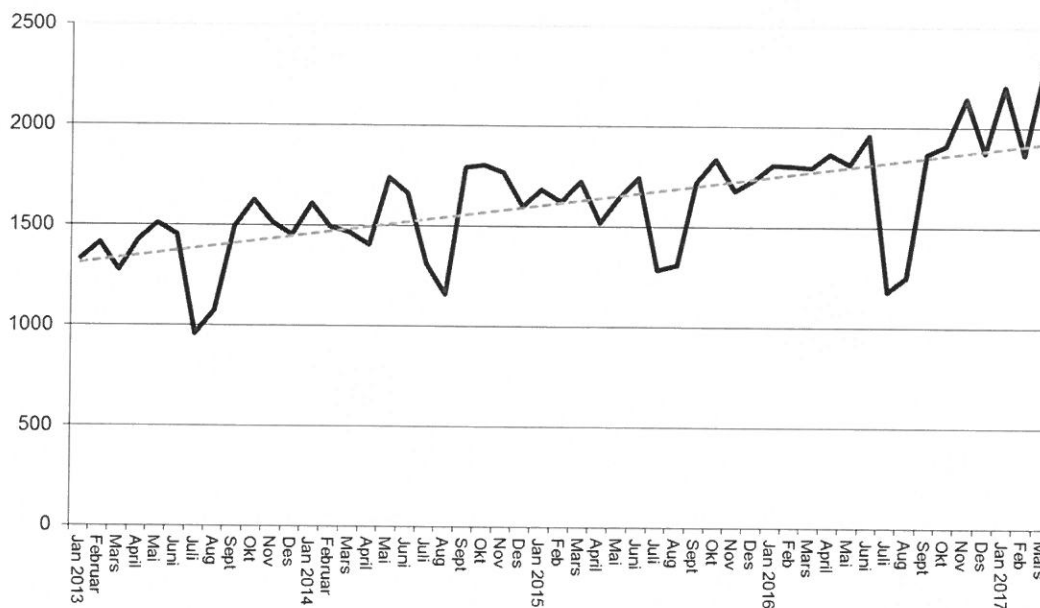
dagsorden i pasientsikkerhets- og kvalitetssammenheng. Klinikkerne vil bli fulgt videre opp på dette feltet i 2017 med spesiell vekt på indikatorer som gir kvalitetsbasert finansiering.

3 Uønskede hendelser

3.1 Meldekultur og systematisk læring

Krav til sikkerhet og trygghet i virksomhetsgjennomføringen følger av lover og forskrifter. Oslo universitetssykehus har sikkerhet og trygghet for pasienter og ansatte som viktige mål for virksomheten. Hendelser og risiko registreres systematisk og årsaker analyseres for å kunne gjøre forbedringer som skal forebygge tap eller skader. Oslo universitetssykehus kan vise en stadig bedre meldekultur der ansatte registrerer uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag som det kan læres av. Figuren nedenfor viser økningen i antallet månedlige registreringer.

**Uønskede hendelser og risikoforhold
i Achilles, alle typer**



Det utvikles stadig ny tiltak for å understøtte videre positiv utvikling av meldekultur og det systematiske forbedringsarbeidet basert på uønskede hendelser:

- Nye rapporter for ledere på klinikk, avdeling, seksjon og enhet som viser meldekultur pr. yrkesgruppe (sykepleiere, overleger, leger i spesialisering, bioingeniører osv.).
- Nye rapporter for ledelsens oppfølging av tiltakene i det kontinuerlige forbedringsarbeidet.
- Tydeliggjøring av effektevaluering av forbedringstiltak.
- Økt detaljering i rapporteringen fra Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalgene til klinikkens ledermøter og Sentralt kvalitetsutvalg.
- Økt tilgjengelighet av strukturerte metadata (rapporter) på tvers av avdelinger og klinikker.
- Utprøving av Det grønne korset – metode for daglig sikkerhetsfokus.
- Utvikling av bedre systemstøtte for årsaksanalyser i forbedringssystemet.
- Noe utvidet undervisning i lederprogrammet i bruk av forbedringssystemet Achilles, herunder årsaksanalyse med systemperspektiv.

- Utredning av økt deling av informasjon fra uønskede hendelser og brukertilbakemeldinger internt i avdelinger, uten å bryte personvernkrav eller true ansattes trygghet eller tilbøyelighet til å bruke forbedringssystemet.
- Utredning av mulighet for en knapp / lenke i Dips for raskere tilgang til Achilles.

3.2 Forbedringssystemet Achilles

Oslo universitetssykehus sitt elektroniske forbedringssystem Achilles, er inkorporert i foretakets portalsystem som også inneholder intranettet og forvaltningsløsningen for organisasjonsstruktur og lederroller.

Achilles er et helhetlig system som samler kilder til kunnskap om risiko og faktiske hendelser, oppsummerer analysene som gjøres og forbedringstiltakene som utvikles. Utviklingsarbeidet har brukervennlighet og tilrettelegging for kost-nytte effektiv saksbehandling som førende prinsipper. Følgende moduler inngår i systemet:

- Uønskede pasient- og/eller ansatthendelser med tilhørende forbedringsforslag
- Pasientklager og Norsk pasientskader erstatningssaker
- 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



3.3 Uønskede hendelser / forbedringsforslag

Medarbeidere i foretaket registrerer i stadig økende omfang uønskede hendelser, risikoforhold og forbedringsforslag. Sakene som meldes behandles først av melderens nærmeste leder. En rekke meldeplikter håndteres direkte i skjemaene, ved at de dynamisk tilpasser seg innholdet. Slik oppnås en «En vei inn»-effekt på meldepliktene som er spredt på flere myndighetsorganer og meldeveier. Avhengig av hva sakene handler om og alvorlighetsgrad går en stor andel av sakene også til videre saksbehandling på høyere ledernivå eller i annen avdeling. De pasienthendelsene som omhandler forhold som kunne ført til betydelig konsekvens blir til slutt behandlet i klinikkens Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. Disse utvalgene er tverrfaglig sammensatt av representanter som skal gjenspeile klinikkens risikoprofil. Forbedringstiltak som besluttet av involverte ledere, skal dokumenteres i skjemaet slik at de kan leses av de involverte, følges opp over tid og evalueres.

3.4 Daglig sikkerhetsfokus

Inneværende år har Oslo universitetssykehus startet med implementering av en metode for daglig sikkerhetsstyring kalt «det grønne korset». Metodens navn kommer av at kalenderdagene i måneden er formet som i et kors og at 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 som bl.a. i sengeposter, poliklinikk, operasjonsstuer, venterom, ambulanser, kjøkken, laboratorier etc. Alvorlighetsgraden avgjør fargeangivelsen 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 behandlet inn i forbedringssystemet Achilles som beskrevet over.

Det grønne korset – Pasientsikkerhet hver dag

| | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | | |
| | | 3 | 4 | | |
| | | 5 | 6 | | |
| 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| | | 25 | 26 | | |
| | | 27 | 28 | | |
| | | 29 | 30 | 31 | |

Hva skal registreres i Achilles:

- Uønskede hendelser med konsekvens
- Risiko som kan føre til konsekvens
- Komplikasjoner som overvåkes
- Viktige forbedringsforslag

Fargelegg hver dag:

- Betydelig skade
- Hendelse med konsekvens
- Nesten-hendelse / risiko
- Ingen uønsket hendelse

Etter uønsket hendelse med konsekvens:

- Utføre medisinske strakstiltak
- Informere pasienten, beklage
- Informere om pasientens rettigheter
- Invitere pasienten til delaktighet
- Dokumentere i Dips / journal
- Registrere forbedrings sak i Achilles

Videre arbeid:

- Tas opp i forbedringsmøte uke / mnd
- Analyser årsaker i fellesskap
- Finne forbedringstiltak

3.5 Indikator for meldekultur?

Oslo universitetssykehus startet i 2016 å følge opp klinikkene på erstatningssaker fra Norsk pasientskadeerstatning som har gitt pasientene medhold, og om disse på skadetidspunktet var meldt i foretakets forbedringssystem Achilles. Vi oppdaget dessverre flere saker hvor dette ikke var tilfelle. Det vurderes om en slik sammenstilling med noen forbehold kan benyttes som intern indikator på meldekultur i helseforetaket.

4. Rapportering i forbindelse med kvalitetsindikatorer og uønskede hendelser

Kvalitetsresultater fra virksomheten presenteres for styret i hvert styremøte. Etter hvert tertial er det en utvidet rapportering av kvalitetsindikatorer og -resultater. I tillegg har administrerende direktør etter avslutning av tertiale en gjennomgang med hver klinikk. I møtene er styring og status måloppnåelse på utvalgte deler av handlingsplaner og oppdragsdokumentet – herunder blant annet forløpstid i pakkeforløp, forekomst av uønskede hendelser, sykehusinfeksjoner, bruk av pasienttilbakemeldinger, bruk av nasjonale kvalitetsregistre og indikatorer, oppfølging etter revisjoner, pasient- og pårørendeopplæring, avvikshåndtering, forbedringsarbeid i klinikken, forskning, innovasjon og utdanning. Resultatene presenteres for styret i en utvidet tertialrapportering og oppsummeringen fra oppfølgingsmøtene presenteres for styret i egen sak «Ledelsens gjennomgang».

Publisering av nasjonale kvalitetsindikatorer pr. 24.april 2017

Helsedirektoratet publiserte 9 nye kvalitetsindikatorer 24.november 2016 og oppdaterte resultater på 91 eksisterende kvalitetsindikatorer.

De 9 nye er:

Hjerte og karsykdommer

| | |
|----------------|--|
| Somatisk helse | Pasienter som har fått vurdert/testet svelgfunksjon etter hjerneslag |
| Somatisk helse | Pasienter som har fått blodtrykksbehandling etter hjerneslag |
| Somatisk helse | Pasienter med hjerneinfarkt ≤ 80 år utskrevet med statiner/lipidsenkende behandling |

Fødsel

| | |
|----------------|----------------------------|
| Somatisk helse | Igangsetting av fødsel |
| Somatisk helse | Restimulering under fødsel |

Diabetes - barn

| | |
|----------------|---|
| Somatisk helse | Barnediabetes - akutte komplikasjoner |
| Somatisk helse | Barnediabetes - blodsukkerkontroll |
| Somatisk helse | Barnediabetes - nyrefunksjon |
| Somatisk helse | Barnediabetes - vurdering av risiko for senkomplikasjoner |

Eksisterende nasjonale kvalitetsindikatorer

Somatisk helse - sykehusoppholdet

| | |
|----------------|--|
| Somatisk helse | Epikrisetid ved utskriving fra somatisk helsetjeneste |
| Somatisk helse | Korridorpasienter |
| Somatisk helse | Strykninger av planlagte operasjoner |
| Somatisk helse | Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i somatisk helse |
| Somatisk helse | Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i somatisk helse |
| Somatisk helse | Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helse |
| Somatisk helse | Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i somatisk helse |
| Somatisk helse | Prevalens av sykehusinfeksjoner |
| Somatisk helse | Pasienterfaringer med somatiske sykehus |
| Somatisk helse | Individuell plan for barnehabilitering |

Somatisk helse - behandling

| | |
|----------------|---|
| Somatisk helse | Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen |
| Somatisk helse | Trombolysebehandling av hjerneinfarkt innen 40 minutter |
| Somatisk helse | Antitrombotisk behandling etter hjerneinfarkt |
| Somatisk helse | Behandlet i slagenhet etter akutt hjerneslag |
| Somatisk helse | Blodfortynnende behandling etter hjerneinfarkt hos pasienter med atrieflimmer |
| Somatisk helse | Invasiv utredning ved hjerteinfarkt uten ST-elevasjon i EKG |
| Somatisk helse | Preoperativ liggetid ved hoftebrudd (operert innen 24t og 48t) |
| Somatisk helse | Underekstremitetsamputasjoner blant pasienter med diabetes |

Somatisk helse - reinnleggelser

| | |
|----------------|---|
| Somatisk helse | Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskriving |
| Somatisk helse | Reinnleggelse astma eller kols |
| Somatisk helse | Reinnleggelse brudd |
| Somatisk helse | Reinnleggelse hjerneslag |
| Somatisk helse | Reinnleggelse hjertesvikt |
| Somatisk helse | Reinnleggelse lungebetennelse |

Somatisk helse infeksjoner

| | |
|----------------|--|
| Somatisk helse | Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter gjennomført aortakoronar bypass kirurgi |
| Somatisk helse | Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter innsetting av totalprotese (hofte) |
| Somatisk helse | Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter innsetting av hemiprotese (hofte) |
| Somatisk helse | Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi) |
| Somatisk helse | Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter utført keisersnitt |
| Somatisk helse | Postoperative infeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi) |
| Somatisk helse | Postoperative infeksjoner etter gjennomført aortakoronar bypass kirurgi |
| Somatisk helse | Postoperative infeksjoner etter innsetting av totalprotese (hofte) |
| Somatisk helse | Postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt |
| Somatisk helse | Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter aortakoronar bypass |
| Somatisk helse | Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter fjerning av galleblære |
| Somatisk helse | Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter innsetting av hemiprotese i hofte |
| Somatisk helse | Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter innsetting av totalprotese i hofte |
| Somatisk helse | Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter koloninngrep |
| Somatisk helse | Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter utført keisersnitt |

Forekomst av antibiotikabehandling

| | |
|----------------|--|
| Somatisk helse | Antibiotikabehandling ved luftveisinfeksjon hos barn mellom 0-9 år |
| Somatisk helse | Antibiotikabehandling ved luftveisinfeksjon hos befolkningen mellom 10-79 år |
| Somatisk helse | Antibiotikabehandling ved urinveisinfeksjoner hos kvinner mellom 20-79 år |
| Somatisk helse | Forekomst av antibiotikabehandling |

Somatisk helse fødsler og nyfødte

| | |
|----------------|---|
| Somatisk helse | Brukererfaringer med fødsel og barsel |
| Somatisk helse | Fødsler uten større inngrep og komplikasjoner |

| | |
|----------------|--|
| Somatisk helse | Fødselsrifter forekomst grad 3-4 |
| Somatisk helse | Andel fødsler ved keisersnitt |
| Somatisk helse | Andel førstegangs fødende og keisersnitt |
| Somatisk helse | Tilstand hos nyfødte |
| Somatisk helse | Antall dødfødte barn per 1000 fødte barn |
| Somatisk helse | Dødelighet i nyfødtperioden |

Somatisk helse og kreft

| | |
|----------------|---|
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for brystkreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for lungekreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid |

| | |
|----------------|--|
| Somatisk helse | Gjennomføring av pakkeforløp for 9 spesifikke kreftformer innført 01.05.2015 |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for hode-halskreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for nyrekreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for blærekreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for testikkelkreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for eggstokkreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for livmorhalskreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for livmorkreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for lymfom innen maksimal anbefalt forløpstid |

| | |
|----------------|--|
| Somatisk helse | Gjennomføring av pakkeforløp for 13 organspesifikke kreftformer innført 01.09.2015 |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft hos barn innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for akutt leukemi innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for kronisk lymfatisk leukemi innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for myelomatose innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for sarkom innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for føflekkreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for hjernekreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for neuroendokrine svulster innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft i skjoldbruskkjertelen innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for primær leverkreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for gallegekreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft innen maksimal anbefalt forløpstid |
| Somatisk helse | Gjennomføring av Pakkeforløp for peniskreft innen maksimal anbefalt forløpstid |

| | |
|----------------|---|
| Somatisk helse | Nye kreftpasienter i Pakkeforløp for kreft |
| Somatisk helse | Nye kreftpasienter i Pakkeforløp for 4 spesifikke kreftformer innført 01.01.2015 |
| Somatisk helse | Nye kreftpasienter i Pakkeforløp for 9 spesifikke kreftformer innført 01.05.2015 |
| Somatisk helse | Nye kreftpasienter i Pakkeforløp for 11 spesifikke kreftformer innført 01.09.2015 |
| Somatisk helse | Nye kreftpasienter i Pakkeforløp for 24 kreftformer |
| Somatisk helse | Gjennomføring av pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer |

Somatisk helse - overlevelse

| | |
|----------------|--|
| Somatisk helse | 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse uansett årsak |
| Somatisk helse | 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerneslag |
| Somatisk helse | 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerteinfarkt |
| Somatisk helse | 30-dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hoftebrudd |
| Somatisk helse | 5 års overlevelse etter brystkreft |
| Somatisk helse | 5 års overlevelse etter endetarmskreft |
| Somatisk helse | 5 års overlevelse etter lungekreft |
| Somatisk helse | 5 års overlevelse etter prostatakreft |
| Somatisk helse | 5 års overlevelse etter tykktarmskreft |

Akuttmedisinske tjenester

| | |
|--|--|
| Akuttmedisinke tjenester utenfor sykehus | Hjerte-lunge-redning startet før ambulansen kommer frem til en hjerrestans |
| Akuttmedisinke tjenester utenfor sykehus | Tid fra 113 oppringning til ambulans er på hendelsessted |
| Akuttmedisinke tjenester utenfor sykehus | Svartid medisinsk nødnummer 113 |
| Akuttmedisinke tjenester utenfor sykehus | Vellykket gjenopplivning etter hjerrestans |

Psykisk helsevern barn og unge (PHBU)

| | |
|------|--|
| PHBU | Barne- og ungdomsgarantien, andel startet helsehjelp innen 65 dager |
| PHBU | Barne- og ungdomsgarantien, andel vurdert innen 10 dager |
| PHBU | Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHBU |
| PHBU | Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i PHBU |
| PHBU | Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHBU |
| PHBU | Registrering av hovedtilstand, psykisk helsevern barn og unge |

Psykisk helsevern for voksne (PHV)

| | |
|-----|--|
| PHV | Andel tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne |
| PHV | Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i PHV |
| PHV | Dokumentert henvisningsformalitet i henvisning til psykisk helsevern for voksne |
| PHV | Epikrisetid ved utskrivning fra døgntil behandling i PHV |
| PHV | Fristbrudd for pasienter som har påbegynt behandling i PHV |
| PHV | Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i PHV |
| PHV | Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHV |
| PHV | Individuell plan for pasienter med diagnose schizofreni i psykisk helsevern for voksne |
| PHV | Registrering av hovedtilstand, psykisk helsevern voksen |
| PHV | Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne |
| PHV | Fastlegers vurdering distriktpsykiatriske sentre |

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB)

| | |
|---------------|---|
| Rusbehandling | Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i TSB |
| Rusbehandling | Epikrisetid ved utskrivning fra døgntil behandling i TSB |
| Rusbehandling | Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i TSB |
| Rusbehandling | Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i TSB |
| Rusbehandling | Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i TSB |
| Rusbehandling | Pasienterfaringer fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling |
| Rusbehandling | Registrering av hovedtilstand (hoveddiagnose) innen TSB |

Ventetider

| | |
|----------------|--|
| Somatisk helse | Oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no (fysisk helse) |
| PHBU | Oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no (psykisk helse, barn og unge) |
| PHV | Oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no (psykisk helse, voksne) |
| Rusbehandling | Oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no (psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling) |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 4. mai 2017

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

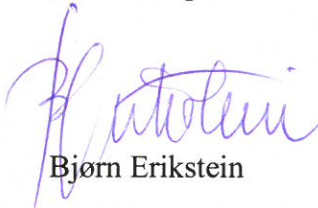
Vedlegg: HMS årsrapport 2016, eget vedlegg

**SAK 27/2017 ÅRSRAPPORT OM HELSE, MILJØ OG
SIKKERHET 2016**

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om HMS årsrapport 2016 til orientering.

Oslo, den 27. april 2017



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Hovedmålet for helseforetakets systematiske HMS arbeid er et forsvarlig og godt arbeidsmiljø for alle. Arbeidsmiljøet skal kjennetegnes av trivsel med jobb og med kolleger, av medvirkning, bruk og utvikling av kompetanse, inkludering, åpenhet og respekt.

Tidligere år har helseforetaket utarbeidet en Arbeidsmiljø årsrapport som beskrev og oppsummerte klinikkens arbeid med og vurdering av eget arbeidsmiljø. I år fremlegges HMS årsrapport 2016 som er et resultat av en ny rapporteringsprosess som omfatter hele foretaket. Hensikten med ny rapporteringsprosess er økt brukervennlighet, et bredere vurderingsområde, samt et tettere samarbeid mellom klinikk og foretakets Arbeidsmiljøavdeling under selve vurderingen. Alle helseforetakets HMS faginstanser har vært involvert og ansvarlig for egne områder. Nytt er også at klinikkene har mottatt et sett med tallfestede vurderingsindikatorer for egen klinikk innen alle HMS områder. Dette faktabaserte grunnlaget har dannet utgangspunkt for å lage klinikkens årsrapport.

Resultatene fra de enkelte klinikkens HMS årsrapport viser noe endring i vektlagte områder sammenlignet med fjoråret. Endringen skyldes sannsynligvis klinikkens bruk av faktabaserte vurderingsindikatorer, i motsetning til forhenværende år, hvor skjønn eller ulike tallbaserte kilder ble lagt til grunn.

På enkelte områder, som det psykososiale, og deler av området systematisk HMS arbeid (meldekultur og HMS runder) kan man vurdere status sammenlignet med fjoråret fordi målemetodene er de samme eller tilnærmet like. Andre områder er nye i den utvidete rapporten, eller måles med nye indikatorer. Det er således vanskelig å si noe om endringer i overordnet HMS status sammenlignet med fjoråret. Dette vil være mulig etter 2017.

Oslo universitetssykehus har følgende primære satsningsområder innen HMS området i 2017:

- Systematisk HMS arbeid
- Synergier mellom HMS, kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid
- Grønn kjemi – regionalt samarbeid om trygg kjemikaliehåndtering
- Ytringsklima og kulturbygging
- Forebygging av muskel – og skjelett plager
- Vold og trusler

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende er Oslo universitetssykehus hovedoppgaver. For at medarbeidere i Oslo universitetssykehus skal kunne utføre dette arbeidet er det viktig at de er sikret mot fysiske og psykiske skader, og at de har en arbeidssituasjon som er helsefremmende, og som oppleves meningsfylt. Oslo universitetssykehus skal være en arbeidsplass der medarbeiderne trives, og som det er grunn til å være stolt av.

Kvalitet i pasientbehandlingen er en viktig motivasjonsfaktor for travle helsearbeidere. Samtidig er et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt en av forutsetningene for god pasientbehandling. Det er samspillet mellom mennesker og omgivelser som skaper arbeidsmiljøet. Helseforetaket som arbeidsgiver har ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø i samarbeid med medarbeiderne. Året 2016 har vært preget av økt oppmerksomhet om de gjensidige avhengighetene mellom HMS og pasientsikkerhet. For å gi den beste pasientbehandlingen kreves et godt arbeidsmiljø. Dette har helseforetaket tatt på alvor ved å nedsette en arbeidsgruppe med oppgave å finne synergier og beste resultatoppgjør i krysningspunktet mellom pasientsikkerhet, kvalitet og HMS. Arbeidsgruppens anbefalinger og rapport ble klare i mars 2017 og vil være gjenstand for ledelsens vurdering av mulige større og mindre tiltak og endringer gjennomgripende for hele sykehuset.

Ny samarbeidsprosess mellom alle HMS-faginstanser, mellom Arbeidsmiljøavdelingen og klinikkene, og med faktabaserte vurderingskriterier i klinikkene ser ut til å ha vært vellykket. Deltagelse i HMS runder, utarbeidelse av HMS handlingsplan og gjennomført prosess med HMS årsrapport viser bedring innen både deltagelse og innhold.

Rapporten viser at helseforetakets største fysiske arbeidsmiljøutfordring fremdeles er bygningsmassens tekniske standard, herunder inneklima og plassforhold. Foretaket har en pågående handlingsplan frem til utgangen av 2019 for å lukke pålegg fra Arbeidstilsynet innen dette området. Det rapporteres halvårlig, og fremdrift er i henhold til plan.

Klinikkstrukturen ble endret i 2016 – fra 9 til 15 klinikker. Årets medarbeiderundersøkelse, med høyere deltagelse enn før, ser ut til å understøtte at oppdelingen var heldig. Det er små endringer i medarbeiderundersøkelsen, med unntak av at flere individer svarer at de har gjennomført utviklingssamtale med sin leder. For øvrig scorer Oslo universitetssykehus fremdeles høyt innen områdene pasientsikkerhetskultur, rolleklarhet, sosialt samspill, arbeidsglede, motivasjon og trygghet. Egenkontroll, medvirkning og til dels arbeidsbelastning er områder der man ser utfordringer til tross for høy arbeidsglede og motivasjon. Dette kan synes paradoksalt og kan i stor grad forklares med den store dedikasjonen og interessen de ansatte har for faget sitt og pasientene, sammen med lagfølelsen og støtten de fleste opplever i enheten sin. Stress og arbeidspress er viktige HMS faktorer som også påvirker pasientsikkerheten. Det er viktig at ledere på alle nivåer tar disse signalene på alvor og inviterer sine medarbeidere til medvirkning om hvordan hver enhet kan oppnå bedre forhold innenfor disse områdene.

2016 har vært et år preget av stor oppmerksomhet rundt yringskultur og åpenhet. Området har vært gjenstand for dedikerte ledersamlinger, en større undersøkelse utført av FAFO, bred medvirkning i arbeidet med rapporten fra FAFO undersøkelsen, økt satsning på sykehusets kulturkompetanseprogram, og mange større og mindre lokale tiltak. Dette viktige arbeidet fortsetter inn i 2017.

3. Faktabeskrivelse

HMS årsrapport for 2016 inneholder klinikkenes, HMS faginstanser (strålevern,

smittevern, brannvern, medisinsk teknisk utstyr, kvalitet/pasientsikkerhet, eiendom (elektro, vvs), og ytre miljø og Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av HMS status.

Rapporten er tredelt, hvor første del gir et sammendrag og presenterer Arbeidsmiljøavdelingens anbefalinger for 2017. Deretter følger to hoveddeler. Den ene om helseforetakets overordnede HMS tilstand vurdert av de ulike HMS faginstansene, og den andre tar for seg HMS i de respektive klinikkene.

Resultatene fra klinikkens HMS årsrapport viser noe endring i vektlagte områder, og ny oppmerksomhet om områder de tidligere ikke har hatt indikatorer til. Under vises topp åtte av en aggregert fremstilling av de fem viktigste HMS utfordringene og tiltaksområdene vurdert i klinikkene.

| 2015 | 2016 |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Renhold | 1. Stress (arbeidsbelastning) |
| 2. Plassforhold | 2. Systematisk HMS arbeid |
| 3. Inneklima | 3. Plassforhold |
| 4. Arbeidsbelastning | 4. Medvirkning |
| 5. Smitterisiko | 5. Brannvern |
| 6. Egnethet av arbeidsplass | 6. Annet |
| 7. Støy | 7. Samarbeid |
| 8. Arbeidsstillinger | 8. Læring |

Systematisk HMS arbeid

- **HMS runder**

Systematisk HMS arbeid er i bedring, delvis på grunn av enklere arbeidsverktøy. Antall verneområder med gjennomført HMS runde og aktiv handlingsplan har økt fra 71 % i 2015 til 76 (83) % i 2016. Oslo universitetssykehus ligger med dette noe over snittet for Helse Sør-Øst.

Innen det fysiske området kommer kategoriene *Fysisk arbeidsmiljø* (spesielt *Plassforhold og egnethet* og *Orden og renhold*) og *Arbeidslokaler* (spesielt *Luftkvalitet, Temperatur* og *Støy*) dårligst ut, mens *Strålevern* og *Brannvern* kommer godt ut.

- **Meldekultur og avvikshåndtering**

Oslo universitetssykehus har hatt en jevn økning i antall meldte avvik/forbedringsforslag per brutto årsverk de seneste årene, men nivået er fremdeles lavt med 0,27 meldinger per årsverk i 2016. I Helse Sør-Øst plasserer dette Oslo universitetssykehus omtrent på gjennomsnittet.

Oslo universitetssykehus hadde 14 % åpne avvik blant avvik som ble registrert i 2016 ved utgangen av januar 2017, mot 12 % for tilsvarende i 2015. Det er svært viktig at ansatte som melder avvik eller forbedringsforslag opplever at disse behandles raskt og effektivt der dette er mulig.

Det meldes flest avvik innen hovedkategori *Fysiske arbeidsforhold*, og nest mest innen *Vold, trusler og utagerende adferd*. Dernest følger *Smittevern* og *Psykososialt arbeidsmiljø*. Innen sistnevnte hovedkategori er det flest avvik som klassifiseres med høy risiko av nærmeste leder innen underkategori *Bemanning/arbeidspress*.

Oslo universitetssykehus ligger høyt på indikator H1 (antall fraværsskader per million arbeidstimer), høyest i Helse Sør-Øst, og høyere enn byggebransjens gjennomsnitt fra 2015. Fysisk arbeidsmiljø, spesielt fallskader og løft/forflytningsskader står for flest av skadene. Dernest følger skader som følge av vold/trusler/utagerende adferd. Sistnevnte har flest skader som klassifiseres med høy risiko av nærmeste leder.

- **Medarbeiderundersøkelse**

Medarbeiderundersøkelsen har økt svarprosent fra 76 % til 79 % siden 2015. Dette er et godt nivå. Imidlertid har Oslo universitetssykehus en dårlig score (53 %) for antall som svarer at de har deltatt i oppfølging etter medarbeiderundersøkelsen fra fjoråret.

Resultatene overordnet inneholder små endringer siden 2015. De beste resultatene på medarbeiderundersøkelsen finnes innen kategoriene *Pasientsikkerhetskultur* og *Sosialt samspill*, de dårligste innen *Egenkontroll* og *Medvirkning*.

Et spørsmål som viser til en tydelig endring siden 2015 er om den ansatte har hatt utviklingssamtale med leder siste år. Antall som svarer ja har økt fra 67 % til 73 % siden 2015. Dette er en god utvikling.

- **Ytringskultur**

I sykehusets overordnede strategi står det beskrevet at helseforetaket skal ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt. Ytringsbetingelser og ytringskultur har vært et særskilt område med ekstra innsatser i 2016. Lederseminar om ytringsbetingelser, FAFO undersøkelse om tilsvarende blant leger og sykepleiere, bred behandling av FAFO undersøkelsen, og ny oppmerksomhet om kulturkompetanseprogrammet er noen av de mange tiltakene som har handlet om Oslo universitetssykehus' felles kultur.



HMS-årsrapport

2016

Sammendrag

I 2016 innførte OUS et nytt IKT verktøy for HMS runde og HMS-handlingsplan. Den nye modulen inngår i sykehusets forbedringssystem Achilles. Hensikten er økt brukervennlighet og deltakelse i sykehusets systematiske HMS-arbeid. 76 % av totalt 617 verneområder gjennomførte HMS runde og etablerte HMS-handlingsplaner i 2016. OUS har fortsatt store utfordringer med arbeidslokaler flere steder, og dette temaet fikk lavest score i HMS runden 2016.

Sykehusets medarbeidere registrerte 4923 HMS-avvik i Achilles i 2016, noe som er en økning på over 600 HMS-avvik og 0,03 flere registrerte HMS-avvik per årsverk (0,27) i forhold til 2015. Antall registrert per årsverk er rundt gjennomsnittet for helseforetak i Helse Sør-Øst. OUS fikk flest registrerte HMS-avvik innen hovedkategoriene «Fysisk arbeidsmiljø», «Vold/trusler/utagerende atferd», «Smittevern» og «Psykososialt arbeidsmiljø». Skadetall for OUS-ansatte var i 2016 høyere enn andre HF i HSØ. Fall, forflytning/løft og vold var direkte årsak til mange av skadene. Medarbeidere i PHA registrerte flest HMS-avvik, hvorav 82 % omhandlet «Vold/trusler/utagerende atferd». 14 % av OUS-registrerte HMS-avvik i 2016 stod ubehandlet ved årsskiftet, og sykehuset må arbeide med å sikre effektive forbedringstiltak og redusere behandlingstiden for avvik framover.

HMS rundene for 2016 viste at luftkvalitet er den største utfordringen i sykehusets fysiske arbeidsmiljø. Plassforhold og egnethet er også et stort og varierende problem i flere klinikker, noe som forklares med fortetting og økt antall mennesker og maskiner i samme areal.

Flere klinikker har uttrykt behov for et større antall operative forflytningsveiledere og ergonomisk tilrettelegging. OUS har også behov for å se på sammenhenger mellom fysisk helse og jobbkrav for sine medarbeidere.

De kjemiske arbeidsmiljøutfordringene er store i deler av sykehuset. På tross av økt satsning og forbedrede risikovurderinger i enkelte lokale enheter, utførte for få avdelinger risikovurderinger og substitusjonsvurderinger i 2016. Spesielt gjaldt det i klinikker som arbeider med de farligste stoffene i OUS. Det mangler også kjemikaliekontakt i flere avdelinger og enheter. Flere avdelinger har besluttet økt innsats på kjemikalieområdet i 2017.

Omfanget av resistente bakterier har økt år for år i OUS. Basale smittevernrutiner gir den beste grunnleggende beskyttelse og er derfor et prioritert forebyggende tiltak mot yrkesbetinget smitte for helsepersonell (og mot smitteoverføring til pasienter). I 2016 ble ingen OUS-ansatte smittet etter stikk-/kuttskader.

I sykehusets strålevernarbeid ble det ikke rapportert om stråleverdier over anbefalte grenser i 2016. Tall viser at enkelte klinikker hadde medarbeidere med persondosimeteravlesninger opp mot grenseverdi, men helkroppsdose lå innenfor anbefalt verdi. OUS bør fortsette et systematisk strålevernsarbeid fremover.

OUS hadde 20 branntilløp med røykutvikling eller flammer i 2016, og hovedårsaken til branntilløpene skyldtes elektriske forhold. HMS rundene viste at enkelte klinikker nedprioriterer forebyggende brannvern.

Sykehusets brukere av medisinsk-teknisk utstyr (MTU) skal ifølge lovkrav ha nødvendig systematisk opplæring i bruk av utstyret, og opplæringen skal være systematisk dokumentert og tilgjengelig. Flere kliniske enheter og brukergrupper manglet slik opplæring ved tilsyn av Direktoratet for

samfunnssikkerhet og beredskap. Få HMS-avvik ble registrert innenfor MTU i 2016, og det antas å være en underrapportering på det området.

Medarbeiderundersøkelsen (MU) er sykehusets hovedverktøy for å skaffe oversikt over ansattes psykososiale arbeidsmiljø. Mens 79 % av OUS-ansatte besvarte MU i 2016, opplevde kun 53 % at de deltok i oppfølging av resultatene etter MU. Områdene rolleklarhet, pasientsikkerhetskultur, sosialt samspill, motivasjon og arbeids glede fikk best score av de ansatte, mens medvirkning og egenkontroll var to av områdene der OUS scoret lavt.

I 2016 kartla forskningsstiftelsen Fafo yringsbetingelsene blant leger og sykepleiere i OUS, og de pekte på flere forhold. En av fire svarte at de hadde opplevd kritikkverdige forhold som kunne medført fare for liv og helse. Tilsvarende antall hadde opplevd eller vært vitne til destruktiv ledelse som kunne vært ødeleggende for arbeidsmiljøet. Viktigste årsak til ikke å varsle om slike forhold var opplevd frykt for represalier. Sykehusets arbeidsmiljøutvalg ga mandat til et partssammensatt utvalg for å følge opp funn i undersøkelsen.

Sykefraværestallet for OUS i 2016 var 7,31 %, en marginal endring fra 2015. Utviklingen gjennom året viste tilsvarende sesongvariasjoner som tidligere år med unntak av desember 2016, der fraværestallet steg til 8,4 %, noe som kan forklares med starten på influensasasjonen.

AKAN-arbeidet i OUS er forankret i et gjensidig forpliktende samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. OUS har ved årets utgang 14 aktive AKAN-saker. Sykehuset antas å ha mørketall av saker der ansatte sliter med et rus- og avhengighetsforhold.

Virksomheten ved OUS er omfattende, og sykehuset har et stort forbruk av ressurser og utslipp av klimagasser. Sykehuset kartla også i 2016 hvordan virksomheten påvirket det ytre miljøet. De største avfallsfraksjonene i OUS var restavfall, smitteavfall og papiravfall. Mengden farlig avfall økte i 2016, noe som primært forklares med en ekstraordinær opprydding av avfall på Dikemark og mer korrekt innrapportering av farlig avfall. Ekstern ISO-sertifisering ble vedtatt utsatt til 2017.

I 2016 ble det innført en ny standardisert prosess for klinikkene ved utarbeidelse av egen HMS-årsrapportering og handlingsplaner. Fokus i den nye prosessen er samarbeid med intern bedriftshelsetjeneste og sentral HMS stab, og likt grunnlag for vurdering. Resultatene er i kapittel 2 i denne rapporten. Temaene «Stress», «Systematisk HMS-arbeid» og «Arbeidslokaler» er det klinikkene selv mener hvor deres største arbeidsmiljøutfordringer er, og som de har satt opp flest tiltak på.

Anbefalte satsningsområder for 2017

Basert på innsamlede data fra HMS runder, medarbeiderundersøkelse, registrerte HMS-avvik samt vurderinger gjort av klinikkene og Arbeidsmiljøavdelingen, internrevisjonsrapport om systematisk HMS-arbeid i OUS og oppdragsdokument med føringer fra Helse Sør-Øst anbefales følgende satsningsområder for OUS for 2017:

Systematisk HMS-arbeid:

Arbeidet med systematisk HMS i OUS varierer mellom klinikker og avdelinger/enheter. Rapport fra internrevisjon av systematisk HMS-arbeid i 2016 viser at det er etablert system og prosedyrer for arbeidet, men at det mangler beskrivelser av hvem som gjør hva, og hvordan samarbeidet mellom de ulike aktørene bør foregå. De ulike aktørers roller, ansvar og oppgaver bør derfor presiseres og beskrives nærmere. Likeledes bør stabens oppgaver med fagansvar for HMS og Arbeidsmiljøavdelingens oppgaver som tilrettelegger og støttfunksjon også beskrives. I samme rapport framkommer manglende føringer for organisering av klinikkens systematiske HMS-arbeid, kompetansekrav til utførerfunksjonen i klinikkene, målbeskrivelser og føringer for oppfølging av handlingsplaner etter HMS runder og avviksbehandling. Dette bør settes i system.

Synergi mellom HMS- og pasientsikkerhetsarbeid:

I helseministerens sykehustale i 2016 fastslås det at *Pasient- og kvalitetssikkerhetsarbeid skal være en integrert del av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet*. En arbeidsgruppe i OUS gjennomførte i 2016 på oppdrag fra kvalitets- og pasientsikkerhetsdirektøren en kartlegging av gjensidige avhengigheter mellom HMS og Pasientsikkerhet. Deres rapport ble overlevert medio mars 2017 med tittelen «Pasientsikkerhet og kvalitet, Helse, miljø og sikkerhet – flere gjensidige avhengigheter?». Arbeidsgruppen anbefaler tiltak og estimert oppstart innenfor flere konkrete utfordringsområder i OUS. I 2017 skal arbeidet med å vurdere og prioritere blant rapportens anbefalinger gjøres.

Grønn kjemi: Regionalt samarbeid om trygg kjemikaliehåndtering:

OUS og Sykehusinnkjøp initierte og leder det regionale samarbeidet om substitusjon av helse- og miljøfarlige stoffer. Samarbeidet er organisert gjennom forum for Grønn kjemi, som består av en eller flere representanter fra hvert helseforetak. Grønn kjemi rapporterer til de regionale HMS-lederne. Samarbeidet ble opprettet i 2015 for å dele kompetanse, standardisere arbeidsmetoder og unngå dobbeltarbeid. OUS og Sykehusinnkjøp gjennomførte vinter 2016 -2017 opplæring av stoffkartotekansvarlige og innkjøpere på samtlige helseforetak i regionen i arbeidsmetodene for substitusjon i drift og anskaffelser som er laget for regionen.

Ved OUS brukes det store mengder helse- og miljøfarlige stoffer som ved feil håndtering eller uhell kan medføre helse-, miljø- eller materiell skade. Det var 1. januar 2017 registrert 21 404 sikkerhetsdatablader i det elektroniske stoffkartoteket EcoOnline. OUS bør i 2017 jobbe med å redusere og fjerne risiko som er forbundet med kjemikaliehåndtering, både for ansatte og ytre miljø. Hver enhet må aktivt risikovurdere og substituere farlige stoffer. Grønn kjemi skal bistå med å finne alternativer. Videre vil OUS i 2017 ha en sentral rolle i Grønn kjemis utforming av et regionalt e-læringskurs i kjemikaliesikkerhet, på oppdrag av HMS-lederne. Dette kurset vil også benyttes av Sykehusinnkjøp.

Ytringsklima og kulturbygging:

Arbeid med kultur bør intensiveres ytterligere, med fortsatt utgangspunkt i OUS visjon og verdier, og foretakets hovedmål «arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt» og «lærende organisasjon». Fafo-rapporten om ytringsbetingelser har vist at OUS ikke er i mål, og at det må arbeides videre med å oppnå en åpenhetskultur med nødvendig grad av trygghet. Medarbeiderundersøkelsen har vist at

medvirkning er et av områdene OUS – og andre sykehus – får lavest poengsum på. Ledere må legge til rette for medvirkningsarenaer og aktivt arbeide for at alle opplever at det er trygt å ytre seg, og dermed bidra med sin innsikt. Utarbeidelse av lokale kjøreregler/kulturplakat er ett tiltak som fremmer ønsket samarbeids- og kommunikasjonskultur. Både kulturkonsulenter og kontinuerlig forbedringsnettverket kan bidra med arbeidsmetoder som sikrer medvirkning. Det sees økt oppmerksomhet sentralt og lokalt på kulturens betydning både for de ansatte og for pasientsikkerheten. Et viktig neste steg er å sette tiltak ut i livet på bredere basis og følge opp disse.

Forebygging av muskel- og skjelettplager:

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. Et viktig ledd i det forebyggende arbeidet vil være å utdanne flere forflytningsveiledere og ergonomikontakter. Videre er det behov for internundervisninger på relevante temaer, fokus på tilpassede arbeidsstillinger og riktig bruk av hjelpemidler.

I tillegg er det hensiktsmessig å ha økt fokus på å styrke de ansattes fysiske ressurser. Dette vil kunne bidra til en økende bevissthet i sykehuset på sammenhengen mellom muskel-/skjelettplager og forebyggende aktivitet/trening. For best og varig resultat, er det ønskelig at enhetene/klinikkene selv initierer denne egenaktiviteten gjennom egne ressurspersoner, gjerne i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. Målet er å etablere en sykehuskultur som skal ivareta de ansattes helse.

Vold og trusler:

Flere OUS-ansatte utsettes for betydelige helsebelastninger, og enkelte påføres skader som er forårsaket av fysisk vold, utagering og trusler fra pasienter. Foruten vold og trusler fra pasient mot ansatt forekommer vold mellom pasienter. PHA har flest tilfeller av slike hendelser og skader, og klinikken arbeider aktivt med å iverksette tiltak for å håndtere og forebygge hendelser. Registrerte hendelser i Achilles viser at ansatte i flere klinikker enn PHA opplever uønskede hendelser med vold og trusler. Det er ønskelig å kartlegge omfang og utvikling av vold og trusler mot ansatte i sykehuset og se nærmere på hvordan fordelingen mellom psykiatrien og somatikken er.

Sykehuset trenger kunnskap om likheter og forskjeller i typer volds- og trussel episoder i de somatiske avdelingene og psykiatrien, for eksempel om det er et skille, eller om det er mange av de samme typene som gjentar seg uavhengig av avdeling. Økt kunnskap om årsaksforhold vil kunne gi bedre erfaringsoverføring og læring om nødvendigheten av forskjellige typer forebygging. Det er viktig å trekke lærdom av PHAs erfaringer med tiltak som virker. Andre forebyggende tiltak som bør vurderes i somatikken kan være opplæring i de-eskalering og ombygging av eksisterende resepsjoner i sykehuset.

Innhold

| | | |
|----------|---|----|
| 1. | HMS i OUS | 9 |
| 1.1 | Systematisk HMS-arbeid | 9 |
| 1.1.1. | HMS runder – kartlegging av arbeidsmiljøet og handlingsplaner | 9 |
| 1.1.2. | HMS-avvik..... | 11 |
| 1.1.2.1. | Meldekultur og behandling av HMS-avvik..... | 11 |
| 1.1.2.2. | Kategorier av HMS-avvik..... | 14 |
| 1.1.2.3. | Skader | 16 |
| 1.2 | Arbeidsmiljøutvalget | 20 |
| 1.3 | Fysisk arbeidsmiljø..... | 21 |
| 1.4 | Ergonomi | 24 |
| 1.4.1. | Hva er oppnådd? | 25 |
| 1.4.2. | Satsning fremover | 25 |
| 1.5 | Kjemisk arbeidsmiljø..... | 26 |
| 1.5.1. | HMS runde Kjemisk arbeidsmiljø | 26 |
| 1.5.2. | Risikovurdering av kjemikalier | 27 |
| 1.5.3. | Substitusjonsvurdering (Grønn kjemi) | 28 |
| 1.5.4. | Opplæring | 29 |
| 1.5.5. | Prosedyrer og rutiner | 29 |
| 1.5.6. | Arbeidstakerregister | 29 |
| 1.5.7. | Farlig avfall | 29 |
| 1.5.8. | Avvik og uønskede hendelser | 29 |
| 1.6 | Smittevern..... | 31 |
| 1.6.1. | Basale smittevernrutiner | 31 |
| 1.6.2. | Stikk-/kuttskader..... | 31 |
| 1.6.3. | Yrkesvaksinerings | 31 |
| 1.6.4. | Influensavaksinerings av ansatte | 31 |
| 1.6.5. | Resistente bakterier | 31 |
| 1.6.6. | Vaksinerings mot tuberkulose..... | 32 |
| 1.7 | Strålevern..... | 33 |
| 1.8 | Brannvern | 34 |
| 1.8.1. | Øvelser og opplæring..... | 34 |
| 1.8.2. | E-læring | 34 |
| 1.8.3. | Hendelser..... | 34 |
| 1.8.4. | HMS-avvik..... | 36 |
| 1.8.5. | Branntilsyn | 36 |
| 1.9 | Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde (MTV)..... | 38 |
| 1.9.1. | Bruk av MTU – opplæring og sertifisering..... | 38 |
| 1.9.2. | HMS-avvik..... | 38 |
| 1.10 | Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø..... | 40 |
| 1.10.1 | Medarbeiderundersøkelsen (MU)..... | 40 |
| 1.10.2 | Klinikkenes rapportering av psykososialt arbeidsmiljø | 42 |
| 1.10.3 | Fafo-undersøkelsen om ytringsbetingelser..... | 43 |
| 1.10.4 | Kultur..... | 44 |
| 1.10.5 | Ny MU / PSK | 45 |
| 1.11 | Inkluderende arbeidsliv | 46 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 1.11.1 | Sykefravær..... | 46 |
| 1.11.2 | Gravid og trygg i jobb | 47 |
| 1.12 | AKAN..... | 48 |
| 1.13 | Ytre miljø..... | 49 |
| 1.14 | Kurs / undervisning innen HMS avholdt i OUS 2016..... | 51 |
| 2. | HMS årsrapport fordelt på klinikker | 52 |
| 2.1 | Oversikt over klinikkens egenvurdering av status på HMS..... | 53 |
| 2.2 | Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer og høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet..... | 54 |
| 2.3 | AKUs HMS-årsrapport for 2016 | 55 |
| 2.4 | BARs HMS-årsrapport for 2016..... | 59 |
| 2.5 | HHAs HMS-årsrapport for 2016 | 64 |
| 2.6 | HLKs HMS-årsrapport for 2016..... | 68 |
| 2.7 | KITs HMS-årsrapport for 2016 | 72 |
| 2.8 | KLMs HMS-årsrapport for 2016 | 77 |
| 2.9 | KREs HMS-årsrapport for 2016..... | 86 |
| 2.10 | KRNs HMS-årsrapport for 2016 | 92 |
| 2.11 | KVIs HMS-årsrapport for 2016..... | 97 |
| 2.12 | MEDs HMS-årsrapport for 2016 | 101 |
| 2.13 | NVRs HMS-årsrapport for 2016 | 104 |
| 2.14 | OPKs HMS-årsrapport for 2016..... | 108 |
| 2.15 | OSS' HMS-årsrapport for 2016..... | 113 |
| 2.16 | PHAs HMS-årsrapport for 2016..... | 117 |
| 2.17 | PREs HMS-årsrapport for 2016..... | 121 |
| 2.18 | STAs HMS-årsrapport for 2016 | 126 |
| 3. | Vedlegg | 130 |
| A. | Vedlegg 1: Medlemmer i AMU og AU 2016 | 130 |
| B. | Vedlegg 2: Oversikt over klinikkforkortelsene..... | 132 |

Innledning

Hensikten med denne årsrapporten er å gi innsikt i Oslo universitetssykehus HF (OUS) sitt arbeid og status innen HMS (helse, miljø og sikkerhet) for 2016.

Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasient- og pårørende er OUS sine hovedoppgaver. For at medarbeidere i OUS skal kunne utføre dette arbeidet er det viktig at de er sikret mot fysiske og psykiske skader, og at de har en arbeidssituasjon som er helsefremmende, og som oppleves meningsfylt.

OUS skal være en arbeidsplass der medarbeiderne trives, og som det er grunn til å være stolt av. Kvalitet i pasientbehandlingen er en viktig motivasjonsfaktor for travle helsearbeidere. Samtidig er et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt en av forutsetningene for god pasientbehandling. Det er samspillet mellom mennesker og omgivelser som skaper arbeidsmiljøet. Sykehuset som arbeidsgiver har ansvar for å skape et godt arbeidsmiljø i samarbeid med medarbeiderne. 2016 har vært et år preget av økt oppmerksomhet om de gjensidige avhengighetene mellom HMS og pasientsikkerhet. For å gi den beste pasientbehandlingen kreves det beste arbeidsmiljøet.

Årsrapporten består av to deler:

Del 1 er fellesdelen som omhandler OUS i helhet.

Del 2 er klinikkenes del og viser deres HMS-rapportering for 2016.

I år er rapporten utvidet til å dekke alle HMS-områder, ikke bare arbeidsmiljø som tidligere år.

1. HMS i OUS

OUS består av 14 klinikker, i tillegg til Oslo Sykehusservice (OSS) og Direktørens stab (STA). For enkelhets skyld vil de alle i denne rapporten blir referert til som klinikker.

Denne delen av rapporten beskriver HMS-arbeidet i OUS i 2016 på et overordnet nivå.

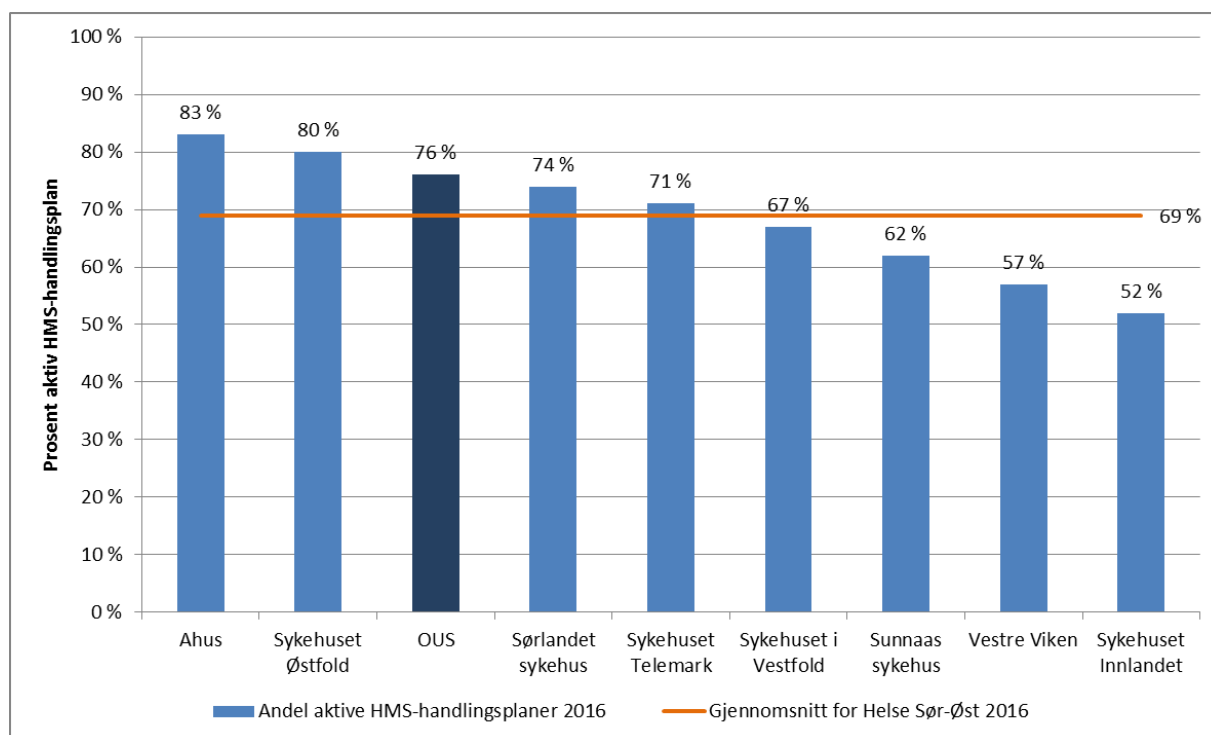
1.1 Systematisk HMS-arbeid

OUS sitt HMS-arbeid skal foregå på en systematisk og kontinuerlig måte. I dette arbeidet har sykehuset flere verktøy, hvorav de viktigste er Achilles (for HMS runder, HMS-handlingsplaner og HMS-avvik) og Medarbeiderundersøkelsen (MU). Dette kapitlet dekker HMS runder og HMS-avvik, mens MU blir dekket i kapittel 1.10.

1.1.1. HMS runder – kartlegging av arbeidsmiljøet og handlingsplaner

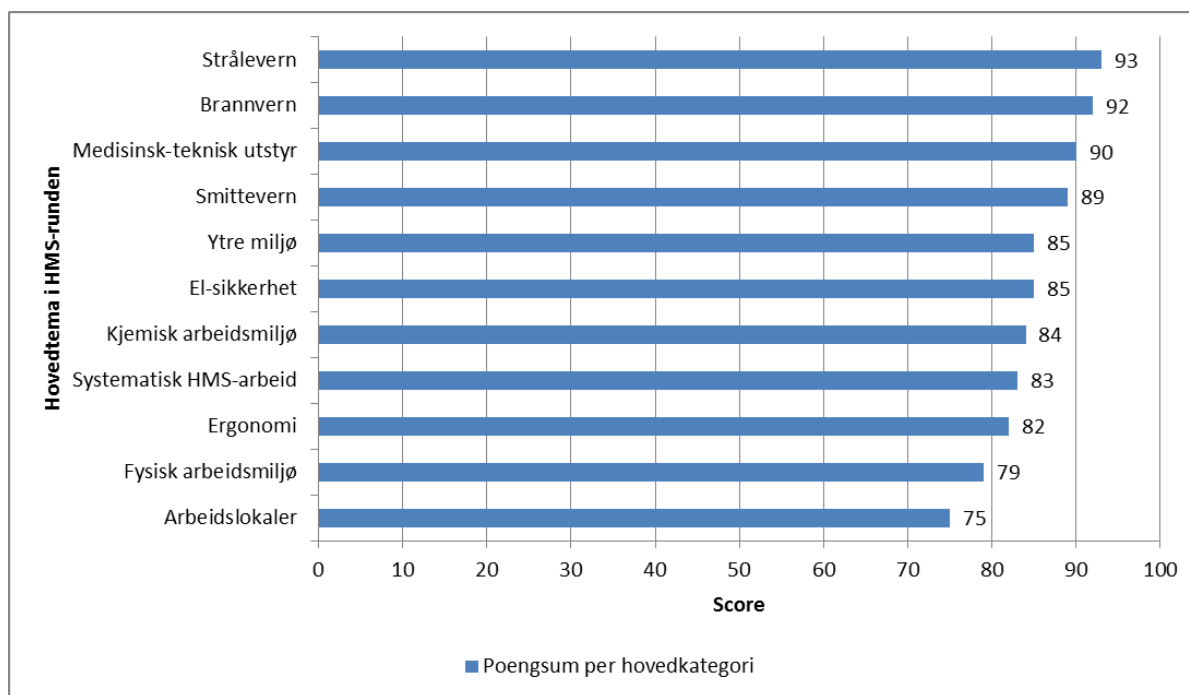
Et av de viktigste verktøyene OUS har i det systematiske HMS-arbeidet er HMS runder. En HMS runde er en fysisk befaring av verneområdet, hvor arbeidsmiljøforhold skal vurderes av leder i samarbeid med verneombud. Tiltak settes opp hvis nødvendig. Tiltakene utgjør verneområdets HMS-handlingsplan. Dette skal gjøres en gang årlig i alle verneområder. Tidligere ble det nettbaserte verktøyet eHMS benyttet for å registrere resultater og tiltak fra HMS rundene, men det ble i 2016 erstattet av en ny modul i Achilles.

Ved utgangen av 2016 hadde OUS 617 verneområder, hvorav 466 hadde gjennomført HMS runde og med det fått en aktiv HMS-handlingsplan. Dette tilsvarer 76 %, som er en økning fra 71 % fra året før. Per 22. mars 2017 ligger andelen med aktive handlingsplaner på 83 %. Gjennomsnittlig for Helse Sør-Øst er andelen 69 %. Kravet i OUS er at alle enheter skal gjennomføre HMS runde årlig, så målet er at 100 % av HMS-handlingsplanene skal være ferdigstilte.



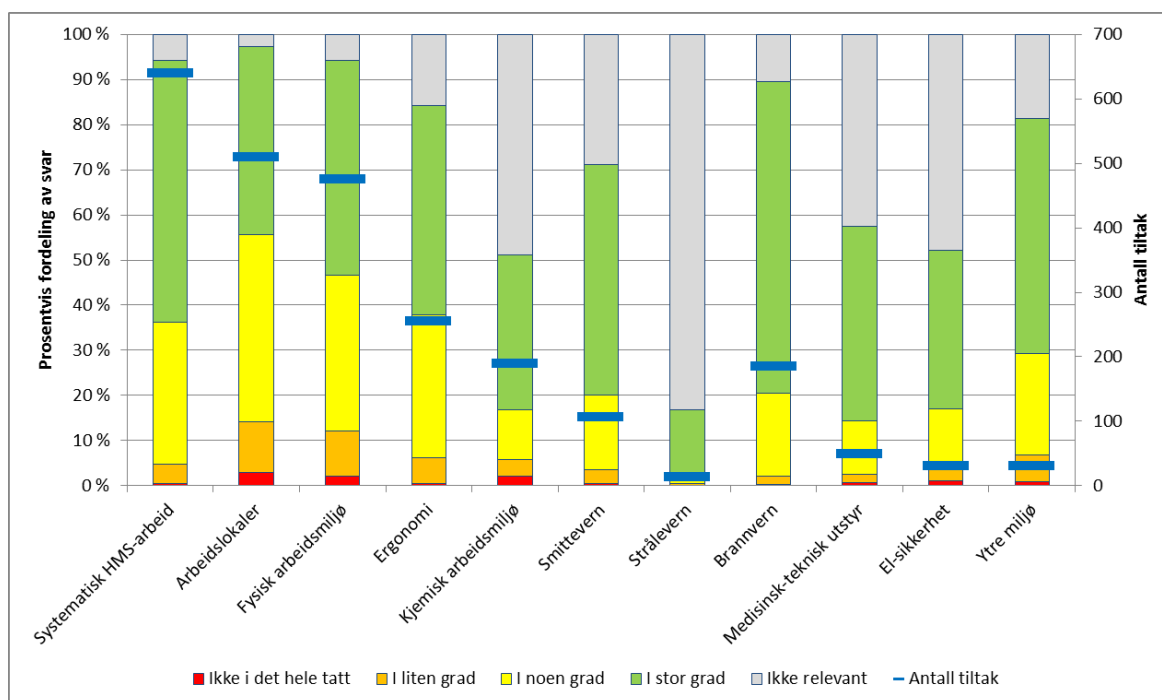
Figur 1: Andel aktive HMS-handlingsplaner for helseforetak i Helse Sør-Øst.

HMS rundeskjemaet består av 11 hovedtemaer med totalt 43 underkategorier innen systematisk, organisatorisk og fysisk arbeidsmiljø som skal vurderes. Ved å omgjøre svaralternativene til poeng kan man se at de fleste hovedkategorier scorer relativt likt. Da det er gjort vesentlige endringer i både innhold og form i HMS runden siden fjoråret, egner ikke datagrunnlaget for 2016 seg for sammenligning med tidligere års resultater.



Figur 2: Poengsum per hovedkategori i HMS runden.

Hovedtemaene som er vurdert med lavest poengsum er «Arbeidslokaler» og «Fysisk arbeidsmiljø». For «Arbeidslokaler» trekker underkategoriene «Plassforhold og egnethet» og «Orden og renhold» poengsummen ned. For «Fysisk arbeidsmiljø» er de tre underkategoriene med lavest poengsum «Luftkvalitet», «Temperatur» og «Støy». Hovedtemaet «Systematisk HMS-arbeid» er vurdert av enhetene til å ha mest forbedringspotensial når det gjelder bedre gjennomføring og evaluering av tiltak fra tidligere HMS runder, og meldekultur (innmelding av HMS-avvik og skader, oppfordring av leder til å melde, og felles opplevelse av at det er trygt å melde vanskelige saker/forhold).



Figur 3: Prosentvis fordeling av svaralternativer og antall tiltak per hovedtema.

Figur 3 viser spredningen av enhetenes valg av svar på HMS runden, fordelt på gjennomsnittet for hvert hovedtema. «Strålevern» er et tema som ikke er relevant for de fleste av enhetene i OUS, men de det er relevant for har svart at medarbeiderne i stor grad har tilstrekkelig kunnskap om strålevern og etterlever rutinene. Grafen viser også antall tiltak, og det presiseres her at hver enhet kan sette opp flere tiltak innen hvert tema. «Arbeidslokaler» og «Fysisk arbeidsmiljø», som har lavest poengsum av hovedtemaene, har et høyt antall tiltak. Dette viser at enhetene jobber aktivt med problematikken.

I HMS rundeskjemaet skal også oppfølgingen av tiltak fra MU settes inn og følges opp. Per 3. april finnes det 1826 tiltak til MU-temaene. MU dekkes i kapittel 1.10.

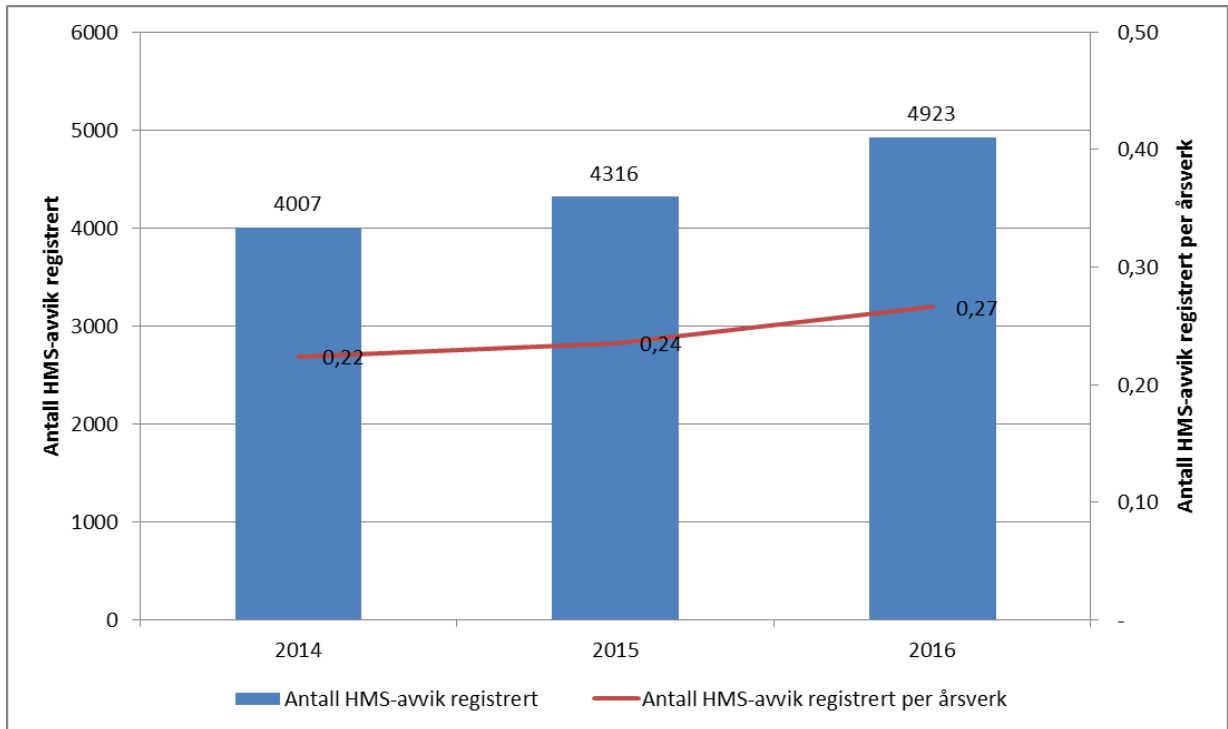
1.1.2. HMS-avvik

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. Verktøyet som brukes til dette i OUS er det nettbaserte forbedringssystemet Achilles. Systemet brukes også til å registrere uønskede pasienthendelser og driftsavvik, men det vil i denne rapporten kun bli sett på HMS-avvik. HMS-avvik er i OUS definert som "Hendelser eller forhold som påvirker arbeidsmiljøet, ansattes helse eller ytre miljø negativt".

1.1.2.1. Meldekultur og behandling av HMS-avvik

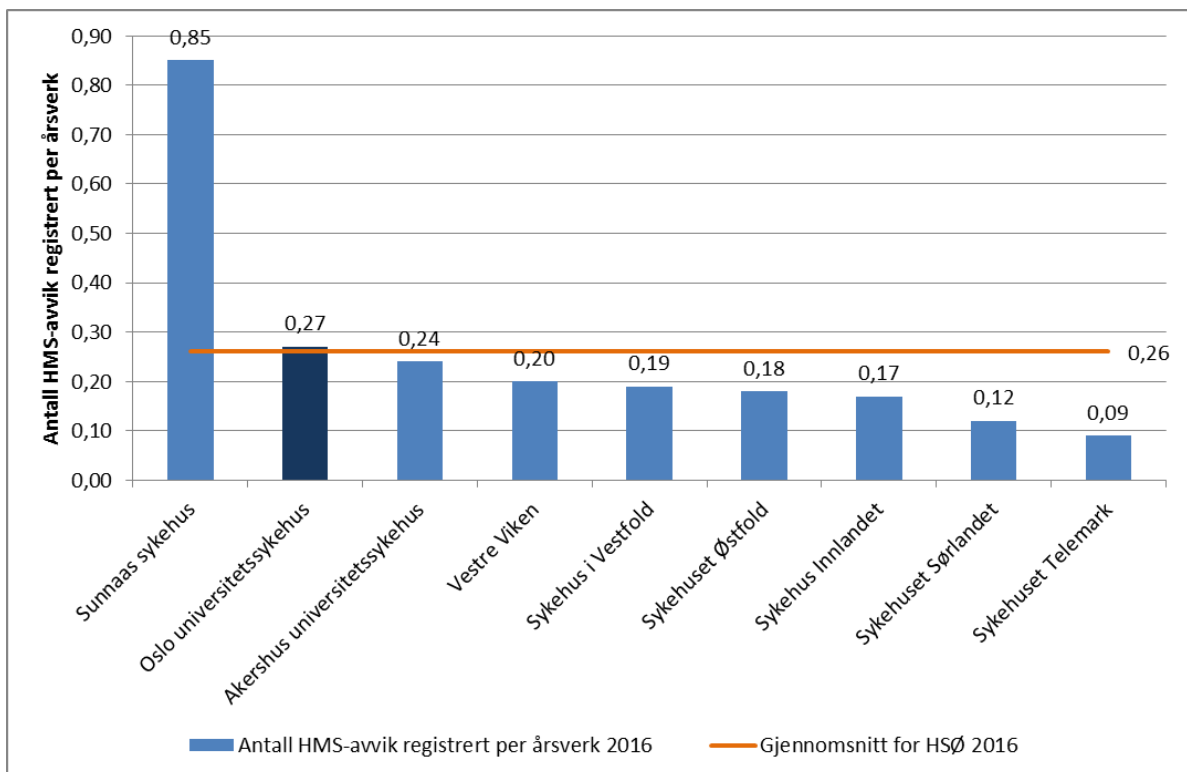
For å kunne gjøre forbedringer for personellet er OUS avhengig av at medarbeidere rapporterer inn det de observerer og opplever av uønskede hendelser/forhold og skader. Når et HMS-avvik blir meldt inn, blir nærmeste linjeleder automatisk saksbehandler og blir på denne måten både informert om saken og kan iverksette tiltak hvis nødvendig. I tillegg vil det være mulig å ta ut statistikk for OUS, klinikkene, avdelingene, seksjonene og enhetene for å se om det er noe gjennomgående som bør tas tak i.

Det ble i 2016 meldt inn 4923 HMS-avvik i Achilles av medarbeidere i OUS. Dette tilsvarer 0,27 HMS-avvik per årsverk. Dette er en positiv utvikling fra tidligere år.



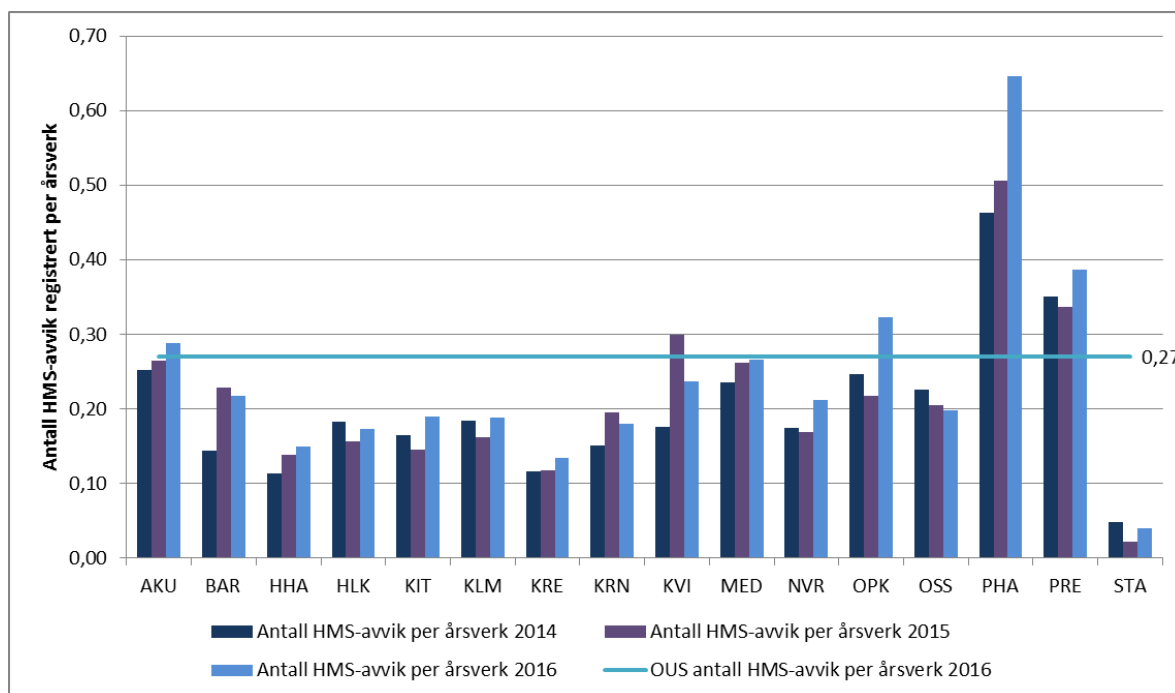
Figur 4: Antall HMS-avvik registrert i OUS fra 2014 til 2016, og hva dette antallet utgjør fordelt på årsverk.

Sammenlignet med de andre helseforetakene i Helse Sør-Øst ligger OUS rundt gjennomsnittet for antall registrerte HMS-avvik per årsverk. Gjennomsnittet er i stor grad trukket opp av Sunnaas sykehus.



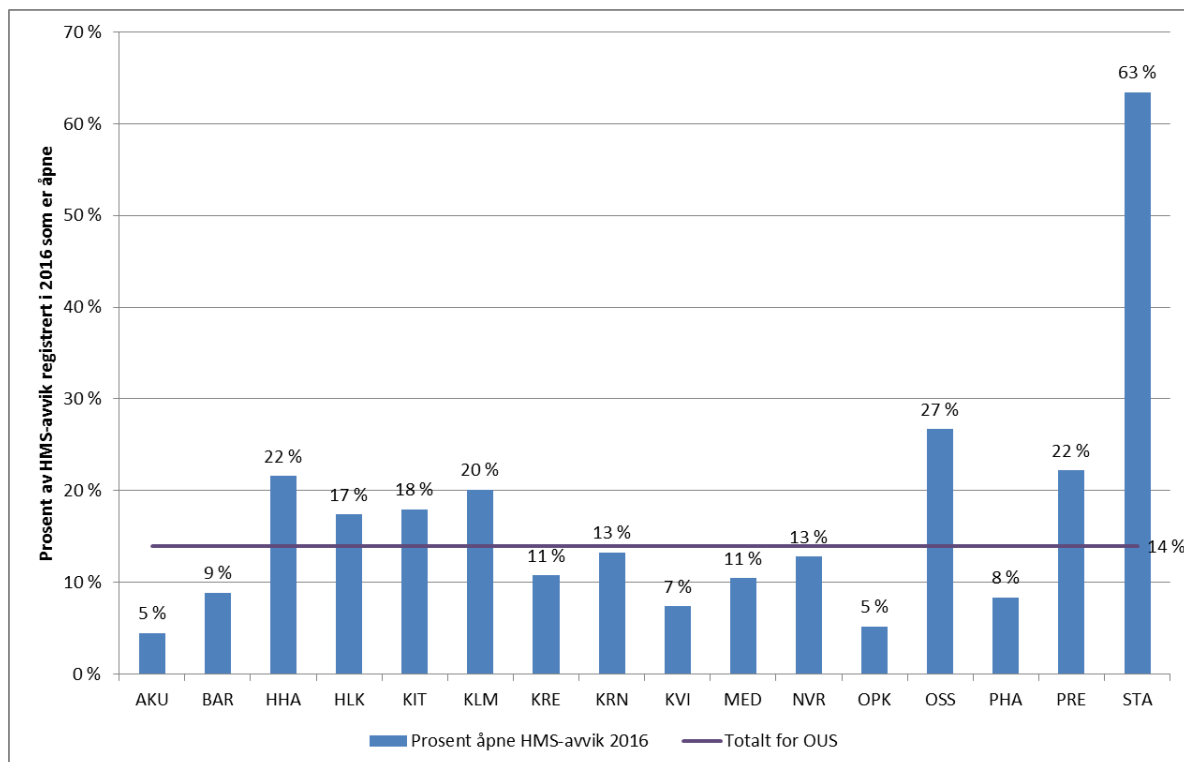
Figur 5: Antall HMS-avvik registrert per årsverk i 2016 i Helse Sør-Øst. En utregning har blitt foretatt for å omgjøre data på timeverk til årsverk.

I OUS er Klinikk for Psykisk helse og avhengighet (PHA) den klinikken som melder inn desidert flest HMS-avvik per årsverk. En stor andel (49 %) av HMS-avvikene fra PHA er i hovedkategorien «Vold / trusler / utagerende adferd». De fleste klinikker har økt registreringen av HMS-avvik, selv om det for flere av dem ikke er store forskjeller fra tidligere.



Figur 6: Antall HMS-avvik registrert per årsverk av medarbeidere i klinikkene i OUS.

Det er viktig at HMS-avvik blir fulgt opp og behandlet av ledere som mottar dem. Oppfølging vil bedre forhold og oppmuntre medarbeidere til økt registrering. Ved utgangen av januar 2017 var 14 % av HMS-avvikene som ble registrert i 2016 fortsatt åpne. Tilsvarende tall for 2015 var 12 %.

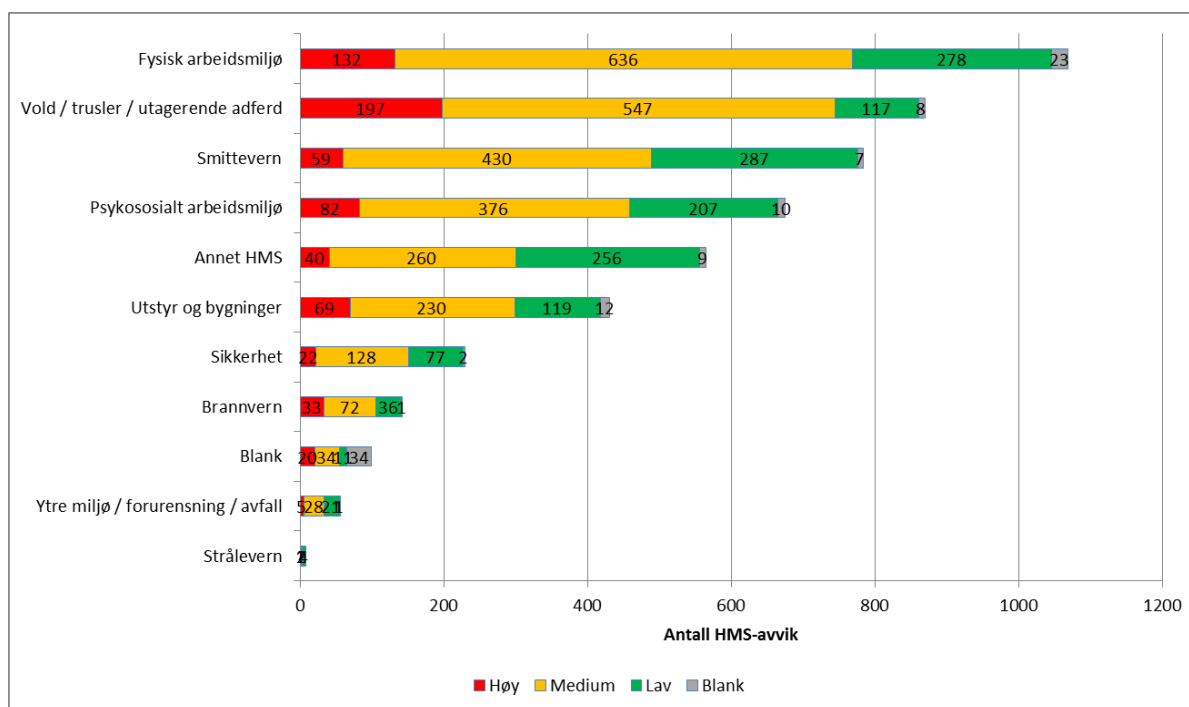


Figur 7: Antall HMS-avvik registrert i 2016 som er åpne fordelt på antall HMS-avvik som ble registrert i 2016.

Avvikene i figur 7 er plassert i de klinikkene som er satt som ansvarlige for å saksbehandle dem. Dette er ikke nødvendigvis samme klinikk som avviket 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 2015 og tidligere.

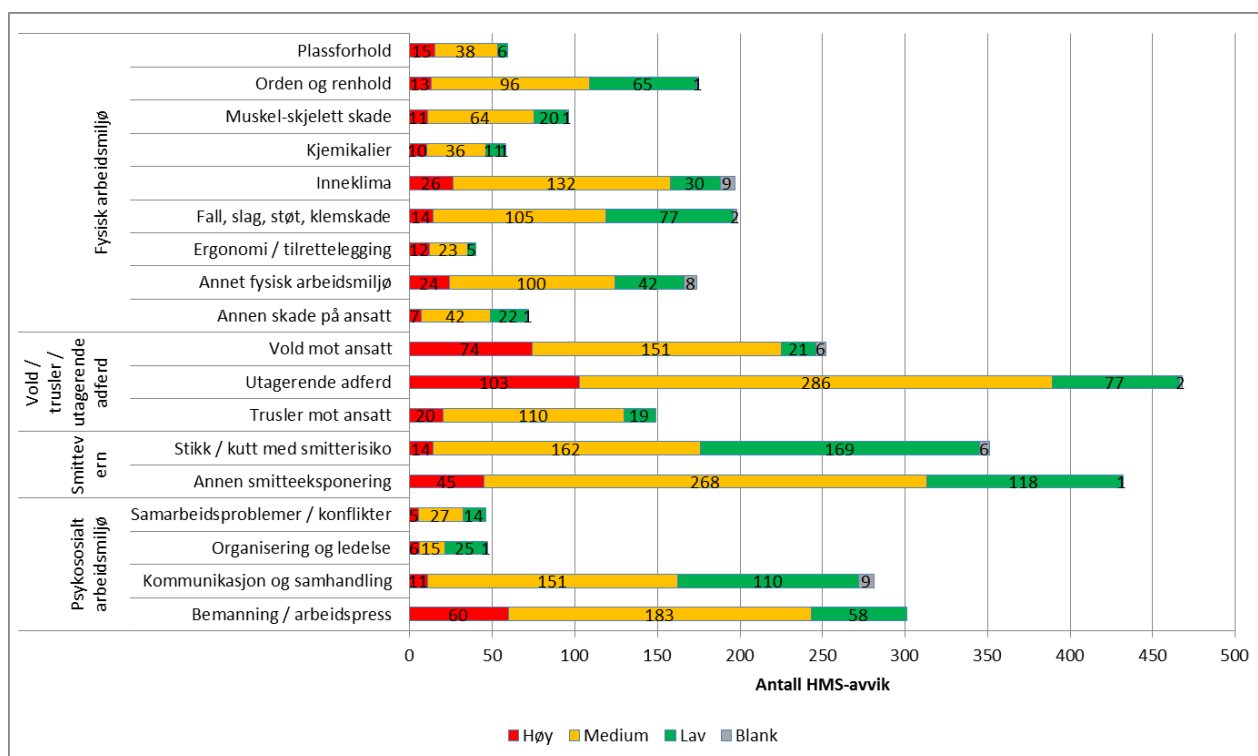
1.1.2.2. Kategorier av HMS-avvik

HMS-avvik i Achilles blir kategorisert som sakstype av saksbehandler. Nærmeste linjeleder til innmelder er alltid første saksbehandler. 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 satt på risikonivå.



Figur 8: HMS-avvik registrert i 2016 fordelt på hovedkategoriene i Achilles.

De fire hovedkategoriene med flest HMS-avvik er «Fysisk arbeidsmiljø», «Vold / trusler / utagerende adferd», «Smittevern» og «Psykososialt arbeidsmiljø». I «Fysisk arbeidsmiljø» er det mange saker som omhandler fall, temperatur, luftkvalitet og renhold. De fleste HMS-avvik innen «Vold / trusler / utagerende adferd» er registrert av medarbeidere i PHA (82 %). Andre klinikker som har flere HMS-avvik innen den kategorien er Ortopedisk klinikk (OPK), Prehospital klinikk (PRE), Medisinsk klinikk (MED), Nevroklinikken (NVR), Akuttklinikken (AKU) og OSS. HMS-avvik i kategorien «Smittevern» er i stor grad stikkskader med brukt utstyr og manglende informasjon om smittepasienter. Når det gjelder «Psykososialt arbeidsmiljø» så er det mange HMS-avvik som handler om bemanning, arbeidspress, kommunikasjon og samhandling.



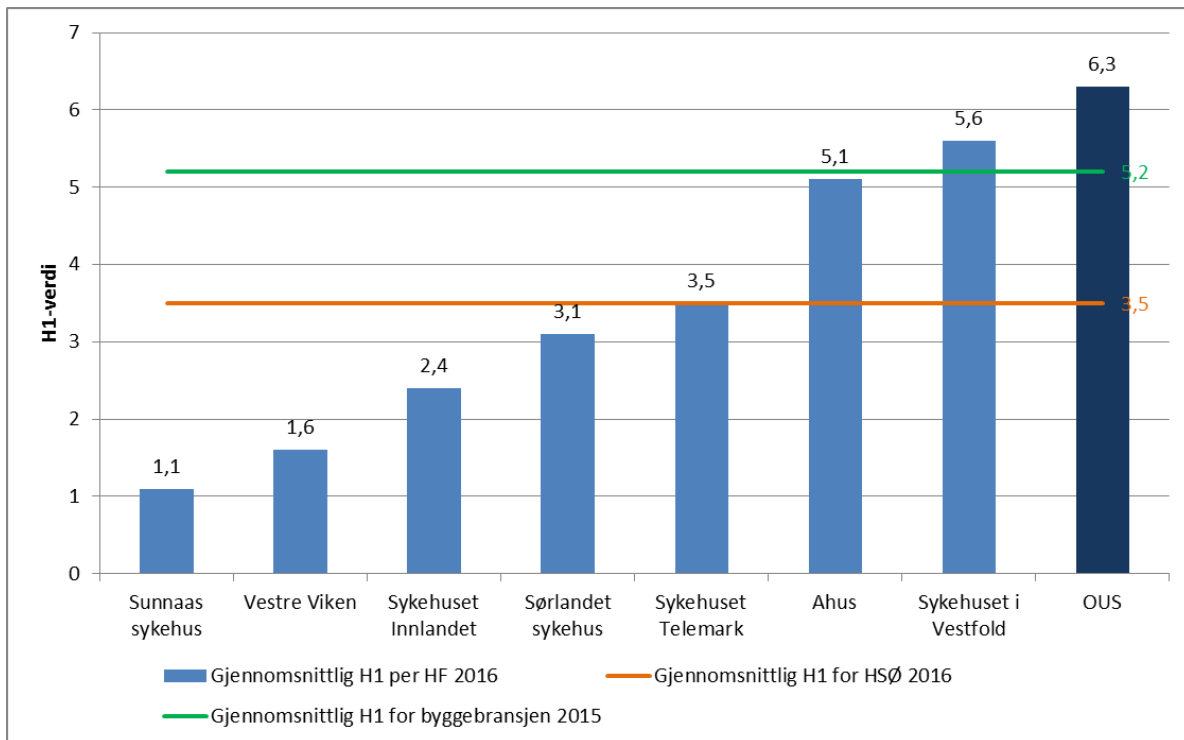
Figur 9: De fire hovedkategoriene det er registrert flest HMS-avvik på og deres underkategorier.

Arbeidsmiljøavdelingen vil i 2017 tilby bistand til enheter/avdelinger med gjennomgang av et utvalg av de alvorligste skadehendelsene. Målet for en slik gjennomgang er *læring* av hendelsen både for involverte medarbeidere, nærmeste ledere og verneombud i enhet/avdeling og for sykehuset som helhet. Med utgangspunkt i registrerte HMS-avvik i Achilles arbeides det også med å kategorisere alvorlighetsgrad av medarbeideres skadetilfeller ved arbeid i sykehuset. Arbeidsmiljøavdelingen vil i 2017 publisere anonymiserte læringsnotater/-eksempler etter alvorlige skadehendelser og HMS-avvik som bidrag til enhetenes/klinikkens forbedringsarbeid.

1.1.2.3. Skader

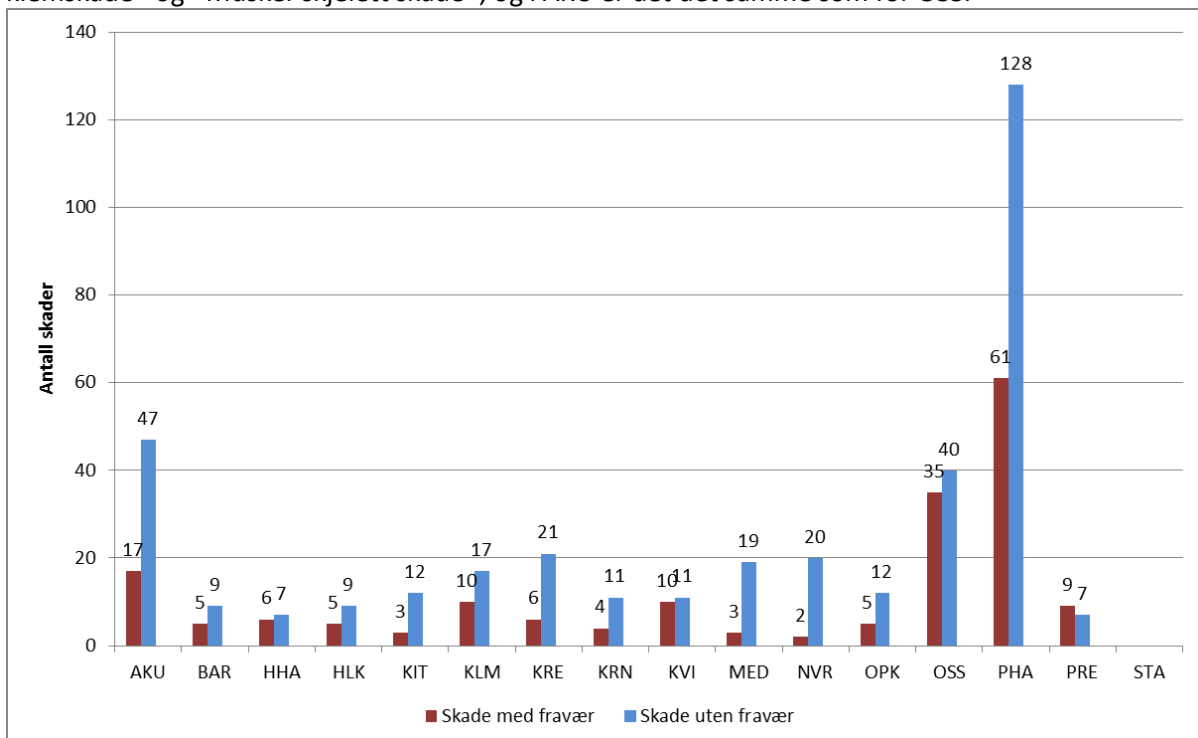
Skader som medarbeidere i OUS blir utsatt for skal registreres i Achilles, og de er en subgruppe av HMS-avvikene. Achilles hadde før 2016 ingen nøyaktig måte å registrere skader på, så tallene for 2016 egner seg ikke til sammenligning med tidligere års tall.

H1-verdi er antall fraværsskader per million arbeidstimer, og denne verdien brukes for å kunne sammenligne fraværsskade i organisasjoner med ulike antall ansatte. OUS har høyest H1-verdi av helseforetakene i Helse Sør-Øst, og ligger over byggebransjens gjennomsnitt for 2015 (2016-tall er ikke tilgjengelig ennå).



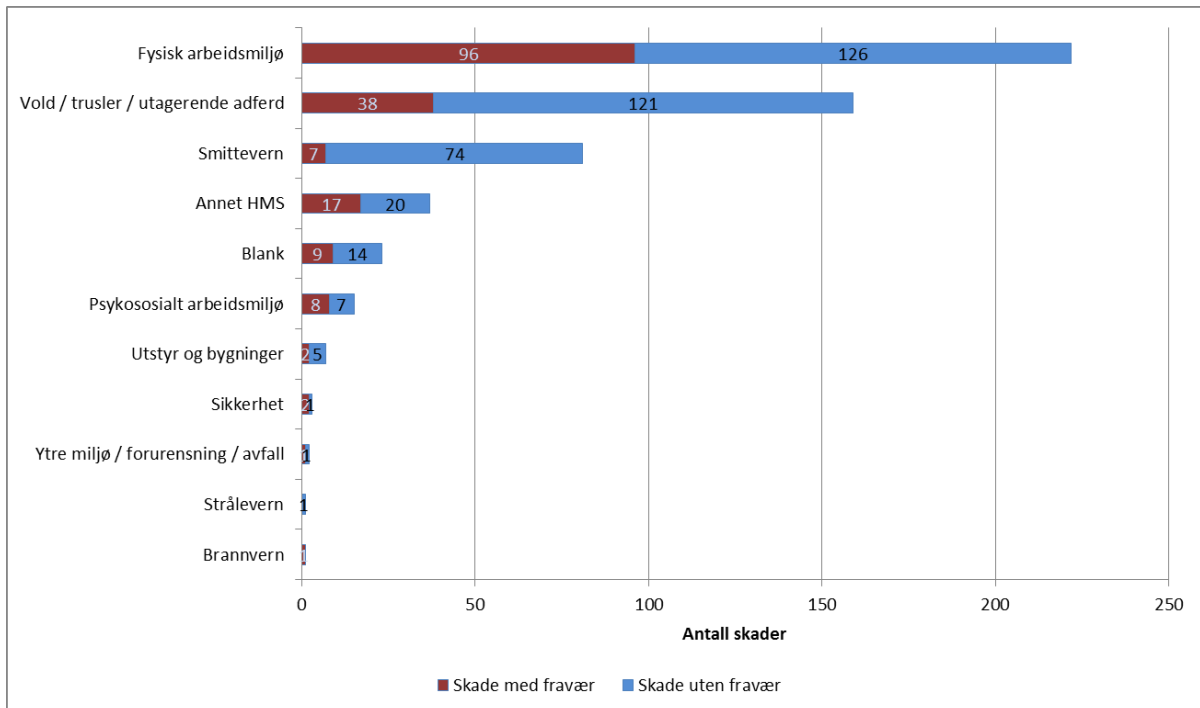
Figur 10: H1-verdi for helseforetakene i Helse Sør-Øst i 2016 og byggebransjen i 2015. Tallet for byggebransjen er fra Byggenæringens landsforening. Sykehuset Østfold har ikke data til rapportering for 2016.

PHA, OSS og AKU er de klinikkene i OUS med flest registrerte skader, både med og uten fravær. I PHA er den største skadekategorien «Vold / trusler / utagerende adferd», i OSS er det «Fall, slag, støt, klemskade» og «Muskel-skjelett skade», og i AKU er det det samme som for OSS.



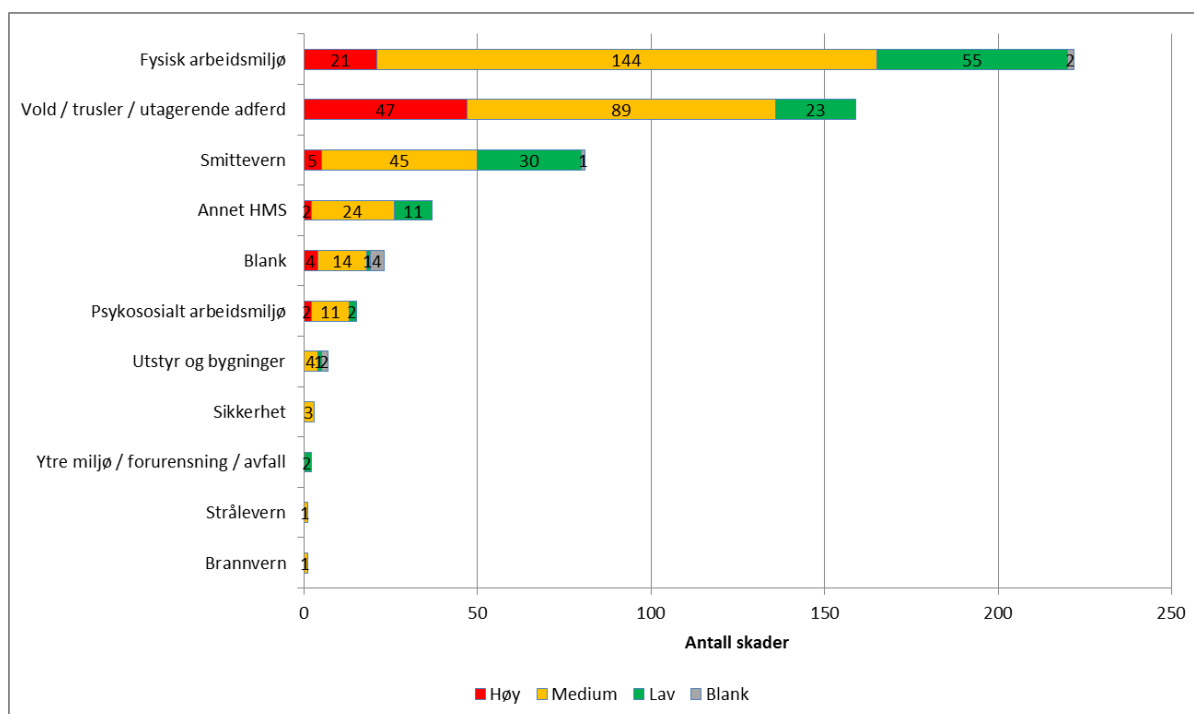
Figur 11: Antall skader i hver klinikk i 2016, fordelt på med eller uten fravær. En fraværsskade er når en medarbeider blir skadet og blir borte fra jobb neste dag/skift.

For OUS som helhet er det «Fysisk arbeidsmiljø» som er den største hovedkategorien for skader. Det er spesielt fallskader man har mange av i sykehuset, både innendørs og utendørs, og skader som har oppstått i forbindelse med løft/forflytning. Den nest største hovedkategorien av skader er «Vold / trusler / utagerende adferd». 81 % av skadene og 97 % av fraværsskadene i denne kategorien er registrert av medarbeidere i PHA. Det er mange stikkskader på brukt utstyr i 2016, men ingen fraværsskade forbundet med det. Fraværsskadene i «Smittevern» er ansatte som har blitt smittet av MRSA og skabb.



Figur 12: Antall skader med og uten fravær i 2016, fordelt på hovedkategoriene i Achilles.

Selv om det er registrert flest fraværsskader under «Fysisk arbeidsmiljø», er det likevel «Vold / trusler / utagerende adferd» som har flest høyrisikoskader, etter vurdering av saksbehandlende ledere.



Figur 13: Antall skader i 2016, fordelt på risikonivå og hovedkategoriene i Achilles.

1.2 Arbeidsmiljøutvalget

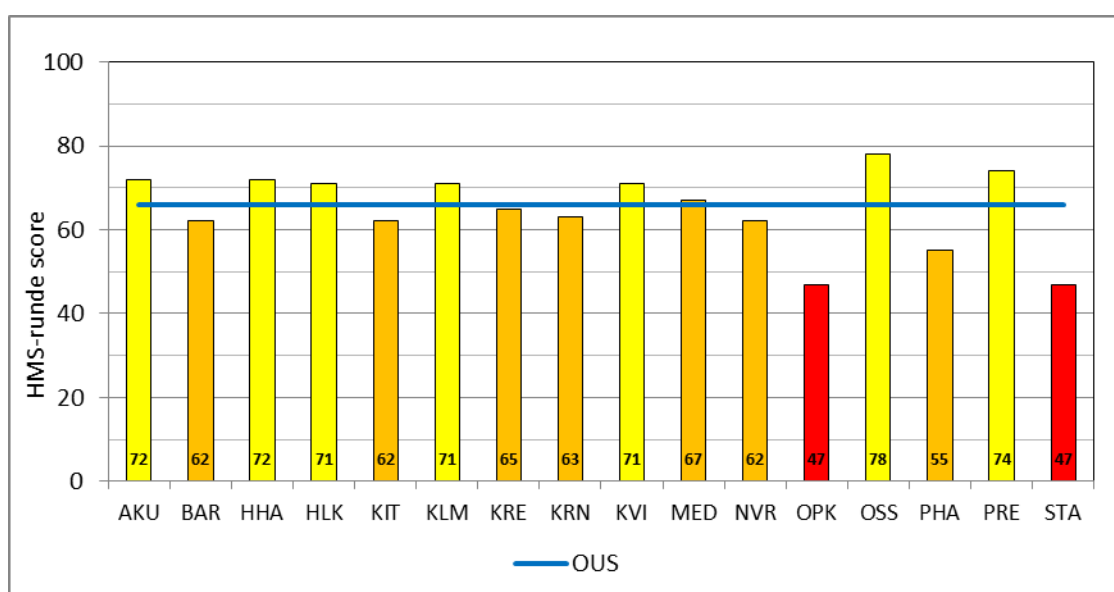
Arbeidsmiljøutvalget (AMU) er et partssammensatt utvalg som skal arbeide for gjennomføring av et fullt forsvarlig arbeidsmiljø i virksomheten. OUS har ett sentralt AMU, og hver klinikk har sitt eget lokale utvalg (klinikk-AMU). Sentralt AMU skal behandle alle saker som gjelder hele sykehuset eller saker 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 2016 hadde administrerende direktør ledervet. Oversikt over medlemmene i AMU er i vedlegget til denne rapporten. Sentralt AMU holdt 10 møter og behandlet 75 saker i løpet av 2016.

1.3 Fysisk arbeidsmiljø

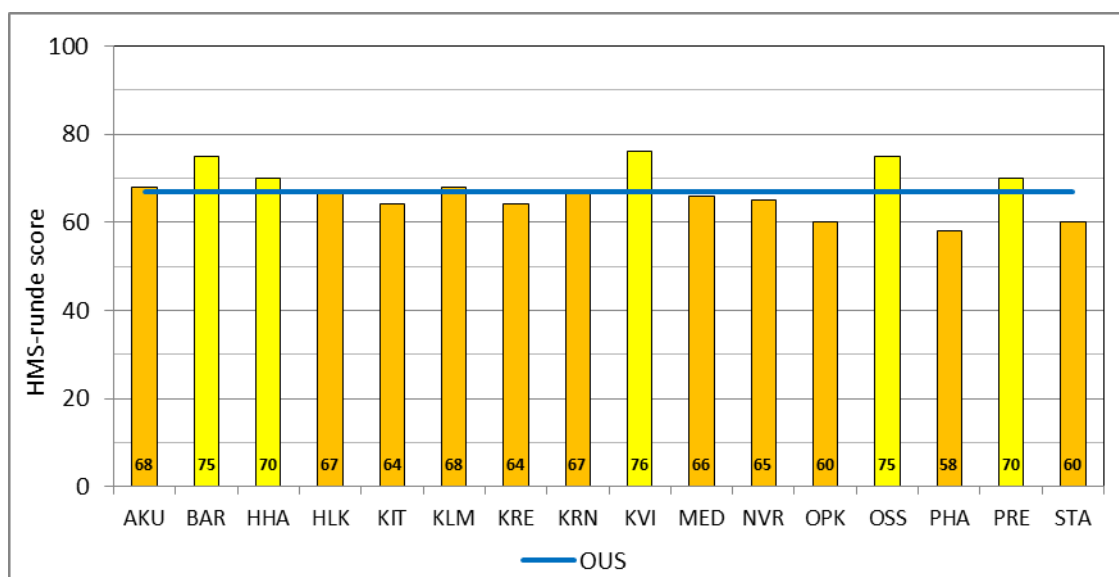
Rapporter fra HMS rundene viser at luftkvalitet er den største utfordringen innenfor fysisk arbeidsmiljø. Det er de tre klinikkene OPK, PHA og STA som bedømmer egen luftkvalitet som dårligst (fig.1). Forklaringen ligger i at disse klinikkene har alt eller mesteparten av sin virksomhet i bygninger med utilstrekkelig ventilasjon og/eller aktiviteter som ikke er tilpasset lokalene, for eksempel Skadelegevakten i sentrum for OPK, Tårnbygget (bygg1) på Ullevål for STA og Mortensrud OUS for PHA.

Av rundt 160 henvendelser til Arbeidsmiljøavdelingen om fysisk arbeidsmiljø i 2016 har rundt halvparten bakgrunn i innmeldte avvik og helseplager som mistenkes å være forårsaket av luftkvaliteten. Luftkvalitet er avhengig av mange forhold, blant annet temperatur, luftfuktighet, strålevarme, støv, kjemikalier, lukt og fuktskader. Disse forholdene er primært avhengig av bygningenes standard, og i noe mindre grad klinikkenes virksomhet.



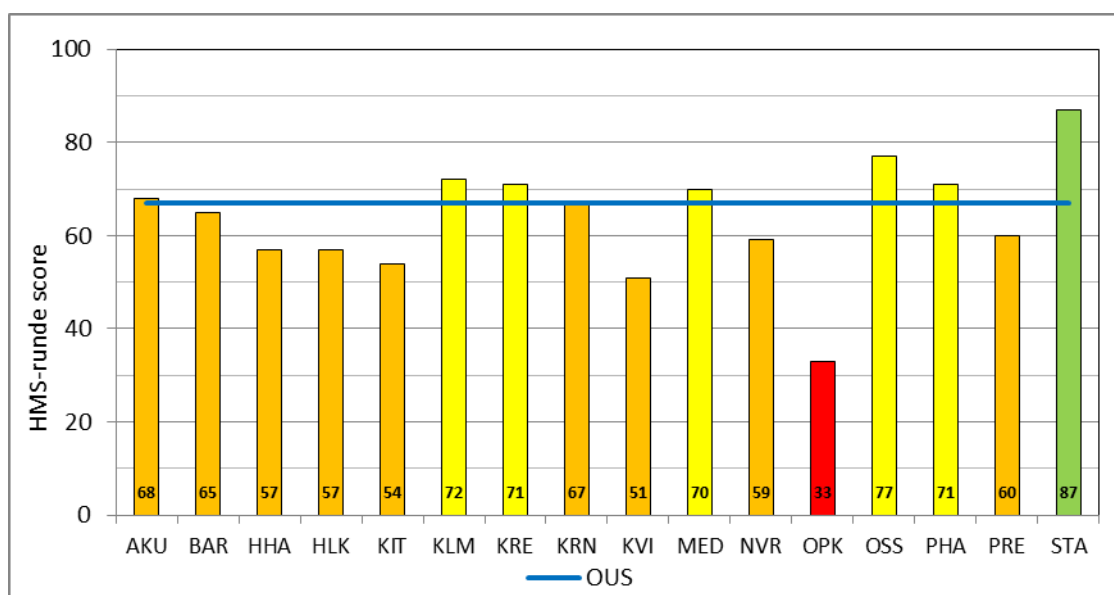
Figur 14: Luftkvalitet, HMS runde score pr. klinikk i 2016

De tre klinikkene OPK, PHA og STA som bedømmer egen luftkvalitet som dårligst i HMS rundene, er også de som bedømmer temperaturforholdene som dårligst (fig. 15). Kartlegging av luftkvalitet gjort av Arbeidsmiljøavdelingen i 2016 viser at det er sammenheng mellom opplevelse av dårlig luftkvalitet og høye målte temperaturer. Tiltaket som antas å gi størst forbedring på luftkvaliteten er derfor å holde lufttemperaturen innenfor anbefalte nivå på 19-22 °C, samt å skjerme arbeidsplasser fra strålevarme fra sol og andre varmekilder.



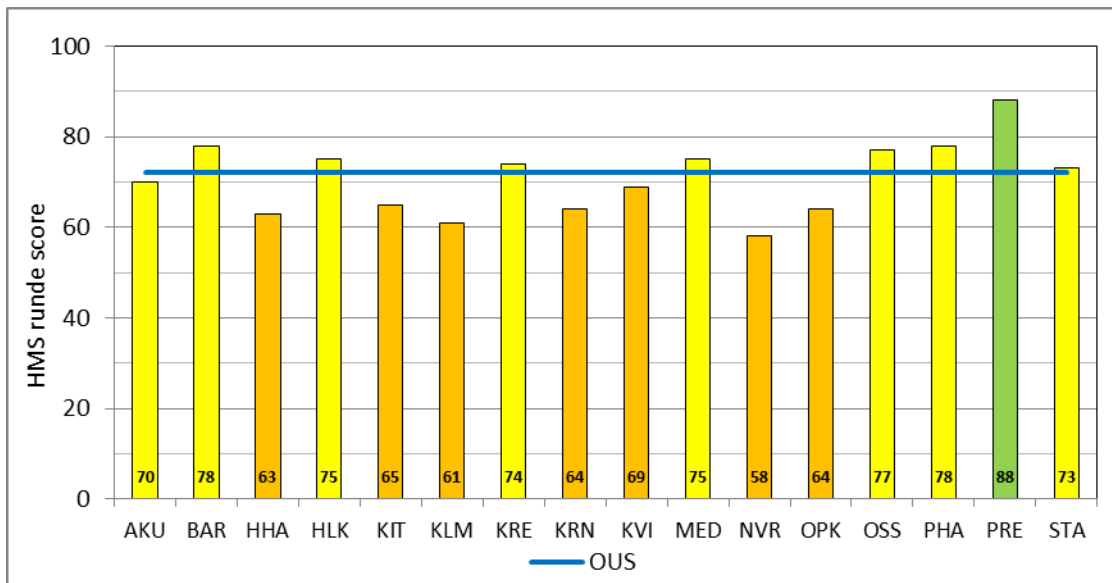
Figur 15: Temperatur, HMS runde score pr. klinikk i 2016

Resultat fra HMS rundene viser stort sprik mellom klinikkene når det gjelder plassforhold og egnethet (figur 16). Fortetting, der antallet mennesker og maskiner økes innen samme areal, er hovedårsaken til at man bedømmer plassforholdene som dårlige. Endret bruk, ofte der det ikke er reell mulighet for å gjennomføre nødvendige tilpassinger, er hovedårsaken til at man bedømmer egnethet som dårlig. Også her skiller OPK seg negativt ut.



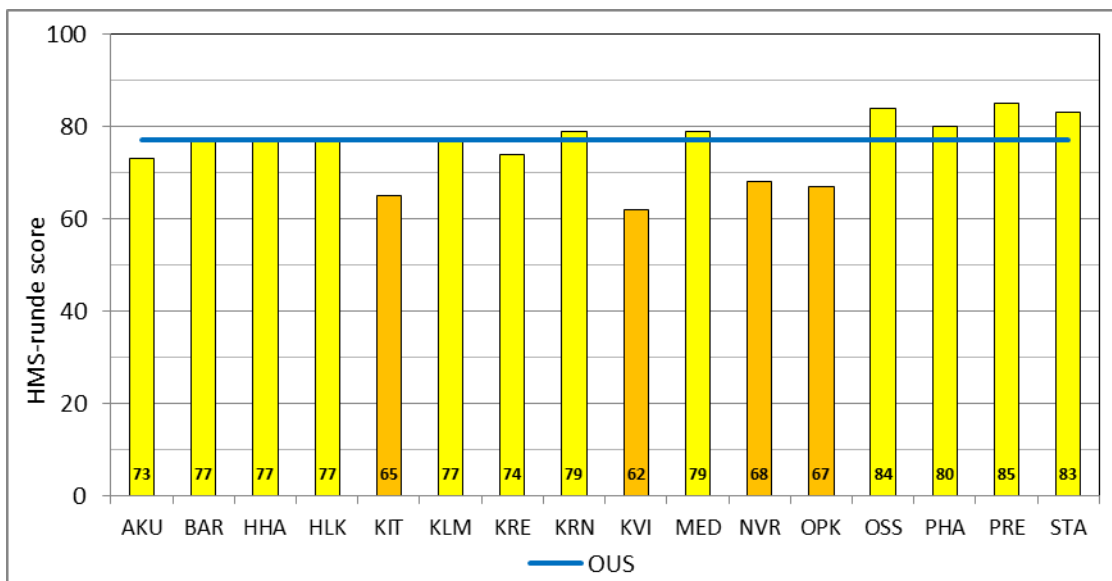
Figur 16: Plassforhold, HMS runde score pr. klinikk i 2016

Orden og renhold får relativt dårlig vurdering i HMS rundene (figur 17). Manglende renhold og tilrettelegging for dette gjør inneluftens kvalitet dårligere og kan forårsake eller forverre allergier og andre overfølsomhetsreaksjoner. Orden og renhold har således også et pasientperspektiv. Dårlig renhold på Radiumhospitalet har vært tema i media i 2016. Tiltak kan være mer regelmessig hovedrengjøring der man rengjør ventiler, ventilasjonskanaler, filtre og støvsamlende flater.



Figur 17: Orden og renhold, HMS runde score pr. klinikk i 2016

Klinikkene har ikke rapportert støy som en stor utfordring i HMS rundene (figur 18). I OUS er det støy fra utstyr, sjenerende støy ved høy persontetthet i kontorlandskaper og støy som vanskeliggjør kommunikasjon, som er vanligst. Hørselskadelig støy forekommer sjelden. Ved nyinnkjøp og ombygging bør man ha fokus på at unødvendig støy skal unngås, blant annet vurdering av egen aktivitet, valg av støysvakt utstyr, arbeidsflyt, samle og isolere støvende utstyr, holdning til stemmebruk og mobiltelefonbruk.

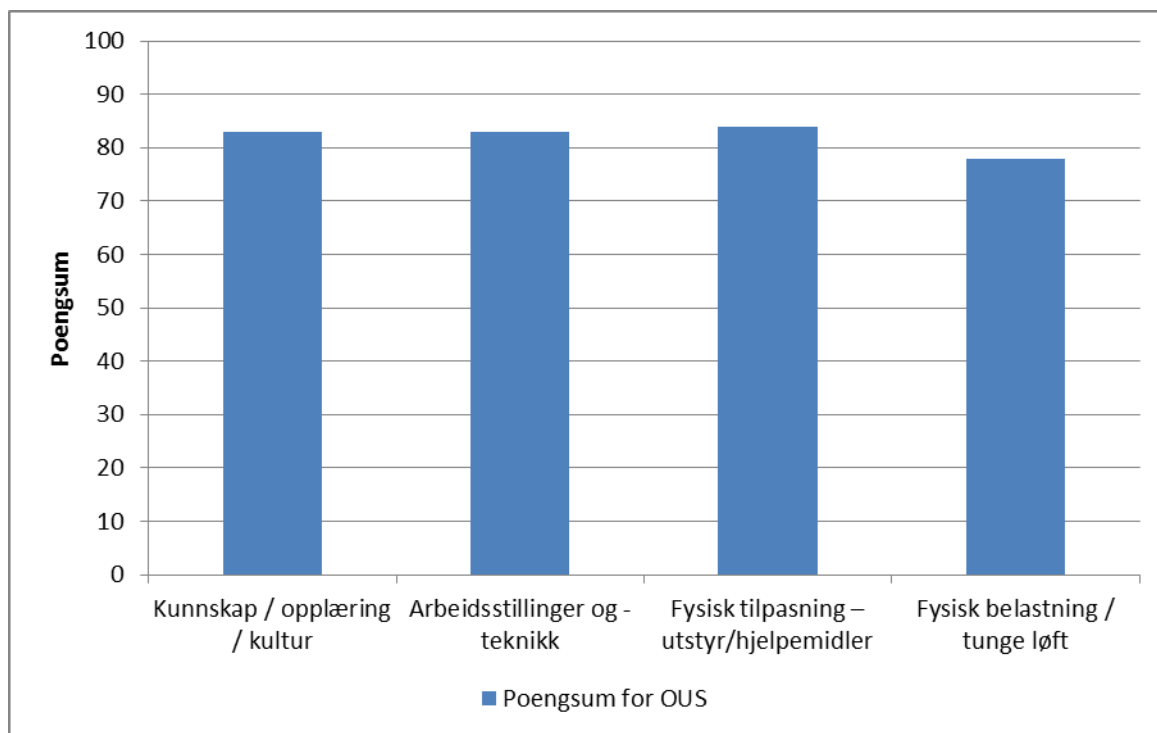


Figur 18: Støy, HMS runde score pr. klinikk i 2016

Basert på resultater fra HMS rundene oppleves belysning, dagslys og utsyn ikke som noen stor utfordring i OUS.

1.4 Ergonomi

Gjennomgang av temaet ergonomi baserer seg på rapportering fra HMS rundene som er gjennomført i OUS. Dette gjelder kategoriene kunnskap/opplæring/kultur, arbeidsstillinger og -teknikk, fysisk tilpasning – utstyr/hjelpemidler og fysisk belastning/tunge løft.



Figur 19: Poengsum for OUS i HMS runden på temaet "Ergonomi".

Klinikkene AKU, Klinik for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (KIT), Kvinneklinikken (KVI) og STA vurderer å ha et forbedringspotensial for kunnskap/opplæring/kultur om ergonomi og forflytning, mens de øvrige klinikkene oppgir tilfredsstillende forhold. Arbeid med ergonomiske forbedringer er et kontinuerlig arbeid som krever jevnlig oppmerksomhet.

I kategorien arbeidsstillinger og teknikk er det rom for forbedring i AKU, Klinik for laboratoriemedisin (KLM), KVI og PRE. I AKU, KVI og PRE er det i stor grad arbeid med pasienter som kan vanskeliggjøre gode arbeidsstillinger, i tillegg til uforutsigbarhet knyttet til pasientbehandlingen. I KLM er det i større grad snakk om statiske arbeidsstillinger med lite rom for justering/tilpasning av utstyr som benyttes.

Flere av de samme klinikkene vurderer å ha utfordringer med tilgang til utstyr/hjelpemidler. Både KLM, KVI og OPK rapporterer i sine HMS runder at de ikke har tilstrekkelige tilpasningsmuligheter av utstyret de benytter.

Når det gjelder fysisk belastning/tunge løft er det særlig PRE, AKU og KVI som eksponeres for dette. Innenfor OSS varierer eksponeringen, fra tilfeller av tungt fysisk arbeid innenfor renhold, transport og portører, til minimal belastning innenfor det merkantile. Basert på klinikkens tilbakemeldinger i HMS runden, kan det virke som om enkelte klinikker ikke automatisk ser hvordan gode arbeidsstillinger og teknikk, i kombinasjon med tilgjengelig utstyr/hjelpemidler, kan redusere mengden fysisk belastning/tunge løft.

Mange klinikker påpeker at de har behov for flere operative forflytningsveiledere. Bedriftsfysioterapeutene i Arbeidsmiljøavdelingen tilbyr halvårslige kursrekker med opplæring i

forflytningsteknikk for ansatte med pasientrettet arbeid. Totalt i OUS er det 160 forflytningsveiledere. Disse kan veilede og undervise kollegaer i egen enhet om temaet forflytning. Forflytningsfilmer er tilgjengelig på intranett og benyttes aktivt på kurs og i intern undervisning. Det tilbys også ergonomikurs for ansatte med ikke-pasientrettet arbeid. Totalt har OUS 65 ergonomiveiledere. Disse veilederne har både kunnskap om de ergonomiske forholdene ved egen arbeidsplass, og de kan veilede kollegaer i egen enhet.

Sykehuset følger fortsatt en investeringsplan for fornying og utskiftning av sengeparken i OUS. Til tider opplever ansatte mangel på rene senger og det oppstår fortsatt situasjoner der sengene ikke fungerer optimalt, noe som kan medføre ugunstige arbeidsstillinger. Eksempler på dette er dårlig styring når sengene kjøres, slitte/dårlige bremsere eller vanskeligheter med å fjerne deler av sengen.

1.4.1. Hva er oppnådd?

Mange enheter i de fleste klinikker har hatt internopplæring tilpasset egne behov i arbeidshverdagen. Totalt er det gjennomført 66 undervisningstilfeller på enhetsnivå, hvor AKU og OSS har hatt flest. Det er rom for forbedring i undervisning og råd/veiledning på gruppenivå i Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (HHA), PHA, MED, Hjerter-, lunge-, og karklinikken (HLK), og Klinikk for radiologi og nukleærmedisin (KRN) hvor det har vært 0 eller 1 undervisningsoppdrag i 2016 per klinikk.

I OUS ble det i 2016 gjennomført 338 ergonomiske tilrettelegginger på individnivå. Det er fortsatt en stor del av disse henvendelsene som er knyttet til sykefraværsoppfølging og i etterkant av dialogmøter.

1.4.2. Satsning fremover

Det er behov for en dreining mot forebyggende arbeid på gruppenivå for å nå ansatte før plagene inntreffer. Dette kan gjøres eksempelvis ved undervisning ved fagperson fra Arbeidsmiljøavdelingen. Det er viktig at enhetene får en rutine for regelmessig oppmerksomhet på det forebyggende arbeidet med hensyn til fysisk arbeidsbelastning og arbeidsteknikk.

Parallelt med det forebyggende ergonomiarbeidet for å unngå muskel-/skjelettplager, er det også viktig å tenke helsefremmende/forebyggende med tanke på fysisk form. I denne sammenheng er det relevant å vurdere tiltak for å øke de ansattes fysiske forutsetninger for å kunne stå i arbeidet og unngå plager knyttet til dette. Bedriftsfysioterapeutene i Arbeidsmiljøavdelingen ser arbeidsplassen som en viktig arena for dette arbeidet.

Ansatte oppfordres til å involvere seg ved anskaffelse/innkjøp av utstyr/hjelpemidler som kan lette deres arbeidshverdag. Dette kan gjøres ved å skrive tydelige kravspesifikasjoner og delta i planlegging/endring av det fysiske arbeidsmiljøet. I planleggingen er det viktig å ivareta kravet om universell utforming og flerbruksplasser som finnes mange steder i OUS. Her vil elektriske hev-/senkbare arbeidsbord og funksjonelle/tilpassede stoler til dette formålet bidra til stor grad av mulighet for tilrettelegging og justering for den enkelte arbeidstaker.

1.5 Kjemisk arbeidsmiljø

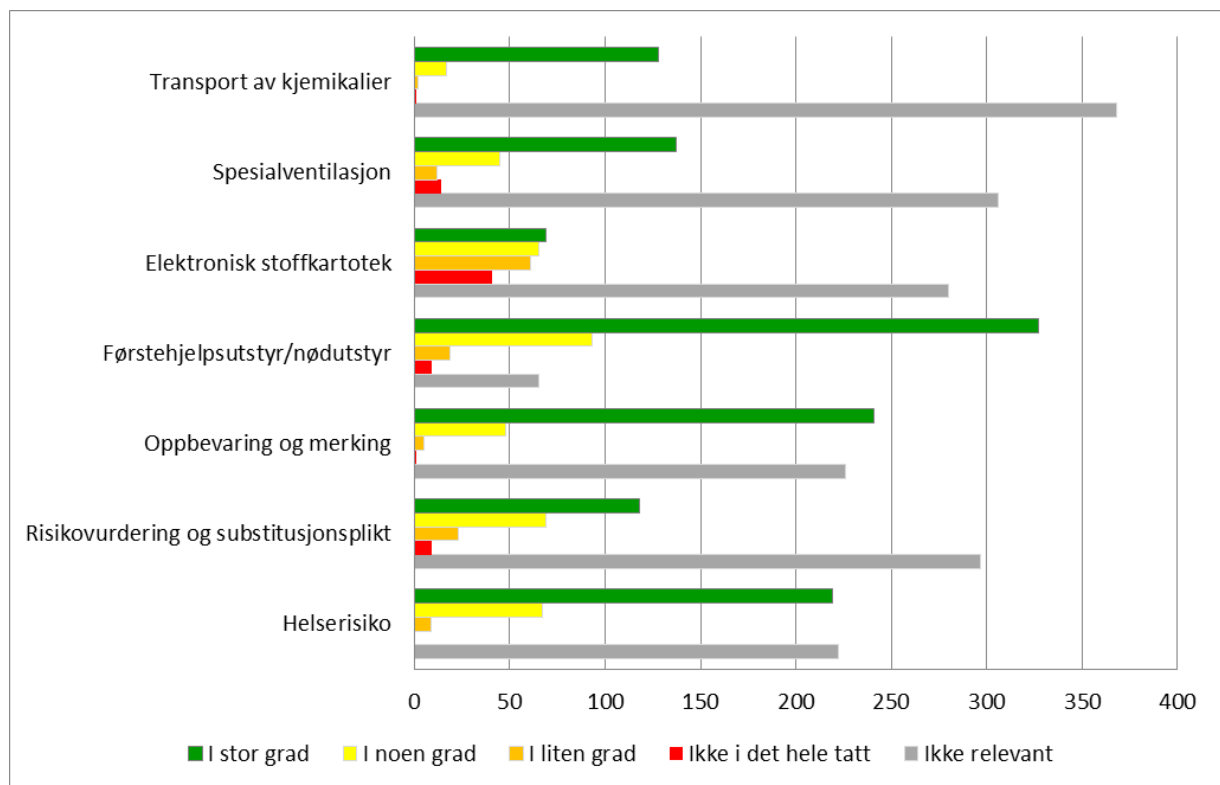
Bruk av kjemikalier med farlige egenskaper i OUS er regulert gjennom lover, forskrifter og interne prosedyrer. Det stilles krav til risikovurdering, utforming og tilrettelegging, opplæring, substitusjon, oppbevaring, vernetiltak og målinger av forurensninger i arbeidsatmosfæren.

1.5.1. HMS runde Kjemisk arbeidsmiljø

I temaet *kjemisk arbeidsmiljø* blir følgende spørsmål stilt:

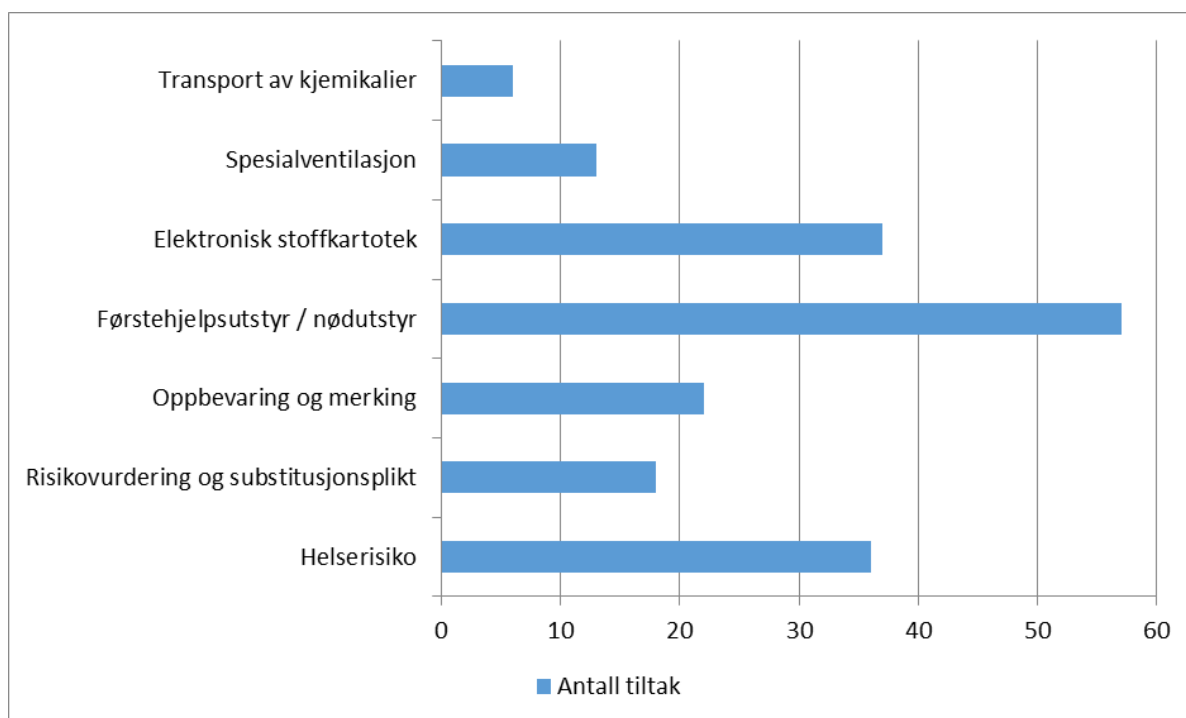
- **Helserisiko:** Er helseaspektet i forbindelse med bruk av kjemikalier ivare tatt?
- **Risikovurdering og substitusjonsplikt:** Er og blir det gjort risiko- og substitusjonsvurderinger av kjemikalier og deres bruk?
- **Oppbevaring og merking:** Er kjemikalier riktig merket og trygt oppbevart?
- **Førstehjelpsutstyr/nødutstyr:** Har verneområdet førstehjelps- og nødutstyr?
- **Elektronisk stoffkartotek (EcoOnline):** Brukes det elektroniske stoffkartoteket EcoOnline aktivt?
- **Spesialventilasjon:** Har verneområdet tilstrekkelig med fungerende spesialventilasjon av egnet type?
- **Transport av kjemikalier:** Transporteres kjemikalier forsvarlig?

Besvarelsen for hele OUS fordelt på svaralternativene vises i figur 20.



Figur 20: Antall besvarelser pr. svaralternativ i temaet *kjemisk arbeidsmiljø*.

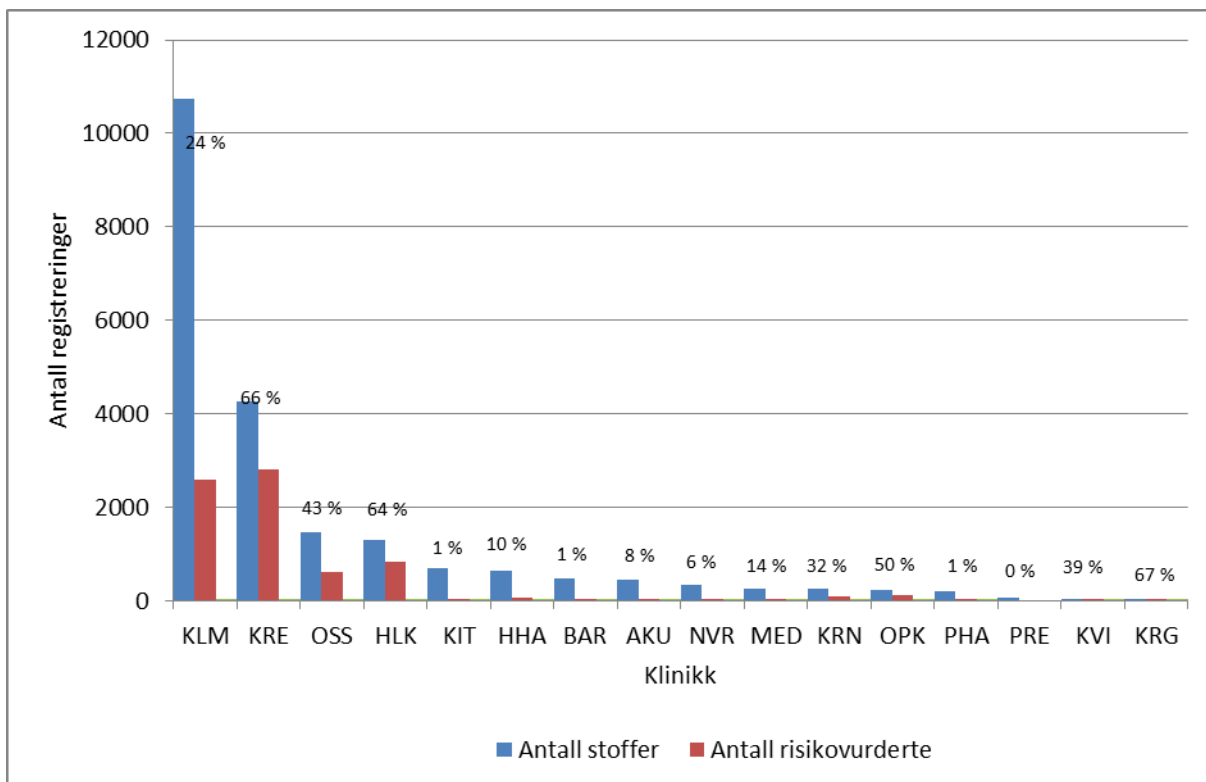
Flere verneområder har besvart *ikke i det hele tatt* på temaer som elektronisk stoffkartotek, spesialventilasjon, førstehjelpsutstyr og risikovurdering/substitusjonsvurdering. Det er satt opp flere tiltak pr. undertema.



Figur 21: Antall tiltak pr. undertema i OUS.

1.5.2. Risikovurdering av kjemikalier

Før 2016 var selve risikovurderingen i systemet for elektronisk stoffkartotek (EcoOnline) noe mangelfull for de farligste kjemikaliene. Ved årsskiftet 2015/2016 fikk systemet en større oppdatering, noe som endret måten risikovurderingen ble utført på. Endringen besto blant annet i at alle krav i risikovurdering i henhold til *Forskrift om utførelse av arbeid §3-1* kan bli oppfylt med verktøyet for risikovurdering. Nå kan risikovurderingen bli utført elektronisk på de farligste kjemikaliene. Sommeren 2016 ble det utgitt en bruksanvisning av Arbeidsmiljøavdelingen for risiko- og substitusjonsvurdering på den nye måten. Denne bruksanvisningen beskriver fremgangsmåten i detalj. Alle steder der det finnes farlige kjemikalier på arbeidsplassen skal ha et stoffkartotek med sikkerhetsdatablader i EcoOnline. Søylen i figur 21 viser antall registreringer og antall risikovurderinger i stoffkartoteket fordelt på klinikkene OUS. Tallet over søylene viser *andel* risikovurderte registreringer i prosent. Det er ønskelig at mer enn 80 % av stoffene i stoffkartoteket har en lokal risikovurdering.



Figur 22: Oversikt over lokal risikovurdering OUS. Blå farge er antall registreringer og rød farge er antall risikovurderte. Prosenten er andelen risikovurderte.

Klinikkene KLM og KRE skiller seg ut i antall registreringer. Dette er klinikker med mye laboratorievirksomhet. Per 2. januar 2017 var **33,9 %** av alle registreringene i stoffkartoteket risikovurdert lokalt. Siden bruksanvisningen ble gitt ut og fremgangsmåten for risikovurdering ble endret i løpet av året, forventes et høyere tall ved neste års rapport. Responsen fra klinikkene er svært positiv og mange har dette som et satsningsområde for 2017. Det er spesielt viktig for klinikker med laboratorievirksomhet, da laboratorier ofte har de farligste stoffene.

1.5.3. Substitusjonsvurdering (Grønn kjemi)

Farlige kjemikalier 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. Kravet er hjemlet i arbeidsmiljøloven § 4-5 og produktkontrollloven § 3a.

Oslo universitetssykehus HF 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 er ønskelig at enhetene foretar en substitusjonsvurdering av. Denne vurderingen blir dokumentert i stoffkartoteket.

| | Kriteriegruppe 1 (krever dispensasjon) | Kriteriegruppe 2 | Kriteriegruppe 3 | Kriteriegruppe 4 | Total | Andel vurderte |
|------------|--|---------------------|---------------------|---------------------|-------|-------------------|
| OUS | 142 | 811 | 1516 | 135 | 2604 | 4,3 % |

Tabell 1: Oversikt over antall vurderingspliktige stoffer i OUS.

1.5.4. Opplæring

Arbeidsmiljøavdelingen arrangerer flere kurs med tema kjemisk arbeidsmiljø – se egen kursoversikt til slutt i dette kapittelet. Deltagelsen og aktiviteten har vært tilfredsstillende. Det er allikevel ønskelig at det er flere deltagere på kurs i bruk av elektronisk stoffkartotek. Dette er satt opp som tiltak for 2017 i flere klinikker.

1.5.5. Prosedyrer og rutiner

To prosedyrer ble vesentlig oppdatert i 2016:

- Kjemikaliehåndtering (Dok-ID: 9804)
- Håndtering av farlig avfall (Dok-ID: 61700). Ny rutine innført.

Øvrige prosedyrer:

- Elektronisk stoffkartotek (Dok-ID: 81343)
- Helseundersøkelser og registerføring ved eksponering for helseskadelige faktorer (Dok-ID: 56246)
- Tilrettelegging av arbeidet for gravide (Dok-ID: 5918)

1.5.6. Arbeidstakerregister

Det er et krav om registrering av arbeidstagere som er eller kan bli utsatt for kreftfremkallende eller arvestoffskadelige kjemikalier, og bly og blyforbindelser. Arbeidsmiljøavdelingen er initiativtaker til registreringen som skjer annethvert år. I 2016 ble det sendt ut utfyllingsskjemaer til de fleste klinikkene. Ferdig utfylte skjemaer ble sendt tilbake til Arbeidsmiljøavdelingen. Skjemaene er lagret i bedriftshelsetjeneste journalssystemet ProfDoc Vision. Ved slutten av 2016 var det **580** stoffer i EcoOnline som krever arbeidstakerregister ved bruk. Det er ønskelig å redusere dette antallet fremover (substitusjon). Arbeidsmiljøavdelingen anslår at 80 % av stoffene er registrert i arbeidstakerregister og vil fullføre arbeidet i løpet av 2017.

1.5.7. Farlig avfall

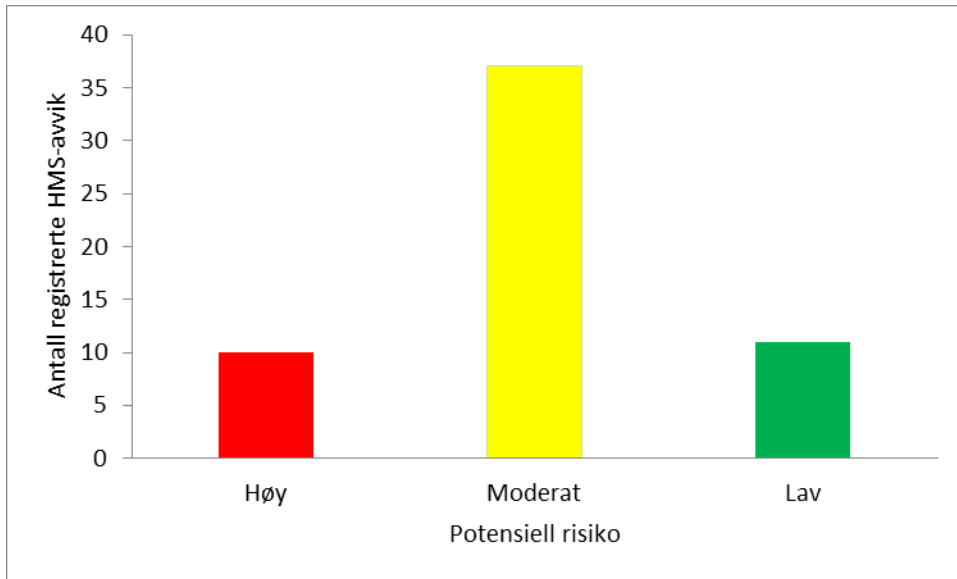
Farlig avfall er avfall med helse-, miljø og/eller brannfare. Disse skal ikke blandes med annet avfall eller helles i avløp. Klinikkledeksen er ansvarlig for at avdelingene holder oversikt over hva slags avfall de produserer og at dette håndteres forskriftsmessig. Det oppfordres derfor til en gjennomgang av typer farlig avfall i klinikken, samt en kvalitetssikring av håndteringen av avfallet.

I 2016 ble det avhendet **110 tonn** farlig avfall. Dette er en betydelig oppgang fra 2015 (78,8 tonn). Årsaken til dette er at det ble utført en større opprydding på Dikemark (12 tonn). I tillegg har deklarerer av farlig avfall blitt elektronisk (avfallsdeklarerer.no) noe som øker kontrollen og reduserer underrapportering.

1.5.8. Avvik og uønskede hendelser

Ved registrering av kjemikalierelaterte HMS-avvik må man velge sakstype «kjemikalier».

I 2016 ble det registret 59 HMS-avvik med sakstype «kjemikalier». Figur 23 viser fordelingen i vurdert risiko. Åtte hendelser medførte personskade hvorav fire skader medførte sykefravær. Ingen av skadene var av alvorlig karakter.



Figur 23: Vurdert risiko i registrerte HMS-avvik kjemikalier 2016.

Flere av avvikene handler om lekkasje fra kjemikalietanken i OCCI-bygget april 2016. Målepeileren var defekt og tanken ble overfylt. Det antas at det hovedsakelig rant ut xylene. Lekkasjen ble håndtert med bistand fra brannvesenet. Rutiner er opprettet for å hindre at dette skjer igjen.

OUS bruker store mengder kjemikalier til forskning og diagnostikk. Hensikten med melding av avvik er å redusere sannsynligheten for at det skjer igjen. Arbeidsmiljøavdelingen oppfordrer derfor til å melde alle typer avvik/uønskede hendelser.

1.6 Smittevern

1.6.1. Basale smittevernrutiner

De grunnleggende forebyggende tiltakene mot yrkesbetinget smitte av helsepersonell er basert på såkalte basale smittevernrutiner. Opplæring i slike rutiner er i utgangspunktet en del av grunnutdanningen for alt helsepersonell, og omfatter håndhygiene, forebygging av stikkskader, korrekt bruk av arbeidsantrekk, hansker, munnbind, øyebeskyttelse og annet personlig verneutstyr, hostehygiene, rengjøring og desinfeksjon av utstyr, håndtering av sengetøy, tekstiler, avfall og annet. Dette er beskrevet i prosedyrer og retningslinjer i sykehusets eHåndbok. Det blir undervist i basale smittevernrutiner på obligatorisk kurs for nyansatte, og løpende i forbindelse med undervisning i smittevern for ulike personellgrupper. I tillegg blir det iverksatt ekstra tiltak for spesifiserte infeksjoner, slik som isolering, screening på visse mikroorganismer, vaksiner og annet. Det er egne anbefalinger for smitteforebyggende tiltak for gravide helsearbeidere.

1.6.2. Stikk-/kuttskader

I 2016 var det for OUS samlet sett 354 meldinger i Achilles av sakstype Stikk/kutt med smitterisiko. Dette er en nedgang fra 2015, da det ble meldt 394 slike hendelser. Ingen ansatte ble smittet etter stikk-/kuttskader i 2016.

Avdeling for smittevern og Arbeidsmiljøavdelingen fortsatte i 2016 arbeidet med informasjon til alle i sykehuset om nye krav til risikovurdering av hvorvidt det er behov for å benytte utstyr med sikkerhetsmessige beskyttelsesmekanismer eller ikke. Dette gjelder utstyr som kanyler, sprøyter og venekanyler.

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. Arbeidet med oppbyggingen av nettverket fortsetter i 2017.

1.6.3. Yrkesvaksiner

Arbeidsmiljøavdelingen bestilte 1182 yrkesvaksiner i 2016, tilsvarende tall var 970 i 2015.

1.6.4. Influensavaksiner av ansatte

Avdeling for smittevern og Arbeidsmiljøavdelingen har arbeidet målrettet over flere år med å motivere ansatte for vaksiner mot sesonginfluensa. I sesongen 2016/2017 ble det gitt vaksine til omkring 6800 ansatte, noe som er en vaksinasjonsdekning på cirka 34 %. Dette er en signifikant økning sammenlignet med tidligere år. Målsettingen er å komme vesentlig høyere, og ambisjonen er å nå minst 50 %.

1.6.5. Resistente bakterier

Forekomsten av resistente bakterier blant sykehusets pasienter øker år for år. Omfanget av smitteoppsporing blant ansatte som har vært utsatt for mulig smitte fra pasienter øker derfor tilsvarende. Avdeling for smittevern bruker en betydelig del av sin kapasitet på smitteoppsporing blant 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.

1.6.6. Vaksinerer 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.

1.7 Strålevern

Koordinering av sykehusets strålevern er lagt til Avdeling for diagnostisk fysikk i Klinikk for radiologi og nukleærmedisin.

Tall for 2016 viser at enkelte klinikker har ansatte med persondosimeteravlesninger opp mot grenseverdiene fra Statens strålevern. Det må imidlertid bemerkes at den effektive helkropps-dosen allikevel ligger godt innenfor anbefalt verdi. En viss strålebelastning må forventes blant ansatte som bruker strålegivende utstyr i sitt arbeid. KRN og HLK (angio) 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 stråling blir benyttet i større eller mindre grad i 12 av OUS' klinikker.

Når det gjelder teoretisk og praktisk kunnskap rundt strålevern, viser HMS runden at de fleste klinikker ligger på et akseptabelt nivå. Som et internt kvalitetsprosjekt ble det i desember sendt ut en spørreundersøkelse for å kartlegge strålevernkompetansen blant alle dosimeterbrukere i OUS. Materiale herfra vil danne grunnlag for videre oppfølging og planlegging av strålevernsundervisning/-tiltak i virksomheten.

Øvrig arbeid rundt strålevern i 2016 omfattet:

- Fortløpende revisjon, etablering og harmonisering av virksomhetsomfattende strålevernrelaterte dokumenter i eHåndbok.
- Undervisning (E-læring, teori/internundervisning, apparatspesifikk opplæring).
- Kvalitetskontroller på all strålegivende apparatur (fysikere).
- Dosemåleprosjekter for å se på dose til personell (helkropp og øyelinse), samt effekt av ulike dosereduserende tiltak.
- Søknad til Statens strålevern om «Godkjenning for medisinsk strålebruk med nukleærmedisin» i OUS. Godkjenning for ti nye år innvilget.
- Revidert strålevernsforskrift (nasjonalt dokument) til høring i OUS.
- Fortløpende oppdatering av EMS (elektronisk melderegister for strålegivende utstyr, Statens strålevern).
- Nye retningslinjer for håndtering av radioaktive kilder og avfall implementert i drift.
- Internt/eksternt samarbeid rundt strålevern. Dette innebærer interne møter med ulike faggrupper, og nettverksmøter/løpende kontakt med kontaktpersoner innen strålevern fra andre sykehus i landet.
- Tilsyn fra Statens strålevern:
 - November 2016: Klinikk for radiologi og nukleærmedisin; radiologisk avd. Ullevål Sykehus. Tema «berettigelse», som et ledd i en europeisk aksjon for å redusere antallet unødvendige røntgen- og CT-undersøkelser i helsevesenet.
 - November/desember 2016: Kreftklinikken; Stråleterapi US, inkludert Øyebrachy og Villa Derma
- Achilles: det er meldt 7 avvik relatert til strålevern, disse omhandler:
 - Utilstrekkelig verneutstyr
 - Mangelfull kommunikasjon rundt radioaktive pasienter
 - Svikt i rutiner

1.8 Brannvern

Alle ansatte ved OUS skal ifølge 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. Ansatte skal gjennomføre øvelse og opplæring i henhold til risiko i egen enhet.

1.8.1. Øvelser og opplæring

Brannvernseksjonens vurdering er at enkelte klinikker ikke prioriterer øvelse- og opplæringsbehov. Dette kan skyldes at det forebyggende brannvernarbeidet blir nedprioritert i forhold til primær oppgavene til enhetene. Planlegging av øvelser og opplæring må inngå i enhetenes årshjul. Brannvernseksjonen opplever økt aktivitet når det nærmer seg årsslutt, når mange ønsker å gjennomføre øvelser for å oppfylle krav.

Brannvernseksjonen har tatt i bruk slukkesimulator ved øvelser, dette har blitt godt mottatt på avdelingene. Bruk av slukkesimulator medfører at brannvernseksjonen er mer mobil og fleksibel. Øvelse med simulator gjør at det gjennomføres mer realistiske øvelser ved den enkelte enhet. Bruk av simulator har også et miljøaspekt og er kostnadsbesparende.

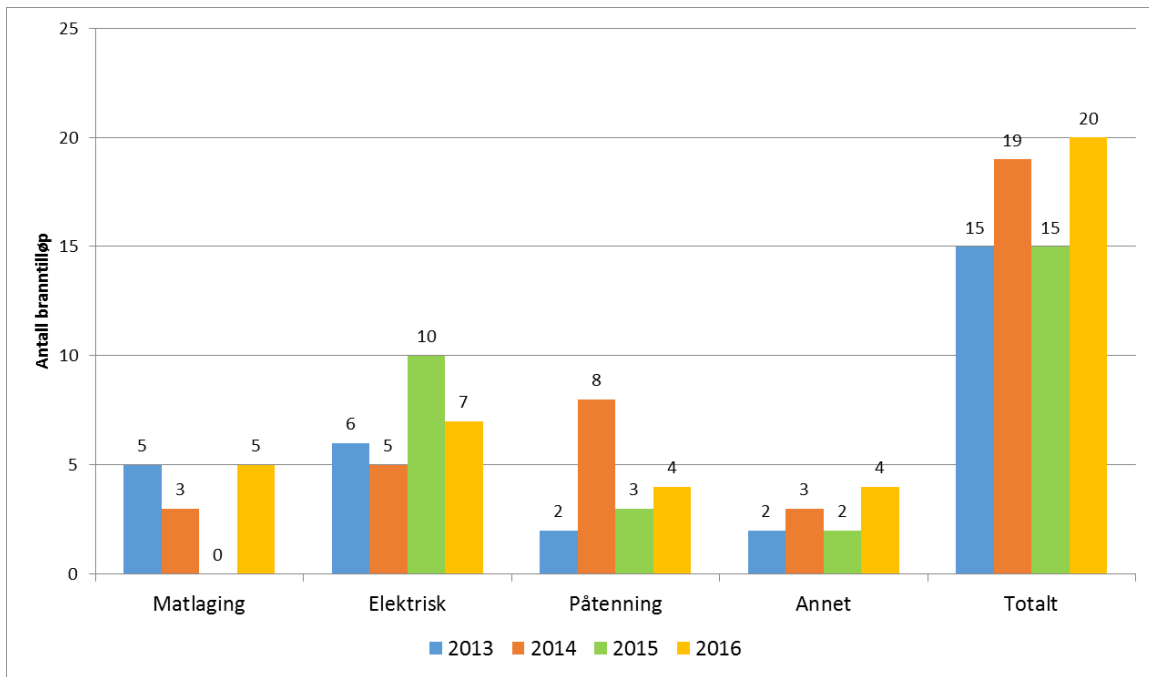
1.8.2. E-læring

I 2016 har 4 798 ansatte gjennomført og bestått e-læringskurs i brannvern av 19 228 ansatte. Dvs. 25 % av ansatte gjennomførte kurset, noe som er bekymringsfull lav andel. En forklaring kan være at det i 2016 ikke var obligatorisk å gjennomføre e-læringskurs for ansatte i OUS.

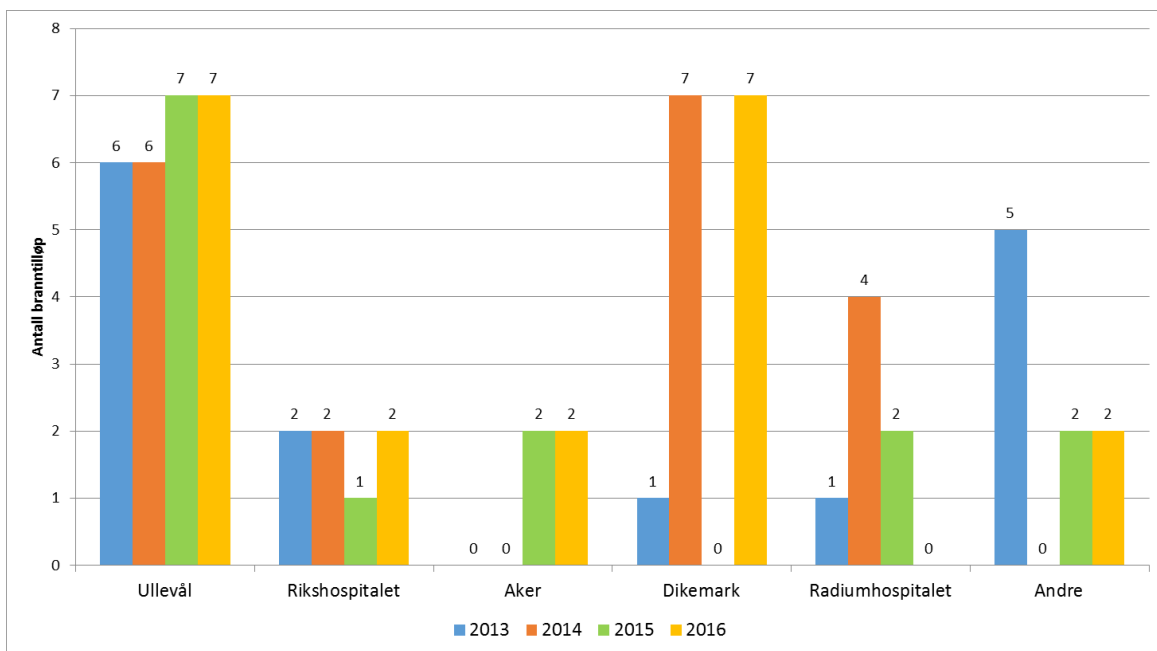
Brannvernseksjonen vil i 2017 endre kravene for gjennomføring av e-læring til at dette blir obligatorisk for alle ansatte i OUS. Brannvernseksjonen som faginstans godkjenner endringen.

1.8.3. Hendelser

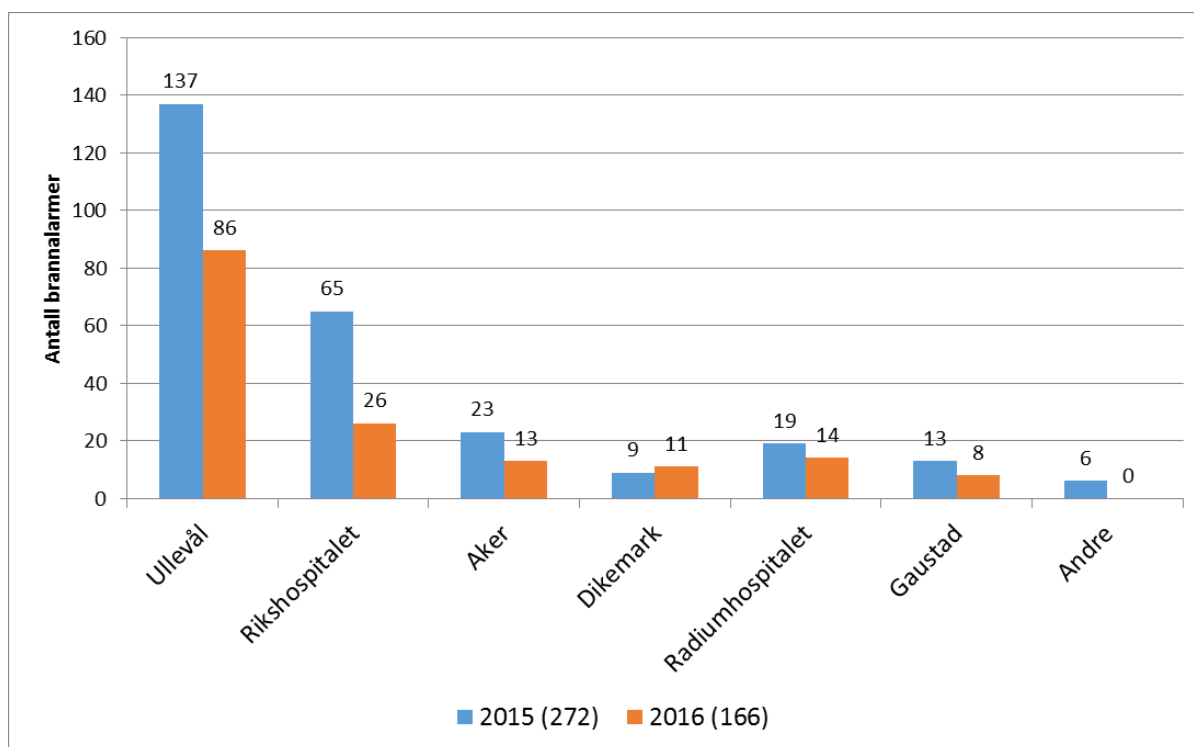
I 2016 var det totalt 20 branntilløp ved OUS, og hovedårsaken var elektriske forhold. Definisjon på branntilløp er at det skal være røykutvikling eller flammer.



Figur 24: Statistikk over årsaker til branntilløp.



Figur 25: Statistikk over antall branntilløp pr. lokasjon.



Figur 26: Statistikk over antall brannalarmer i 2015 og 2016.

OUS brukte i 2015 i overkant av kr. 500.000 på uønskede brannalarmer. I 2016 har antall brannalarmer gått ned 60 % fra 272 til 166. Beløpet brukt på brannalarmer har gått ned med 31 %, fra ca. kr. 500.000 til ca. kr. 370.000. Brannvernseksjonen mistenker at det er en del underrapportering, og at statistikken for 2016 derfor er noe mangelfull. Denne vurderingen er basert på at OUS på ett år har hatt en nedgang på 61 %. Dette er en betydelig nedgang. Mistanken forsterkes ved at brannvernseksjonen møter ansatte i sykehusets avdelinger som forteller om tilfeller brannvernseksjonen ikke er kjent med.

1.8.4. HMS-avvik

Brannvernseksjonen er gjort kjent med forhold som defineres som HMS-avvik, men som ikke er registrert i Achilles, og disse registreres heller ikke etter oppfordring fra brannvernseksjonen. Dette gir en del mørketall blant annet på statistikken for branntilløp. Brannvernseksjonen mottar også tilbakemeldinger om at det ikke er noen vits å registrere avvik, med begrunnelse i at det ikke skjer noe oppfølging i etterkant av å registrere avvik.

1.8.5. Branntilsyn

Det er i 2016 gjennomført branntilsyn på følgende objekter i OUS:

- Dikemark, 0 avvik
- Luftambulansestasjon Lørenskog, 0 avvik
- SSE, 1 avvik og 3 anmerkninger

Videre ble det gjennomført et felles tilsyn på Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål hvor tema var OUS sin håndtering av brannfarlig, reaksjonsfarlig og trykksatt stoff samt utstyr og anlegg som benyttes ved håndteringen. Fellestilsynet avdekket tre store avvik med underpunkter i hvert avvik. Disse avvikene omhandler:

- Manglende dokumentasjon av at krav i forskrift er oppfylt.

- OUS ikke har sørget for at utstyr og anlegg holdes i forsvarlig stand, kontrolleres og vedlikeholdes slik at sikkerhetsnivået opprettholdes.
- OUS har gjennom sitt internkontrollsystem ikke i tilstrekkelig grad avdekket, rettet opp og forebygget avvik knyttet til håndtering og lagring av gass og/eller trykksatt stoff.

1.9 Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde (MTV)

Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde (MTV) er et kompetansesenter for medisinsk teknologi på OUS som har det overordnede ansvaret for alt det medisinsk-tekniske 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.

1.9.1. Bruk av MTU – opplæring og sertifisering

Ved OUS er ansvaret for gjennomføringen og dokumentasjonen av opplæring i MTU lagt til brukerne i henhold til Nivå 1 prosedyren «MTU- håndtering av medisinsk-teknisk utstyr (DOKID 3743) og MTU-opplæring og sertifisering av personell (DOKID 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 av 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.»*

Dette var et av flere tema for Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) sitt årlige tilsyn ved OUS datert 26.10.2016 og i rapporten beskrives hovedinntrykket etter tilsynet som at alle avdelinger som skal bruke elektromedisinsk utstyr har rutiner som sikrer at brukerkompetansen vedlikeholdes, men at det ble gjort negative funn. Dette førte til at OUS fikk en anmerkning på dette området, med denne beskrivelsen: *«Ikke alle kliniske avdelinger eller brukergrupper som var til intervju kunne dokumentere at kompetansen i bruk av elektromedisinsk utstyr systematisk kartlegges, eller at det systematisk gis opplæring i bruk av avdelingenes elektromedisinske utstyr.»* Det trekkes frem i rapporten at *«Nivå 1-prosedyren som er skal sikre at alle som skal bruke elektromedisinsk utstyr har nødvendig kompetanse, ble ikke fulgt av alle de som ble intervjuet. Den brukergruppen som i minst grad kunne dokumentere en systematisk oppfølging av utstyrskompetansen, var legene».* Denne tilbakemeldingen samsvarer tilsynelatende med informasjonen som har kommet frem i HMS runden 2016, der i underkant av 75 % svarte at medarbeiderne i stor grad er opplærte og sertifiserte i bruk av MTU.

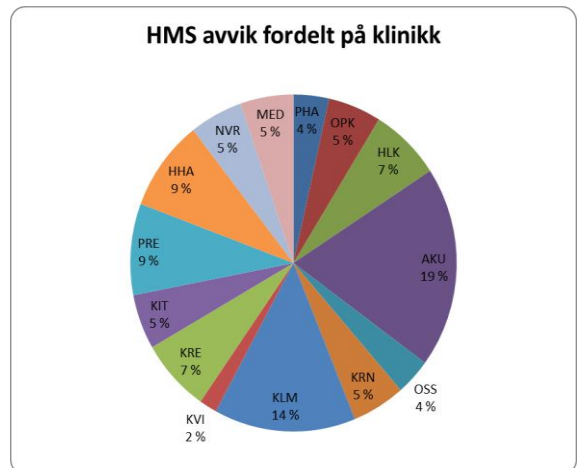
I § 8 i forskrift for håndtering av medisinsk utstyr som nevnt over, står det at alle som bruker MTU skal ha nødvendig ferdigheter og kompetanse som sikrer riktig bruk, og at denne skal være systematisk og dokumentert. Ut fra DSB tilsyn og informasjon hentet fra HMS runde mener MTV å kunne si at OUS fortsatt har et forbedringspotensial før lovverkets krav er innfridd. Her anbefales klinikkene å kartlegge omfang og behov, og gjøre nødvendige tiltak for å imøtekomme forskriftenes krav for alle ansatte som bruker MTU.

1.9.2. HMS-avvik

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»*

I 2016 ble det totalt registrert 582 avvik under sakstypen medisinsk-teknisk utstyr (MTU) i avvikssystemet Achilles og av disse var kun 58 registret som HMS-avvik. Det er derfor rimelig å anta det er en del underregistrering på dette området. Likevel kan noen av årsakene til det lave antallet HMS-avvik være at en del av avvikene har grenseflate mot pasienthendelser og derfor blir meldt som pasientavvik i stedet. Ser man nærmere på avvikene fremgår det at det er registrert HMS-avvik i alle klinikkene, men flest i Akuttklinikken og Klinikk for laboratoriemedisin. Det er også stor spredning i årsaken til avviksmeldingene, men en stor andel (ca. 50 %) av disse er knyttet til økt arbeidsbelastning på bakgrunn av svikt i MTU.

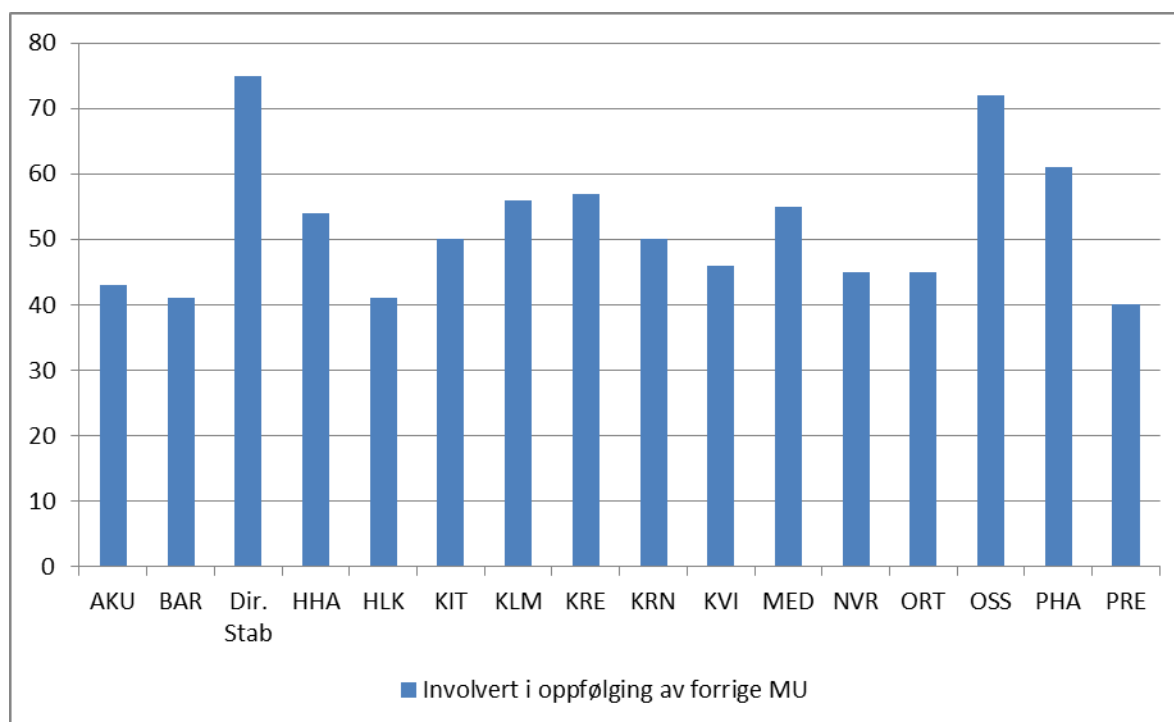
Siden det i 2016 ble registrert relativt sett få HMS avvik og at man derfor kan anta at det er en underregistrering, kan klinikkene med fordel ha økt fokus på å melde HMS-relaterte utfordringer knyttet til MTU.



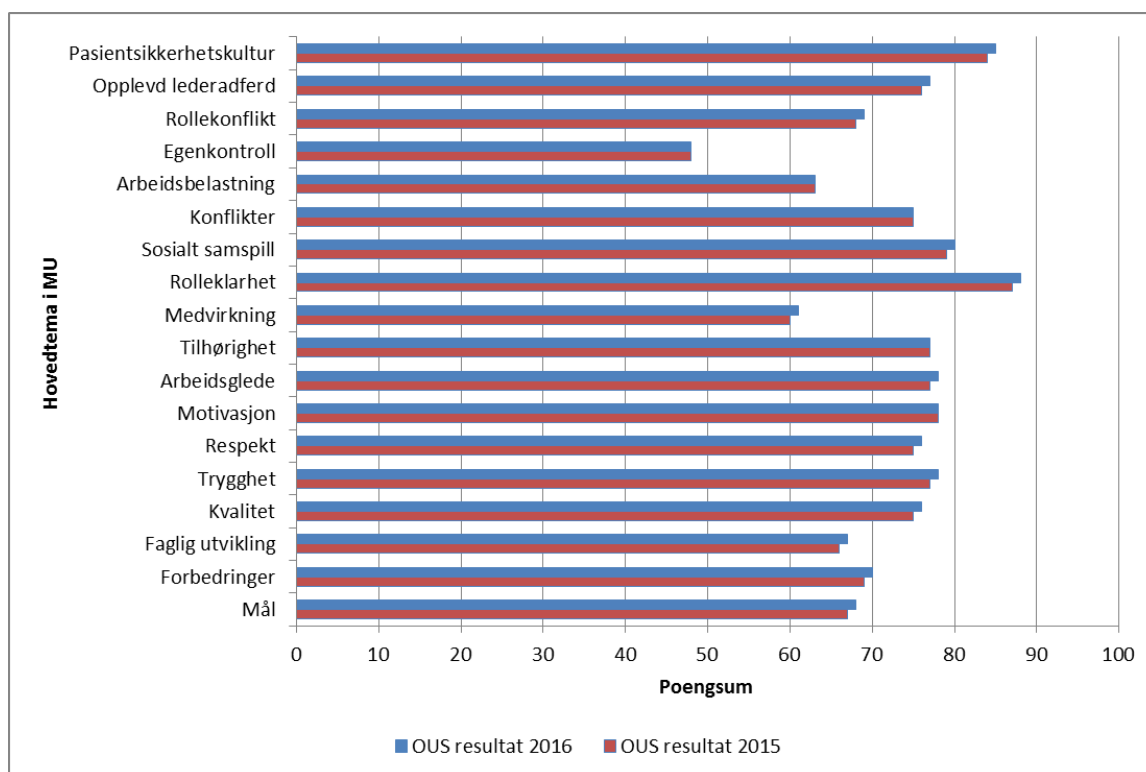
1.10 Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø

1.10.1 Medarbeiderundersøkelsen (MU)

Medarbeiderundersøkelsen (MU) er det beste verktøyet OUS har til å skaffe oversikt over det psykososiale arbeidsmiljøet i virksomheten. Målet for svarprosent ble økt fra 75 % til 80 % for 2016, og ble ikke helt oppnådd. Men svarprosenten har faktisk økt fra 76 % til 79 % og gir et dermed et godt grunnlag. Det som er mer bekymringsfullt er at bare litt over halvparten av de ansatte (53 %) opplever at de har vært involvert i oppfølgingen av MU. Dette kan svekke tilliten til MU som utviklingsverktøy, og det viser samtidig manglende opplevelse av medvirkning.



Figur 27: Andel involverte i oppfølging av forrige MU.

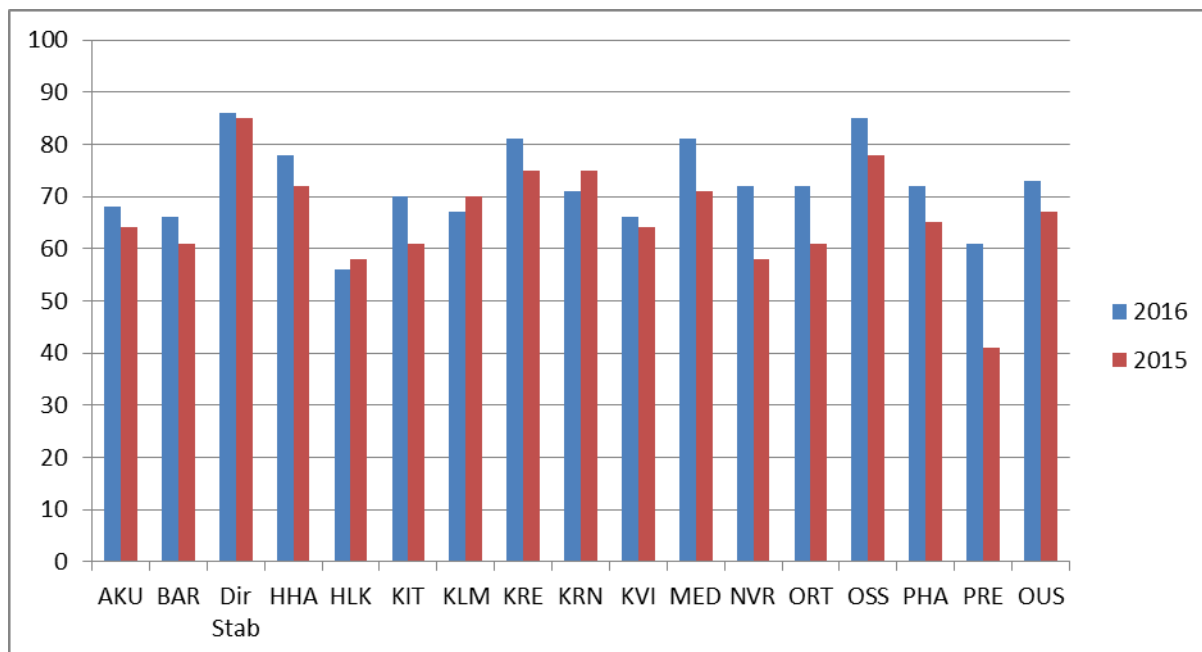


Figur 28: Poengsum per hovedkategori i MU for 2015 og 2016.

Medvirkning også mer generelt er et forbedringsområde ifølge MU. Medvirkning og egenkontroll er 2 av de 17 områdene i MU der OUS – og for øvrig HSØ - får absolutt lavest poengsum. Medvirkning er viktig ikke minst for en kunnskapsorganisasjon som OUS, i tillegg til å være et krav i Arbeidsmiljøloven. Den er viktig også i et stressperspektiv. Det område som OUS – og HSØ - får nest lavest poengsum på, er arbeidsbelastning. Hvorvidt arbeidsbelastning oppleves som negativt stressende er avhengig av grad av innflytelse man har over egen arbeidssituasjon. Den forskningsbaserte og mest kjente stressmodellen er «Krav-kontroll-støtte.» Den forteller at krav og arbeidsbelastning ikke trenger å oppleves negativt, hvis man har påvirkning på egen arbeidssituasjon og støtte fra kollegaer og andre. Støtten fra de nærmeste kollegaene oppleves som jevnt over god i OUS, mens medvirkning er et forbedringsområde.

I tillegg til sosialt samspill i egen enhet oppnår OUS de beste resultatene på rolleklarhet og opplevd pasientsikkerhet. Faktorene som gjelder den enkeltes motivasjon, arbeidsglede og stolthet over arbeidsplassen får også høy score. Det kan synes paradoksalt at arbeidsgleden er så høy, når det samtidig meldes om høy arbeidsbelastning og stress. Dette kan i stor grad forklare med den store dedikasjonen de ansatte har for faget sitt og pasientene, sammen med lagfølelsen og støtten de fleste opplever i enheten sin.

Totalt sett er endringene i MU-resultater ubetydelig sammenlignet med i fjor. Det kan se ut som den positive utviklingen fra og med 2011 er begynt å flate ut. Et unntak er gjennomføring av utviklings-/medarbeidersamtaler, som viser en økning fra 67 % til 73 %, og muligens området omstilling og endring. (Økning i oppfølging av MU er misvisende, da det i 2014 ikke ble gjennomført MU-undersøkelsen i de fleste klinikkene på grunn av innføring av DIPS.)



Figur 29: Gjennomført utviklings-/medarbeidersamtale 2015 og 2016.

Det er mye variasjon i MU-resultatene avdelinger imellom, som man ikke kan lese ut av de overordnede resultatene. Arbeidsmiljøavdelingen møter både de avdelingene som fungerer godt og vil bli enda bedre, og avdelinger som sliter. Forespørslene gir en pekepinn på hva avdelingene er opptatt av. Kommunikasjon, kulturbygging, konflikthåndtering, samarbeid på tvers (av enheter og yrkesgrupper), stressmestring og arbeidsglede er psykososiale temaer som går igjen fra år til år. Forespørsler relatert til konflikthåndtering er økende. Det skyldes sannsynligvis i større grad oppmerksomhet om behovet for å løse konflikter, enn at antall konflikter i seg selv er økende. Arbeidsmiljøavdelingen har omgjort en stilling for bedre å kunne møte den økende etterspørsel etter tjenester knyttet til psykososialt arbeidsmiljø generelt og konflikthåndtering spesielt.

1.10.2 Klinikkenes rapportering av psykososialt arbeidsmiljø

Arbeidsmiljøavdelingen har valgt å endre noe på indikatorene for psykososialt arbeidsmiljø som klinikkene blir bedt om å ha fokus på i sin årsrapportering 2016. *Arbeidsglede*, sammen med *Omstilling og endring*, går ut siden Arbeidsmiljøavdelingen mener å ha et godt nok bilde av disse faktorene. Arbeidsbelastning, som har tidligere vært den tredje faktor, inngår i *Stress* sammen med faktorer som påvirker stress. *Medvirkning* er tatt med som en egen faktor av grunnene nevnt ovenfor. *Læring og Samarbeid* er to nye faktorer som er tatt med blant annet på grunn av sammenheng med pasientsikkerhet. *Mobbing og trakassering*, samt *Vold og trusler*, er også tatt med som nye indikatorer.

Rapporteringen fra klinikkene følger stort sett vurderingen gitt av Arbeidsmiljøavdelingen på disse indikatorene. (Arbeidsmiljøavdelingen har basert sin vurdering skjematisk på klinikkens MU-resultater.)

Det ser ut som den nye faktoren «medvirkning» har bidratt til å sette fokus på temaet, siden flere klinikker setter medvirkning opp blant sine høyest prioriterte områder.

Stress og arbeidspress er et annet høyt prioritert område i klinikkenes rapportering. Dette har også vært et prioritert område tidligere.

Når det gjelder læring er fokus for det meste om faglig utvikling, og det kommenteres at dette er blitt negativt påvirket av budsjettsituasjonen, der det har vært en innstramning på kurs og konferanser. Det kan virke som den andre delen av indikatoren - kontinuerlig forbedring og "kollektiv læring" - ikke

vektlegges like sterkt. Dette aspektet er viktig både i et arbeidsmiljø- og pasientsikkerhetsperspektiv. Fafo-undersøkelsen (se under) tyder dessuten på mangler her.

For faktoren «samarbeid» synes det å være et skille mellom jevnt over godt sosialt samspill i egen enhet, men større utfordringer når det gjelder samarbeid på tvers av yrkesgrupper og enheter og med håndtering av konflikter. Dette er et bilde Arbeidsmiljøavdelingen kjenner igjen.

Mobbing og trakassering er et punkt hvor flere av klinikkene gir en mindre problematisk vurdering (for eksempel ved å endre fra oransje til grønn), enn Arbeidsmiljøavdelingen. Arbeidsmiljøavdelingens vurdering har en høy terskel for bra resultat, siden det skal være nulltoleranse for mobbing og trakassering. Denne diskrepansen er ikke lett å tolke, og MU-spørsmålet er ikke helt godt, men det er en kjent sak at grensene for hva som er har vært regnet som akseptabel atferd og kommunikasjon eller ikke har variert i OUS. På den annen side finnes også klinikker som ser dette punktet i sammenheng med kultur, og vektlegger tiltak som oppfølging av Fafo-rapporten.

1.10.3 Fafo-undersøkelsen om ytringsbetingelser

Det ble i 2016 gjennomført en annen undersøkelse blant sykepleiere og leger i OUS, Fafo-undersøkelsen om ytringsbetingelser. Det har pågått en debatt i sykehuset og i offentligheten om hvorvidt sykehusene preges av dårlig arbeidsmiljø og manglende kultur for åpenhet og respekt – ofte sammenfattet i begrepet «fryktkultur». Ledelsen i OUS har dialog med tillitsvalgte og vernetjenesten om dette. Fafo-undersøkelsen er ett av flere tiltak det nå jobbes med for å belyse tematikken nærmere i OUS. Direktøren organiserte 4. april et lederseminar om ytringsbetingelser, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i OUS, med deltakelse også fra helseminister, tillitsvalgte og hovedverneombud for å sette dette på dagsordenen. Tiltakene som ble igangsatt etter at resultatene forelå høsten 2016, beskrives etter resultatgjennomgangen.

Svarprosenten i Fafo-undersøkelsen er mye lavere enn MU, 35 %, men Fafo redegjør for at den allikevel er representativ, blant annet på bakgrunn av at fordeling på kjønn og profesjon gjenspeiler fordelingen i OUS. Varslingsaktivitet er også ganske lik Fafos undersøkelse av norsk arbeidsliv generelt. Dette tolker Fafo som at det ikke er slik at OUS-utvalget er dominert av de som er spesielt opptatt av varsling.

Det er mange resultater i Fafo-undersøkelsen. Her trekkes noen frem. Undersøkelsen viser at én av fire har vært vitne til eller opplevd kritikkverdige forhold (som er definert i 15 kategorier). De hyppigst nevnte kritikkverdige forhold er ”destruktiv ledelse som er ødeleggende for arbeidsmiljøet” og ”forhold som kan medføre fare for liv og helse”. Bare halvparten som har sett eller opplevd kritikkverdige forhold, har varslet. De tre viktigste grunnene for ikke å varsle dreier seg om frykt for represalier. Midlertidig ansatte varsler sjeldnere enn fast ansatte. 25 prosent er enige i at de risikerer å bli møtt med uvilje fra sjefen hvis de kommer med kritiske synspunkter. Ansatte møter også motvilje fra kolleger.

Et annet bekymringsfullt resultat er at bare 26 % mener det hjalp å varsle. Dette er vesentlig lavere enn undersøkelser av andre utvalg. Det er også færre i OUS som sier de ville varslet igjen, selv om tallet er relativt høyt (75 %). Når det gjelder sanksjoner er andelen i OUS som har opplevd det (15 %) lik andre undersøkelser.

Resultatene viser at det er mye å ta tak i. For å få til læring og forbedring, kreves stor grad av trygghet for å ta opp ting, som igjen er avhengig av, ikke bare fravær av motvilje og sanksjoner, men aktiv oppmuntring (Nembhard og Edmonsén, 2006, i en studie av nyfødteintensiv avdelinger).

AMU har kommet med flere tiltak for oppfølging av Fafo-rapporten:

- Klinikker-AMUene er bedt om å følge opp rapporten lokalt og komme med innspill til sentralt hold

- Det er nedsatt et partssammensatt koordineringsutvalg som rapporterer til AMU og som skal lage handlingsplan
- Det er et studentprosjekt som skal systematisere innspill fra klinikkene, intervjuere representanter i klinikk-AMUene og rapportere sine funn i forskjellige fora.

Fafo-rapporten er også trukket inn i arbeidet til en partssammensatt arbeidsgruppe som ser på gjensidig avhengigheter og synergier mellom pasientsikkerhet og HMS.

Arbeidsmiljøavdelingen og kulturkonsulentprogrammet har også fokus på oppfølging av Fafo-rapporten. Dette er en videreføring og spissing av arbeidet med å skape et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt.

1.10.4 Kultur

Første gjennomføring av kulturkonsulentprogrammet ble avsluttet høsten 2016, og et nytt kull begynte like etter. Programmet er et tilbud til klinikkene i regi av Arbeidsmiljøavdelingen, og alle klinikkene bortsett fra en har meldt på deltagere. Kontakt er knyttet til internasjonale miljøer som jobber med tilsvarende program og kan vise til dokumenterte resultater. Målet med programmet er å etablere et "korps" med interne ressurspersoner som kan være:

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

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

Kulturkonsulentene kan engasjeres til å bistå på personalmøter, arbeidsmiljøseminarer og andre fora. De bruker medvirkningsbaserte verktøy og metoder for å bedre samarbeid og kommunikasjon, utarbeide kjøreregler, få til positiv håndtering av forskjellighet, avklare forventninger mellom yrkesgrupper, med mer. Det er ledere som er oppdragsgivere, og det anbefales at verneombud og tillitsvalgte trekkes inn i planlegging av utviklingsprosessene.

Et annet kulturtiltak er kompetanseheving for ledere. Kulturledelse er fast tema på det lederprogrammet for nye ledere, og det er tilbud til alle ledere om dagskurs i tillegg. Kulturbygging er også fast post på grunnkurs i HMS for alle nye verneombud. Disse tiltakene er en videreføring av arbeid som har pågått siden 2014.

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

Arbeid med å koble pasientsikkerhet og HMS sterkere sammen er underveis som oppfølging av overordnede føringer og en økende forståelse og forskningsgrunnlag for sammenhengene mellom pasientsikkerhet og kvalitet på den ene siden, og de ansattes helse og velvære på den andre, hvor kultur er en viktig felles faktor.

Det er økende samarbeid mellom forskjellige miljøer om kultur, for eksempel mellom Seksjonen for likeverdige tjenester og Arbeidsmiljøavdelingen.

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

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

1.10.5 Ny MU / PSK

Det er et nasjonalt prosjekt som arbeider med å slå sammen Medarbeiderundersøkelsen med Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Idéen er god. Dessverre kom OUS sent inn i dette arbeidet, og har en noe begrenset rolle, som deltager i referansegruppen. Internt har det vært en arbeidsgruppe med deltagelse fra stabsavdelinger og klinikkene for å gi innspill til det nye nasjonale verktøyet, og utarbeide interne spørsmål for OUS. Det arbeides også med videreutvikling av oppfølging av MU/PSK, med gjennomgang av eksisterende og nye verktøy for ledere og bistand fra interne ressurser. Det har i høst vært en pilot i én klinisk avdeling og én ikke-klinisk avdeling. Arbeidet videreføres i 2017. Et godt måleverktøy er svært viktig for videreutviklingen av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Fafo-undersøkelsen gir også pekepinn på områder OUS må følge utviklingen på gjennom nye målinger, helst det nye felles verktøyet MU/PSKU hvis det viser seg å være egnet.

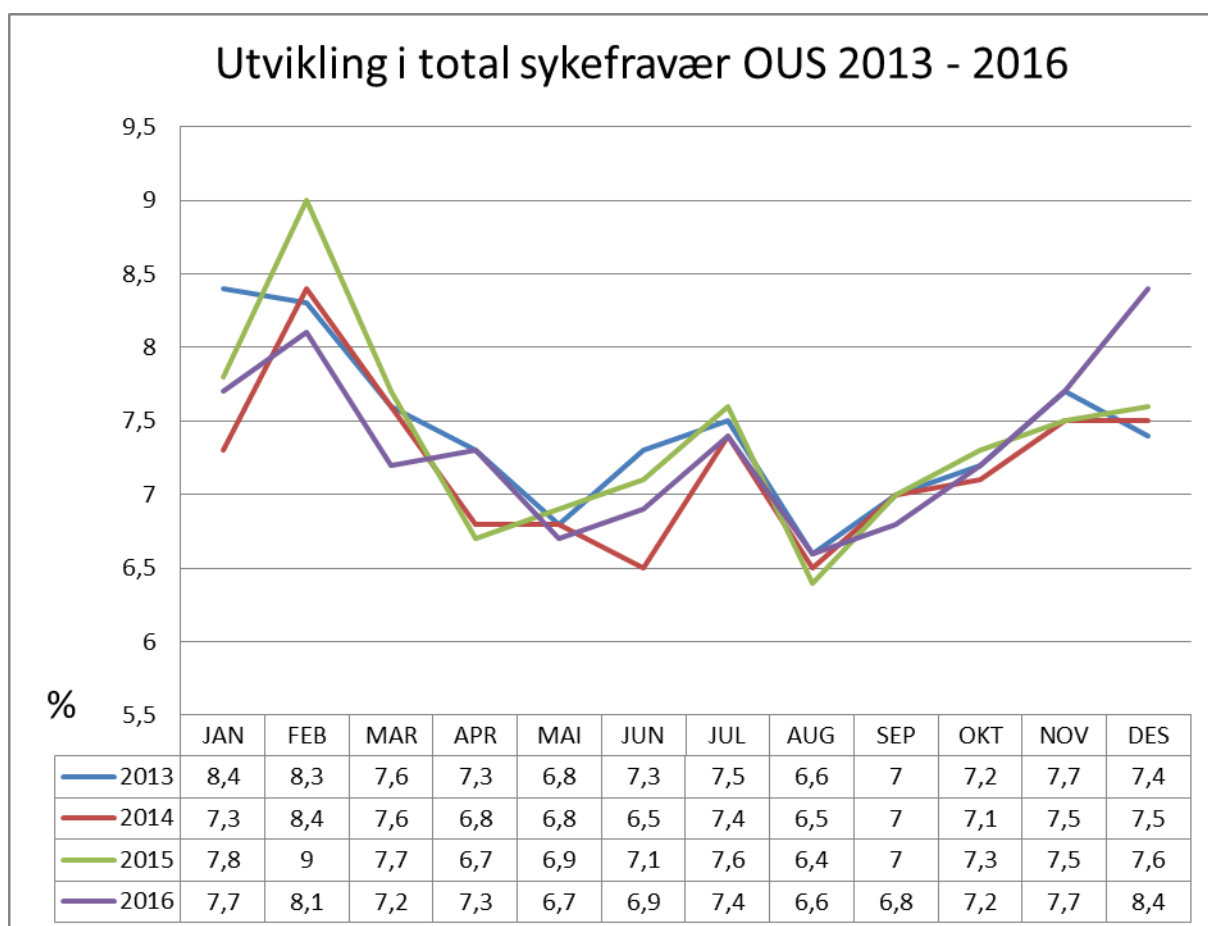
1.11 Inkluderende arbeidsliv

1.11.1 Sykefravær

Inkluderende arbeidsliv inngår som en integrert del av det systematiske HMS-arbeidet. Det forebyggende aspektet er viktig. Når klinikkene har vurdert IA- arbeidet i den klinikkvise årsrapporten, har de bare fått kriterier basert på tall for sykefraværet (Fraværstall og tall fra MU) fordi dette kan tallfestes.

Arbeidsmiljøavdelingen har ikke registrert noen vesentlige endringer i IA-arbeidet i forhold til det som har vært gjort i tidligere år.

Totalt fravær for 2016 er på 7,31 % og dette tilsvarer en marginal reduksjon fra 7,34 % i 2015. Korttidsfraværet har gått litt opp til 2,68 % fra 2,63 % i 2015, mens langtidsfraværet er på 4,63 % mot 4,71 % i 2015. Hovedårsaken til nedgangen skyldes en liten reduksjon i langtidsfravær over 56 dager fra 3,36 % til 3,15 %.



Figur 30: Utvikling i totalt sykefravær i OUS 2013-2016.

Som det fremgår av grafen er det en betydelig samvariasjon i fraværet knyttet til sesong. For 2016 er det avvikende høye tall i desember, sannsynligvis knyttet til årets influensa.

For noen ledere krever sykefraværsoppfølging mye arbeid og kan skjule mye annen problematikk som konflikter, vanskelige samhandlingsmønstre, motstridende forventninger eller uklar/utfordrende ledelse. Slike faktorer kan være utslagsgivende for at ansatte med helseutfordringer blir sykmeldt.

Mange ledere og verneombud søker bistand til å bedre kommunikasjon og samhandling. Dette anses som viktige faktorer i det forebyggende arbeidet med IA.

Tilrettelegging av arbeidet for ansatte som har helsebegrensninger kan være utfordrende. Tilretteleggingstiltak varierer mye, fra kortvarig tilpasning av arbeidsoppgaver og arbeidstid, til omplassering til annen stilling. Størstedelen av tilretteleggingsarbeidet gjøres i egen avdeling, i samarbeid mellom leder og ansatt. Hovedregelen er å få til gradvis tilbakeføring til mest mulig normal arbeidssituasjon, ofte ved bruk av gradert sykmelding. Omplassering fra en klinikk til en annen skjer også, selv om dette kan innebære visse organisatoriske utfordringer.

Arbeidsmiljøavdelingen bistår i 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.

1.11.2 Gravid og trygg i jobb

Fra april 2016 har OUS fått et nytt tilbud i form av bedriftsjordmor i Arbeidsmiljøavdelingen. Etter intern navnekonkurranse ble tjenesten gitt navnet «Gravid og trygg i jobb». Tjenesten har hatt betydelig påvirkning på gravides sykefravær i andre helseforetak, og OUS samarbeider tett med Ahus som har hatt suksess med tilbudet om bedriftsjordmor i flere år.

Den gravides trygghet og følelse av å være til nytte gjennom hele svangerskapet blir trukket frem som viktige målsetninger i arbeidet til bedriftsjordmor, og i løpet av april til desember 2016 hadde over 100 gravide kommet i gang med oppfølging.

Tjenesten består av to deler

- 1) Trekantsamtaler: Jordmor har samtaler med den gravide og leder tre ganger i løpet av graviditeten. Tema for samtaler 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) Gravidelunsjer: 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 smittevern for gravide er eksempler.

Gravid og trygg i jobb har fått godt fotfeste i OUS, og det meldes tilbake om mange nyttige samtaler og enkle tilretteleggingstiltak. Etter et års drift kan man tidligst hente ut sykefraværstatistikk og vurdere om tjenesten har gitt endringer i sykefraværet hos de som følges opp versus de som ikke har blitt fulgt opp gjennom graviditeten.

1.12 AKAN

AKAN står for Arbeidslivets kompetansesenter for rus- og avhengighetsproblematikk. Hensikten med AKAN er å forebygge misbruk av alkohol, pengespill, narkotika og legemidler hos de ansatte. Misbruk er noe som kan påvirke både de ansatte og pasientene. I OUS er AKAN-arbeidet forankret i et gjensidig forpliktende samarbeid mellom ledelsen og de ansatte. OUS ønsker et rusmiddelfritt arbeidsmiljø og å hjelpe ansatte som har et avhengighetsproblem.

AKAN-utvalget i OUS er et underutvalg av sentralt AMU, og dette utvalget legger føringer for AKAN-arbeidet i helseforetaket. Utvalget hadde 8 møter i 2016.

Ved slutten av 2016 hadde OUS 14 aktive saker. AKAN-utvalget mener at det er store mørketall i helseforetaket, og har derfor som mål å øke profileringsarbeidet for å synliggjøre at ansatte kan få hjelp med sitt avhengighetsproblem. Dette skal gjøres ved at utvalget fortsetter å holde kurs, legge ut informasjon på intranettet, og tar opp AKAN som tema i forum hvor det er relevant.

1.13 Ytre miljø

Virksomheten ved Oslo universitetssykehus HF er omfattende og har et stort forbruk av ressurser og utslipp av klimagasser.

For å kunne redusere eventuell skadelig påvirkning er det også i 2016 arbeidet med å kartlegge hvordan helseforetakets virksomhet påvirker det ytre miljø. For å forbedre sykehusets økonomi ble det dog foreslått og besluttet å utsette den eksterne sertifiseringen i henhold til ISO14001-2015 til 2017. Utsatt sertifisering skal ikke være en årsak til at helseforetaket ikke klarer å redusere miljøpåvirkningen. Dette arbeidet gjennomføres uavhengig av sertifisering.

OUS har i 2016 arbeidet etter den reviderte fremdriftsplanen som ble laget etter innføringen av ny ISO14001-standard i 2015. Revidert miljøpolicy etter ISO14001-2015 er lagt frem for OUS ledergruppe og høsten 2016 ble det gjennomført egenrevisjoner av implementerte prosedyrer innenfor 4 områder. Det er besluttet å opprette en operativ enhet som skal ha ansvar for å videreføre arbeidet når sertifisering er oppnådd. Arbeidet med å bemanne lederrollen for operativ enhet pågår.

| | 2016 | Endring % | 2015 | 2014 | 2013 |
|--|---------|-----------|---------|-----------|-----------|
| Avfall i tonn | 5 737 | 0,4 | 5 713 | 5 782 | 5 433 |
| Energiforbruk i Gwh | 300 | 0,7 | 298 | 295 | 302 |
| Energiforbruk - gjennomsnitt i kwh/m2 | 294 | 1,6 | 289 | 292 | 296 |
| Vannforbruk i m3 | 843 468 | -10 | 937 099 | 1 115 583 | 1 111 728 |
| Co² (tonn) | 80282 | 2,1 | 78620 | | |

Tabell 2: Oversikt over OUS sin innvirkning på det ytre miljøet.

Avfall til forbrenning (restavfall), smitteavfall og papiravfall utgjorde i 2016 de største definerte avfallsfraksjonene. Mengden restavfall var 2978 tonn, halvparten av total avfallsmengde og en reduksjon på 10 % siden 2015. Økningen i spesifiserte avfallsfraksjoner i kombinasjon med reduksjon i restavfall viser en positiv utvikling mot større evne til kildesortering i foretaket.

Smitteavfall økte med 26 % til 1263 tonn, en negativ utvikling i forhold til foretakets miljømålsetninger og økonomiske rammer. Håndtering av smitteavfall er den mest kostbare av alle avfallsfraksjonene. Stikkprøver viser at avfall sortert som smitteavfall inneholder store mengder materialer fra andre avfallsfraksjoner. For å redusere mengden avfall kategorisert som smitteavfall retter helseforetaket derfor fokus på feilsortering ved å øke bevissthet blant de ansatte.

Mengden farlig avfall var 110 tonn, en økning som skyldes gjennomføring av ekstraordinær opprydding på Dikemark og mer korrekt innrapportering (tidligere ble det levert inn farlig avfall til flere aktører som ikke ble registrert).

CO₂-utslippene viser en liten økning som i hovedsak skyldes økt oljeforbruk.

| Kostnadsposter (Tjeneste) | 2014 | 2015 | 2016 | 2015 vs 2016 |
|------------------------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| Renovasjon / avfall | Tonn | Tonn | Tonn | Δ % |
| Avfall - restavfall | 3 321 | 3 270 | 2 978 | -10 |
| Avfall - papp og papir | 739 | 711 | 716 | 1 |
| Avfall - smitte | 1 010 | 936 | 1 263 | 26 |
| Avfall - Mat | 170 | 156 | 161 | 3 |
| Avfall - Metall | 83 | 76 | 46 | -65 |
| Avfall - EE avfall | 100 | 99 | 85 | -16 |
| Avfall - Farlig | 90 | 88 | 102 | 14 |
| Avfall - Øvrige fraksjoner | 370 | 464 | 386 | -20 |
| SUM | 5883 | 5800 | 5737 | |
| Sorteringsgrad | 43,55 % | 43,62 % | 48,09 % | |

Tabell 3: Oversikt over OUS sin sorteringsgrad av avfall.

Energiforbruk totalt var stabilt fra 2015 til 2016. Parallelt økte forbruket av fyringsolje i 2016 med om lag 20 %. Årsaken til økning i bruk av fyringsolje er langvarige problemer med utbedring av elektrisk hetvannskjel på Rikshospitalet. Bortfall av denne ble også i 2016 erstattet med bruk av oljekjel. Helseforetaket har som uttalt mål å redusere bruk av fyringsolje og forventer at reparasjon og bruk av elektriske kjeler til fordel for oljefyring vil øke ut over i 2017.

Vannforbruket i 2016 ble redusert med 10 % fra 2015. Reduksjonen skyldes helårseffekt av reparasjon og utbedring av vannledninger på Ullevål sykehus og enkelte feilmålinger som er blitt registrert fra kommunens side.

1.14 Kurs / undervisning innen HMS avholdt i OUS 2016

S = Sentrale kurs oppført i Læringsportalen for hele OUS

B = Kurs bestilt direkte fra enhetene

Grunnleggende HMS-opplæring:

- HMS-grunnkurs (4 dager + 2 mellomoppgaver) 6 kurs (S)

Ergonomi:

- Forflytningskurs 8 kurs (S)
- Forflytningskurs for ambulanselæringer 2 kurs (S)
- Forflytningskurs for ledere 1 kurs (B)
- Ergonomiveilederkurs 2 kurs (S)
- Workshop for Ergonomiveiledere 1 kurs (S)
- Demodager, utprøving av stoler og datahjelpemidler 9 kurs (S)
- Ergonomiopplæring i bruk av utstyr og arbeidsteknikk for bl.a. kontor, kjøkken, renhold, laboratorier, sterilavdeling, lager, transport 48 kurs (B)
- Tilpasset forflytningsundervisning for bl.a. operasjons- og intensivavdelinger, sengeposter og prehospital 18 kurs (B)

Kjemisk arbeidsmiljø:

- Elektronisk stoffkartotek for kjemikaliekontakter 4 kurs (S)

Psykososialt arbeidsmiljø:

- Kulturledelse 3 kurs (S)
- Endringsledelse 1 kurs (S)
- Kulturkonsulentprogrammet - 6 dagssamlinger, avslutte kull 1, oppstart kull 2 (S)
- Om Kulturledelse på Lederprogrammet 5 kurs (S)
- Stressmestring i 2 deler 1 kurs (S)
- En lang rekke foredrag, seminarer og utviklingsprosesser i alle klinikker for avdelinger, seksjoner, enheter, ledergrupper, verneombud og tillitsvalgte med temaer som: (B)
 - Kultur og kulturbygging
 - Stressmestring
 - Arbeidsglede
 - Samarbeid. Team. Tverrfaglige teamsamarbeid
 - Kommunikasjon. Kommunikasjonskultur. Kommunikasjonstrening.
 - Konflikthåndtering
 - Arbeidsmiljøutvikling. Tiltak i etterkant av MU.

Annet:

- AMU-kurs for medlemmer i AMU og klinikk-AMU 2 kurs (S)
- HMS på laboratoriet 3 kurs (S)
- HMS ved flytting og ombygging 1 kurs (S)
- HMS-opplæring i mange enheter: tema Achilles, uønskede hendelser/forhold og avvik, registrering og oppfølging, HMS runde og handlingsplan (B)
- Kurs i strålevern i mange enheter (B)
- Presentasjon av AKAN ved flere anledninger (B)

2. HMS årsrapport fordelt på klinikker

Kapittel 1 dekker HMS-arbeidet i OUS som helhet, mens kapittel 2 omhandler klinikkenes HMS-arbeid hver for seg.

Produksjonen av klinikkenes del for 2016 ble gjort etter en ny standardisert prosess 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.
- 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 2016. Disse rapportene er i kapittel 2.3 til 2.18. Klinikkenes rapporter ble også brukt som data i utarbeidelsen av del 1.

2.1 Oversikt over klinikkens egen vurdering av status på HMS

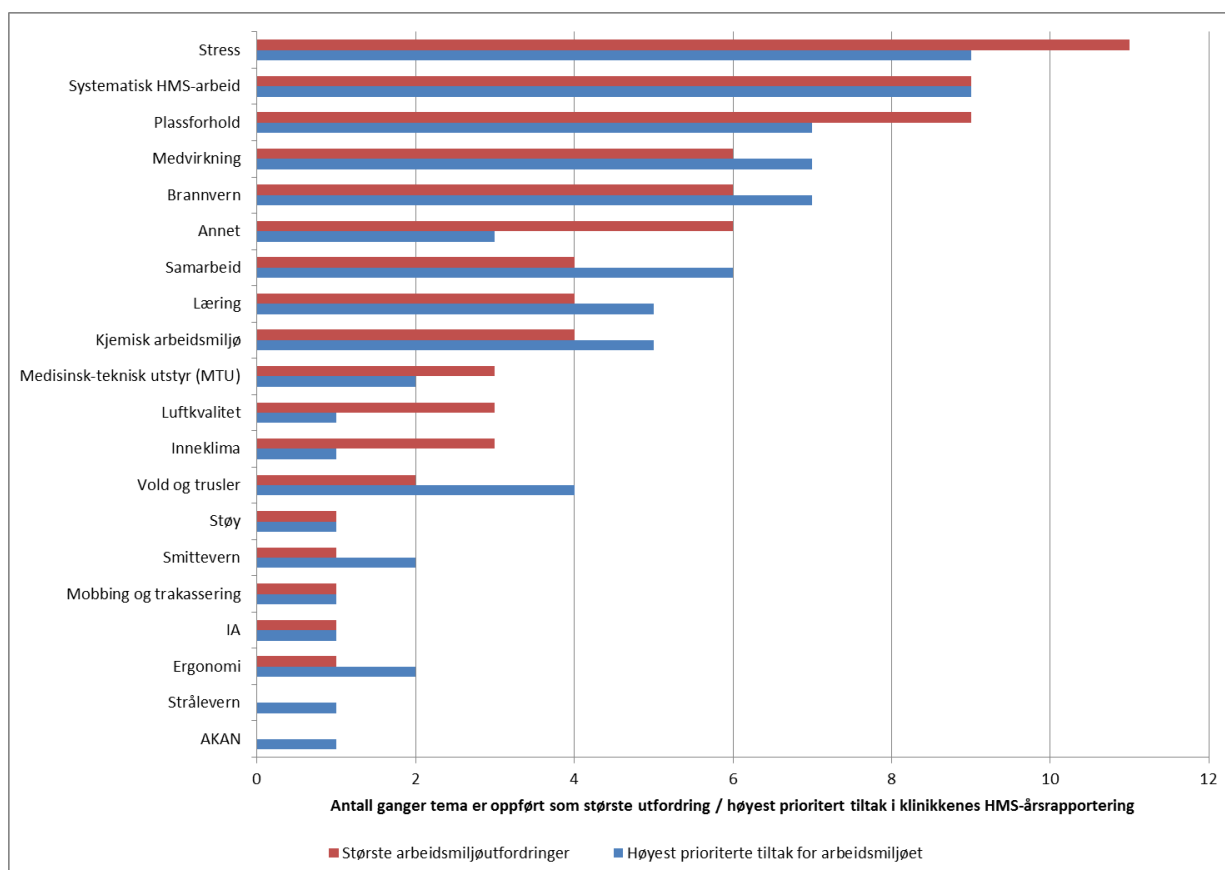
Hver klinikk har gjort en vurdering av status på deres klinikk innenfor 19 HMS-temaer (opprinnelig 20, men temaet «Eiendom» er tatt ut da mange arbeidsgrupper oppfattet den som uklart på grunn av manglende indikatorer og data). For hvert tema har klinikkene satt en statusfarge, hvor skalaen går fra rød, 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».

| | AKU | BAR | HHA | HLK | KIT | KLM | KRE | KRN | KVI | MED | NVR | OPK | OSS | PHA | PRE | STA |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Systematisk HMS-arbeid | Yellow | Yellow | Orange | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Green | Yellow | Orange | Yellow | Green | Green | Yellow | Yellow |
| Plassforhold | Yellow | Yellow | Orange | Orange | Red | Orange | Yellow | Orange | Orange | Yellow | Yellow | Red | Yellow | Yellow | Red | Green |
| Luftkvalitet | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Orange | Yellow | Orange | Orange | Yellow | Yellow | Orange | Orange | Yellow | Yellow | Yellow | Orange |
| Støy | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Orange | Yellow | Green | Yellow | Orange | Yellow | Yellow | Orange | Green | Yellow | Yellow | Yellow |
| Lysforhold | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Yellow | Green | Green | Green | Green | Yellow | Green | Green | Green | Green |
| Ergonomi | Yellow | Green | Yellow | Green | Yellow | Yellow | Green | Green | Orange | Green | Green | Yellow | Green | Green | Yellow | Green |
| Kjemisk arbeidsmiljø | Orange | Red | Yellow | Yellow | Orange | Orange | Yellow | Orange | Orange | Red | Red | Orange | Yellow | Green | Red | Grey |
| Smittevern | Green | Yellow | Yellow | Green | Yellow | Yellow | Green | Green | Green | Green | Green | Yellow | Green | Yellow | Green | Grey |
| Strålevern | Green | Green | Green | Yellow | Green | Green | Red | Green | Yellow | Green | Green | Green | Green | Grey | Green | Grey |
| Brannvern | Red | Orange | Red | Yellow | Orange | Yellow | Orange | Yellow | Yellow | Grey | Red | Red | Green | Red | Yellow | Red |
| Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | Green | Yellow | Yellow | Orange | Red | Yellow | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Green | Grey | Green | Grey |
| Læring | Green | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Orange | Yellow | Yellow | Orange | Yellow | Orange | Yellow | Green | Yellow | Yellow | Yellow |
| Samarbeid | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Green | Yellow | Yellow | Green | Yellow | Green | Yellow |
| Stress | Yellow | Red | Yellow | Yellow | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Red | Orange | Orange | Green | Yellow | Yellow | Yellow |
| Medvirkning | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Orange | Yellow | Orange | Orange | Yellow | Orange | Orange | Green | Yellow | Yellow | Yellow |
| Mobbing og trakassering | Green | Green | Yellow | Orange | Yellow | Yellow | Green | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Green | Green | Green | Green |
| Vold og trusler | Yellow | Green | Yellow | Yellow | Yellow | Green | Green | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Green | Orange | Yellow | Green |
| IA | Green | Yellow | Yellow | Green | Green | Yellow | Green | Yellow | Yellow | Green | Green | Yellow | Green | Green | Green | Green |
| AKAN | Yellow | Green | Yellow | Yellow | Yellow | Orange | Yellow | Yellow | Yellow | Yellow | Orange | Red | Green | Yellow | Yellow | Green |

Figur 31: Oversikt over klinikkens egne vurderinger av status innenfor HMS-temaene.

2.2 Klinikkenes største arbeidsmiljøutfordringer og høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

I tillegg til vurdering av status for hvert tema har klinikkenes ført opp tiltak. De har så, til slutt i egen HMS-årsrapport, satt opp sine 4-5 største arbeidsmiljøutfordringer og 4-5 høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet.



Figur 32: Oversikt over temaene til klinikkenes største arbeidsmiljøutfordringer og høyest prioriterte tiltak. Noen klinikker har satt opp flere utfordringer og/eller tiltak innenfor det samme temaet, og dette vises da som flere registreringer i figuren.

2.3 AKUs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---------------------------|---------------------|--|--|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | <p>Lav andel involvert i oppfølgingsmøter etter forrige MU. Dette kom som en overraskelse. Klinikken vil undersøke hva dette skyldes. Utover dette er klinikken fornøyd med innsatsen som gjøres for systematisk HMS-arbeid i klinikken.</p> | <p>Følge opp at seksjonsledere gjennomfører oppfølgingsmøter etter MU 2017.</p> |
| 2. Plassforhold | | <p>Enkelte bygninger/rom trenger oppgradering. Dette er kartlagt og følges opp.</p> | <p>Tiltak i RAD og RH i 2017. Tiltaksplan fremover følges.</p> |
| 3. Luftkvalitet | | <p>AKU er kjent med utfordringsområdene dette gjelder. Forbedringer er planlagt. Strakstiltak gjøres underveis for både frisk luft og temperatur.</p> | <p>Tiltak RAD og RH i 2017.</p> |
| 4. Støy | | <p>Klinikken har flere miljøer med støy fra maskiner og utstyr.</p> | <p>Steril: Nye og bedre maskiner vil også ha effekt på støynivå. Generelt bevisstgjøre ansatte på hva som lager lyd (sug, innestemme, osv.)</p> |
| 5. Lysforhold | | <p>Generelt gode lysforhold i klinikken.</p> | |
| 6. Ergonomi | | <p>Arbeidsdagen til mange i klinikken er preget av tung fysisk belastning. Klinikken er i ferd med å etablere forflytningsveiledere i alle avdelinger. Kontinuerlig oppfølging/opplæring av disse.</p> | <p>Forflytningsveiledere er kontinuerlig i arbeid, mål er årlig oppfølging av disse. Jobbe mer med å øke kunnskapsnivået generelt på ergonomiske arbeidsstillinger og teknikker.</p> |
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | <p>1. Substitusjon av Plasterfjerner. 2. Elektronisk stoffkartotek.</p> | <p>1. Klinikken avventer tilpassing i systemet for å kjøpe noe annet enn Plasterfjerner. 2. Oppdatering av stoffkartotek er under arbeid.</p> |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|--|---------------------|---|---|
| 8. Smittevern | | Klinikken jobber kontinuerlig med reduksjon av stikkskader. AKU har hatt reduksjon i antall tilfeller fra 2015 til 2016. | Øke antall gule bokser på seksjonene + lommebokser. |
| 9. Strålevern | | Dosimeter er overflødig pga. bedre maskiner, retningslinjer burde derfor endres. Ingen kjente saker med tanke på overdose av stråling. | |
| 10. Brannvern | | Lav deltagelse på brannvern e-læringskurs. Dette kom som en overraskelse. | Informere alle ledere om at det må settes av tid slik at alle ansatte får tatt kurset. |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | Klinikken har gode rutiner på opplæring ved bruk av MTU. Alle ansatte må ta opplæringskurs før de får lov til å begynne å arbeide i AKU. Det finnes en MTU-ansvarlig i alle avdelinger der hvor dette er aktuelt. | Sørge for at MTU-ansvarlige oppdaterer seg på nye rutiner som kommer. |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | Meldesystemet har gjort det vanskelig å melde fra om feil og mangler. | Nytt innført meldesystem må revurderes! Alt for vanskelig å sende oppdragsanmodning. |
| 13. Læring | | Budsjettkutt begrenser hva klinikken får til men vi gjennomfører kursing i det som er lovpålagt. | Lista er for høy for å komme innenfor grønn kategori. Her mener klinikken at den bør ligge i grønn og ikke i gul. |
| 14. Samarbeid | | På enkelte enheter pågår kjente konflikter som handler om uenigheter. Dette har forbedringspotensial som klinikken jobber med. | Dette jobbes det med kontinuerlig. |
| 15. Stress | | Høy arbeidsbelastning og liten egenkontroll er en del av hverdagen i denne klinikken noe som gir naturlig høy score. Til gjengjeld er score for trivsel høy! | Der arbeidsbelastning er høy iverksettes tiltak. Godt samarbeid med Arbeidslivssenteret. |
| 16. Medvirkning | | Hva legges i ordet «medvirkning»? Dette er personavhengig. | Informere om hva som legges i ordet «medvirkning». |
| 17. Mobbing og trakassering | | Uenig i fargevalg/skala. AKU befinner seg på grønn og ikke oransje. | Klinikken jobber med adferd/holdninger kontinuerlig og vil fortsette med dette i 2017. AKU scorer høyt på trivsel i MU. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---------------------|---------------------|---|---|
| 18. Vold og trusler | | Fellesseminar om vold og trussel i 2016 for alle ansatte. Innhold: kommunikasjon, kroppsspråk, hvem henvende seg til for å be om hjelp, hvordan lese pasienten osv. | Elæringsprogram under arbeid. Kursing. |
| 19. IA | | AKU har jobbet og jobber med flere tiltak for å redusere sykefraværet som har gitt gode resultater. | Fortsette det gode samarbeidet med Arbeidslivssenteret og Arbeidsmiljøavdelingen. Har egen HMS gruppe i AKU som møtes en gang i mnd. Ytterligere tiltak tilpasset i enkelte seksjoner i samarbeid med Arbeidslivsenter. |
| 20. AKAN | | Har hatt flere AKAN-saker i løpet av 2016, men som nå er avsluttet. Temaet tas ofte opp i ulike fora i klinikken, eksempelvis melderutiner, at vi må være obs på vikarer fra byråer siden klinikken har hatt flere AKAN-tilfeller derfra osv. | AKAN prosedyre er gjennomgått i klinikken og er i stadig fokus, f.eks. gjennomføring av revisjon i utvalgte avdelinger på rutine for tilbakeføring av medikamenter. |

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

Beskriv klinikkens 5 største utfordringer når det gjelder arbeidsmiljø. Skriv med en begrunnelse på hvorfor dersom det er noen utfordringer som klinikken ikke kan innføre noen effektive tiltak for i løpet av 2017.

| Nr. | Tema | Beskrivelse av utfordring |
|-----|---------------------|--|
| 1 | Samarbeid | Samarbeidsproblemer på tvers av profesjoner/avdelinger/klinikker. |
| 2 | Ergonomiske forhold | Gammel bygningsmasse, tunge pasienter med tilhørende utstyr på intensivavdelinger og i operasjonsvirksomheten. Sykepleie til smittepasienter med isoleringsbehov. Særlig ved luftsmitte. |
| 3 | Brannvern | elæringskurs må gjennomføres. |
| 4 | Sykefravær | Enkelte virksomheter og seksjoner trekker opp. Sterilavdelingen er gjennom en vanskelig periode med høy etterspørsel, ombygging og tilhørende arbeidsbelastning. |
| 5 | Stikkskader | Tiltak er i gang med å implementeres. Oppfølging gjøres på seksjonene det gjelder samt oppfølging av HMS-avvik. |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

Beskriv klinikkens 5 høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet som skal gjennomføres/påbegynnes i 2017:

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|---------------------|---|
| 1 | Samarbeid | Jobbe med holdninger og å vise respekt for andre, arbeid forankres i ledelsen - pågående program for å motvirke uakseptabel atferd sammen med TV og VO. |
| 2 | Brannvern | Alle må gjennomføre e-læringsprogrammet. |
| 3 | Ergonomiske forhold | Jobbe videre med opplæring av forflytningsveiledere i alle avdelinger. Behov for ekstra bemanning. |
| 4 | Stikkskader | Flere gule bokser, lommebokser, bevisstgjøring. Stikkskadekontakt for Operasjon og Anestesisykepleie er valgt. |
| 5 | Sykefravær | Ombygging ferdigstilles. Økt lederfokus. Utvide kapasitet. Konkret samarbeid for å formalisere og bedre kommunikasjon med brukerklinikkene. |

2.4 BARs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---------------------------|---------------------|--|---|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | Betydelig økning i antall HMS vernerunder enn tidligere år, men gjennomførte tilbakemeldingsmøter etter MU er ikke tilfredsstillende. Variasjon i gjennomføring av tiltak (systematikk). | Innarbeide bedre systematikk. Se tiltaksplan. |
| 2. Plassforhold | | Klinikken preges av generell trangboddhet. Barnehabilitering har nå flyttet inn i bygg 9. Nyfødt intensiv RH har det trangt og det er meldt to avvik i 2016. Videre er det trangt og meldt avvik på kontor US, samt brakke US. | |
| 3. Luftkvalitet | | Variasjon i klinikken. Mye kan begrunnes i at lokalene er trange. (ref. pkt 2) Konkrete kjente steder er Nyfødt RH og kontor US. | |
| 4. Støy | | Markert som gult til grønt. Det rapporteres om støyutfordringer spesielt på Nyfødt RH. Begrunnes i trange lokaler og støy fra tekniske apparater (alarmer og lignende) | |
| 5. Lysforhold | | | |
| 6. Ergonomi | | | |
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | Det er svært varierende hvordan ansvar for registrering og ajourhold av stoffkartotek ivaretas. | Plassere ansvar for oppgaven og innarbeide systematikk. Se tiltaksplan. |
| 8. Smittevern | | Liten økning i antall stikkskader. Flere etterspør opplæring, men ingen i BAR har meldt seg som smittevernkontakt/deltakelse i nettverk. Ønskelig med | |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---|---------------------|---|---|
| | | en per lokasjon | |
| 9. Strålevern | | Vurdert til grønt. Kun aktuelt ved Barnehjerte. Alle ansatte har tatt elæringskurs. Dosegrense er 20. En ansatt målt til 5-11. | |
| 10. Brannvern | | Kun 15 % har hittil tatt elæringskurs i brannvern. Det er fortsatt behov for å innarbeide gode rutiner og plassere ansvar for gode brannvernrutiner. | Plassere ansvar for oppgaven og innarbeide systematikk. Se tiltaksplan. |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | 65 % oppgir at de har tilstrekkelig opplæring og sertifisering i MTU og resterende i noen grad. Nyfødt og Barneintensiv har MTU ansvarlige. | |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | Barnehabilitering flyttet til bygg 9. Konkrete planer om flytting av CF til bygg 31. Brakke på US har mangler hva gjelder egnethet for pasientbehandling/samtaler. Flere medarbeidere må ta elæringskurs. | |
| 13. Læring | | Fagutvikling og systematisk forbedringsarbeid: MU viser underscore på å melde og følge opp avvik. Avgjørende at en sikrer målrettet opplæring i konkrete oppgaver som må beherskes. Sikre tilstrekkelig kompetanse på alle vakter. Henger i noen grad sammen med pkt 15. | |
| 14. Samarbeid | | Grønt til gult | |
| 15. Stress | | Vurdert til oransje til rødt. MU viser lave score på egenkontroll, arbeidsbelastning og rollekonflikter. Viktige og aktuelle indikatorer. Under punkt om arbeidsbelastning viser tempo og mengde utslag. Klinikken er i stor grad preget av ø-hjelpsvirksomhet, noe som gir begrensning på egenkontroll og mengde. Høyt pasientbelegg til tider. Det er meldt flere avvik | |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|------------------------------------|---------------------|--|---|
| | | på arbeidspress og bemanning. | |
| 16. Medvirkning | | Generelt lav involvering i tilbakemeldingsmøter etter MU. Klinikken er omorganisert og det er behov for å etablere nye og forbedrede samarbeidsarenaer og struktur på avdelingsnivåene, samt i seksjon og enhet. Ansatte opplever at meldte avvik ikke følges opp tilfredsstillende. | Forvente at alle gjennomfører tilbakemeldingsmøter og lager handlingsplaner som følges opp. Etablere samarbeidsarenaer. Meldekultur og læring |
| 17. Mobbing og trakassering | | Ingen meldte saker. MU viser score på 89 som er et høyt score. | |
| 18. Vold og trusler | | Ingen funn peker i retning av utfordringer på området | |
| 19. IA | | Sykefraværet i klinikken er litt høyere enn OUS og målet for klinikken. Det jobbes godt med oppfølging og tilrettelegging for langtidssykemeldte (mange gravide). Noe sykefravær oppgis å være på grunn av jobbrelaterte forhold (MU). Omfanget er uendret fra 2015. | |
| 20. AKAN | | 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 vernerunder. 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 ledermøte i klinikken og i klinikk-AMU. Toksikolog har vært i klinikkens ledermøte og demonstrert bruk av kartoteket. Det er bestemt at alle seksjoner og enheter skal ha en person med ansvar for å etablere og ajourholde stoffkartoteket. Forslag om at verneombudene kan ha en rolle her. Det viser seg at dette er gjennomført i liten grad. |
| 3 | Brannvern | Det er fortsatt behov for å innarbeide gode rutiner og plassere ansvar for gode brannvernrutiner. Utarbeide tydelige retningslinjer for dette som har vært gjennomgått i klinikkens ledermøte med klare føringer om roller og oppgaver i brannvernarbeidet. Det er kun 15 % som hittil har tatt elæringskurs i brannvern. Brannvernkontakt i klinikken er oppnevnt og er i drift. |
| 4 | Stress | Vurdert til oransje til rødt. MU viser lave score på egenkontroll, arbeidsbelastning og rollekonflikter. Viktige og aktuelle indikatorer. Under punkt om arbeidsbelastning viser tempo og mengde utslag. Klinikken er i stor grad preget av ø-hjelpsvirksomhet, noe som naturlig nok gir begrensning i egenkontroll og mengde, men det unntar ikke klinikken fra å måtte fokusere på å redusere stressfaktorer. Høyt pasientbelegg til tider. Det er meldt flere avvik på arbeidspress og bemanning. |
| 5 | Medvirkning | Generelt lav involvering i tilbakemeldingsmøter etter MU. 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. |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|------------------------|--|
| 1 | Systematisk HMS arbeid | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tydelig forventning til leder at HMS runde gås til avtalt tid. Det samme gjelder utarbeidelse av handlingsplan som følges opp. 2. Tydelig forventning om gjennomføring av tilbakemeldingsmøter og oppfølging av tiltak i handlingsplan med personalgruppen innen frist. 3. Tilbud om undervisning i bruk av verktøy. |
| 2 | Kjemisk arbeidsmiljø | <ol style="list-style-type: none"> 1. Alle seksjoner og enheter skal beslutte hvem som har ansvar for å etablere og ajourholde enhetens stoffkartotek (kjemikaliekontakt). 2. Invitere ressursperson fra Arbeidsmiljøavdelingen til avdelings- og seksjonsmøter. |
| 3 | Brannvern | <ol style="list-style-type: none"> 1. Utpekte brannvernkontakt ved hvert verneområde som kan samarbeide med brannvernkoordinator. 2. Tydeliggjøre ansvarsområder for leder og brannvernkontakt. 3. Brannperm. Utarbeide rutiner for brannalarm og sikre at alle ansatte er kjent med dette, også nyansatte og vikarer (ekstravakter og innleide). 4. Innarbeide rutiner for egenkontroll. 5. Alle ansatte gjennomfører elæringskurs. |
| 4 | Stress | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifisere oppgaver som kan utføres av andre (pårørende eller andre yrkesgrupper), eller som eventuelt er overflødige. 2. Redusere plunder og heft (lean). 3. Hensiktsmessig fordeling av vakter gjennom døgnet (bemannings -og kompetanseplan). 4. Sikre at det er rett kompetanse på vakter. Dette må i utgangspunktet gjøres i turnusplanleggingen. 5. Fordeling av pasienter og personell også mellom seksjoner. Så også mellom RH og US. 6. Sikre forsvarlig bemanning, inkludert sengepostprosjektet. 7. Arbeid for å få bedre plassforhold på Nyfødt RH. |
| 5 | Medvirkning | <ol style="list-style-type: none"> 1. Etablere fast møtестruktur lokalt. Innkalling med agenda og referat (personalmøter og dialogmøter). 2. Innarbeide rutine for oppfølging av avvikssaker for å lære av disse i personalmøter. 3. Avvikssaker svares ut slik at melder også ser at saken er vurdert og behandlet. 4. Avklare hvilke HMS saker som skal legges fram for klinikk-AMU. |

2.5 HHAs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---------------------------|---------------------|---|---|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | <p>Lav gjennomføring av HMS runder (64%)</p> <p>Oppfølging av medvirkning av MU kan forbedres</p> <p>Forbedre meldekultur og behandling av avvik</p> | <p>Planlegge gjennomføringen av HMS runder på et tidligere tidspunkt slik at tiltak som innebærer kostnader kan meldes inn i budsjettprosessen (sept.-okt.).</p> <p>MU følges opp i månedsoppfølgingsmøte med avdelingene.</p> <p>Klinikkens mål er at 80% av HMS-områdene har gjennomført.</p> |
| 2. Plassforhold | | <p>Plassmangel poliklinikk RH, kjøkken på Plast. er stengt på grunn av inneklime (temperatur, ventilasjon og fukt). Uhensiktsmessige lokaler på Øye</p> | <p>Kjøkken forprosjekt</p> |
| 3. Luftkvalitet | | <p>Luftkvaliteten er i grenseland. Fortsatt utfordringer med renhold (vask og rydde)</p> | <p>Holde rekvisita i lukkede skap. Unngå opphopning av papirer, klær (uniformer og privattøy)</p> |
| 4. Støy | | | |
| 5. Lysforhold | | | |
| 6. Ergonomi | | | <p>Forflytningsveiledere, hjelpemidler til forflytning</p> |
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | <p>Ingen umiddelbar fare for kjemisk eksponering</p> | <p>Klinikken må bli bedre på dokumentasjon og risikovurderinger</p> |
| 8. Smittevern | | <p>Underrapportering av stikkskader og økt forekomst av resistente bakterier, herunder at pasienter kommer inn med dette utenfra</p> | <p>Dette fordrer at klinikken tar smittevernproblematikken alvorlig og følger/lager prosedyre for smittevern der dette mangler.</p> |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---|---------------------|---|--|
| | | | Ivaretagelse av ansatte. |
| 9. Strålevern | | | |
| 10. Brannvern | | Mangelfull kursing av ansatte og gjennomføring av øvelser og lesing av ehåndbokdokumenter | Sende ut spørreskjema til brannvernkontakter. Gjennomføre elæringskurs, brannøvelse, opplæring av nyansatte |
| 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, elæringskurs, utviklingsplaner, kontinuerlig forbedringsarbeid. Oppfølging av MU i lokale handlingsplaner |
| 14. Samarbeid | | Ikke bra på konflikthåndtering | Oppfølging av MU i lokale handlingsplaner |
| 15. Stress | | Egenkontroll viser rødt | Organisering av arbeidet for å skape bedre forutsigbarhet. Oppfølging av MU 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. Oppfølging av MU i lokale handlingsplaner. Forbedre at ledere involverer TV, VT og ansatte i endringsprosesser. |
| 17. Mobbing og trakassering | | | Oppfølging av FAFO rapport, jfr. bestilling fra sentralt AMU. Oppfølging av MU i lokale handlingsplaner |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---------------------|---------------------|---|--|
| 18. IA | | Fra 2015 til 2016 er det en liten reduksjon i sykefravær. Jobbrelatert sykefravær er grønt. | Øke kunnskap om tilrettelegging og svangerskapsenger |
| 18. Vold og trusler | | Liten sannsynlighet | |
| 19. AKAN | | | Lesekvittering ved behov |

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

| Nr. | Tema | Beskrivelse av utfordring |
|-----|------------------------|--|
| 1 | Plassforhold | Kjøkken på Plast. er stengt på grunn av inneklime (temp., ventilasjon og fukt). |
| 2 | Brannvern | Mangelfull kursing av ansatte og gjennomføring av øvelser og lesing av ehåndbokdokumenter. |
| 3 | Medvirkning | Mangelfull oppfølging av hovedavtaler og OUS retningslinjer om medvirkning. |
| 4 | Systematisk HMS arbeid | Manglende gjennomføring av vernerunder. |
| 5 | | |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|------------------------|--|
| 1 | Plassforhold | Det er bevilget penger til forprosjekt Plast. kjøkken, klinikken må følge opp at det bevilges også penger til oppgradering. |
| 2 | Brannvern | Sende ut spørreskjema til brannvernkontakter. Gjennomføre elæringskurs, brannøvelse, opplæring av nyansatte. |
| 3 | Medvirkning | Øke ledelsens kunnskaper om omstillings- og endringsprosesser. Oppfølging av MU i lokale handlingsplaner. |
| 4 | 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.). |
| 5 | | |

2.6 HLKs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak/Bevaringsområder |
|---------------------------|---------------------|---|--|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | Oppfølging MU. Meldefrekvens avvik. | Oppfølging MU. Kvalitet på lukking av avvik. |
| 2. Plassforhold | | Presset areal i forhold til volumet på pasientbehandlingen, spesielt KAD og TKA. Mangler pauserom på TKA Intensiv (men kan bruke pauserom over gangen etter avtale med AKU). Ikke tilfredsstillende kjøkkenløsning på KAD overvåkning. For trangt medisinerom på LURS. utfordringer med å overholde taushetsplikt flere steder. Trangt på felleskontorer. | Lage ordentlige pauserom-avtaler på TKAI. Poliklinikkprosjektet i HLK. Flere har nå tilbud om å bruke kontorer i adm. bygget på Gaustad psykiatriske. I tillegg skal noen flytte inn i «nye» E3. Det må også i det videre arbeidet tas høyde for at KAR skal flytte inn. |
| 3. Luftkvalitet | | Flere registrerte avvik i Achilles. Ventilasjon er en stor utfordring flere steder både RH og US. Gjennomført renholds inspeksjoner to steder. Tema på pasient- sikkerhetsvisitter. | Ny revisjon renhold – planlagt vår 2017. Prosjekt som ser på ventilasjonsproblematikk operasjonsstuer US. |
| 4. Støy | | Fortetting, jfr. plassforhold, gir mer støy. | Vurdere støyreducerende tiltak (plater, flere «støyører» mm). |
| 5. Lysforhold | | Ansatte fornøyd i HMS runder | |
| 6. Ergonomi | | Lydhørhet for ansattes ønsker (hev-senk bord etc). Trange forhold noen steder, men kultur for å be om bistand. HLK har noen forflytningsveiledere. Bruk av bedriftsfysioterapeutene og eventuelt bedriftsjordmor ved behov. | Fokus på å utdanne flere forflytningsveiledere, med mål om minimum en i hver enhet. Samme for ergonomikontakter. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak/Bevaringsområder |
|---|---------------------|--|---|
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | Grønt på oppbevaring og merking. Mangler substitusjonsvurderinger. | Større bruk av stoffkartoteket. Mer opplæring rundt substitusjonsvurdering. |
| 8. Smittevern | | Grønt på HMS rundene. Noen stikk/kuttskader i Achilles, men ikke opphopning ett sted. Antall stikkskader er stabilt lavt. | Fortsatt fokus på stikk/kutt og annen smittevern. Økt bruk av utstyr med sikkerhetsmekanismer. Enda bedre rutiner på informasjon og opplæring, blant annet omkring flytting av pasienter mellom enhetene. |
| 9. Strålevern | | Fokus på strålemiljø. Rapporter følges opp. Personer flyttes ved behov. Kun angio på RH som har utfordringer. Fokus på blybriller og annet verneutstyr. Effektiv dose OK for alle. Strålekontakter i alle enheter. | Fortsatt gode rutiner. På mellomlang sikt nytt utstyr også på RH, er allerede i gang. |
| 10. Brannvern | | Mye aktivt arbeid. Brannøvelser, temadager, rutiner på å vise nyansatte og vikarer hvor brannslukkingsutstyr osv. befinner seg. Forbedringspotensial for gjennomføring av elæringskurs hvert år. | Ledere skal påse at kurs gjennomføres, og at det tas ut rapporter fra Læringsportalen. (Leders ansvar, alle ledere har tilgang.) |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | I forhold til opplæringen er det bra, sett i forhold til mulige konsekvenser for pasient har klinikken scoret dette området slik. | 72 % selvrapporterer gjennomført opplæring. Klinikken går gjennom systemet for dokumentasjon av opplæringen som gjennomføres. Lage selvrapporteringsliste i Læringsportalen. |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | Mange setter ikke farge i HMS runden. | Klinikken tar en dialog med EIE vedrørende konkretisering av innholdet i punktet i sjekklisten. |
| 13. Læring | | MU resultater | |
| 14. Samarbeid | | Stor spredning i klinikken. Arbeides aktivt med problemstillingen i klinikken. | Fortsette det gode samarbeidet med Arbeidsmiljøavdelingen. Se på FAFO rapporten nærmere. |
| 15. Stress | | Stedvis stor arbeidsbelastning. Det er begrenset i hvor stor grad man har kontroll over egen | Arbeide aktivt med organisatoriske og andre forbedringstiltak. Aktiv oppfølging av AML brudd. Fokus |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak/Bevaringsområder |
|------------------------------------|---------------------|--|---|
| | | arbeidshverdag. | på å redusere innleie av eksterne vikarer. Aktivitetsplaner og bemanningsplaner henger sammen. |
| 16. Medvirkning | | Scorer lavt på MU. Har en del enheter med et stort antall ansatte, vanskeligere å komme gjennom. | Ledere må tenke medvirkning for å få med seg medarbeidere. |
| 17. Mobbing og trakassering | | Nulltoleranse. TKA har arbeidet aktivt med kultur i 2016. | Lage for eksempel kulturplakater. |
| 18. Vold og trusler | | Dette er noe som kan skje, men klinikken har få hendelser. | Ledere må oppfordres til å ta tak der hvor det skjer vold og trusler i forhold til «debriefing». |
| 19. IA | | HLK har lavt sykefravær. | Arbeider fortsatt aktivt med IA arbeidet. Følge opp IA handlingsplanen. |
| 20. AKAN | | Har få ansatte på AKAN avtale. | Økt bruk av kurs/informasjon ved AKAN informasjonskontakt i klinikken. Leseskjerming på eHåndboks dokumenter. |

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

| Nr. | Tema | Beskrivelse av utfordring |
|-----|---------------------------------------|--|
| 1 | Plassforhold | Klinikkens utfordringer med hensyn til plassmangel vil ikke løses med de tiltakene som klinikken har mulighet til å gjennomføre. |
| 2 | Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | Klinikken har fortsatt forbedringspotensial når det gjelder opplæring. |
| 3 | Medvirkning | Ansatte arbeider i et system der arbeidshverdagen er uforutsigbar. |
| 4 | Mobbing og trakassering | Forstyrrende konflikter. |
| 5 | Systematisk HMS-arbeid | Krevende å få ledere til å følge opp MU og handlingsplaner i en travel hverdag. |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|---------------------------------------|--|
| 1 | Plassforhold | Det er behov for en arealgjennomgang på tvers av klinikkene, også med tanke på at KAR skal flytte inn primo 2018. |
| 2 | Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | Klinikken kan komme langt med å etablere system for dokumentasjon av opplæringen som gjennomføres. |
| 3 | Medvirkning | Krav om å involvere ansatte i planlegging, gjennomføring og oppfølging. Ansatte skal oppfordres til å si sin mening i arbeidshverdagen. |
| 4 | Mobbing og trakassering | Lage kulturplakater. Fokus på samhandling og kommunikasjon i den enkelte avdeling. |
| 5 | Systematisk HMS-arbeid | Lage handlingsplaner og disse følges opp regelmessig. Behandler HMS avvik slik det beskrives i prosedyre HMS-avviksbehandling |

2.7 KITs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---------------------------|---------------------|--|---|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | <p>Muligheter til å nå alle ansatte i møter for oppfølging av MU.</p> <p>Flere ledere som ikke ferdigbehandler avvik. Risiko for at ansatte ikke melder avvik.</p> | <p>Gjennomføre HMS runder, oppfølging av MU</p> <p>Informere alle ansatte om det systematiske HMS-arbeidet, herunder leders og verneombudets roller og oppgaver. Informere og involvere ansatte i HMS-arbeidet på alle nivå.</p> <p>Bruke HMS handlingsplanen aktivt som en levende plan og til bruk i budsjettarbeid.</p> <p>Ha fokus på meldekultur. Følge opp i lederlinjen ved ikke ferdigbehandlede avvik. Enheter som har god meldekultur og som lykkes vil brukes som læringsarena i klinikken.</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> |
| 2. Plassforhold | | Kontorplasser, fortetting, arbeidsstasjoner, driftsulemper | <p>Refordeling av areal i OUS.</p> <p>Identifisere konsekvenser for arbeidsmiljø der det er plassmangel. Er det for eksempel registrert flere avvik enn andre steder.</p> |

| | | | |
|--------------------------------|--|---|--|
| 3. Luftkvalitet | | Følger av punkt 2 plassforhold. | Solskjerming er bestilt. Kartlegge om det er behov for å måle luftkvalitet ved flere avdelinger og om mulig identifisere egnede tiltak. |
| 4. Støy | | Følger av punkt 2 plassforhold. | Kartlegge om det er behov for å måle støynivå ved flere avdelinger. Vurder om støykilder kan fjernes/flyttes/erstattes/dempes. |
| 5. Lysforhold | | | |
| 6. Ergonomi | | Noen områder har høy arbeidsbelastning | Opplæring og bemanningstilpasning. Bemanningstilpasning som sikrer forsvarlig drift for pasienter og ansatte. Oppfordre til bruk av bedriftsfysioterapeut og jordmor, forflytningsveileder. Obligatorisk opplæring av alle ansatte. |
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | | Klinikken oppretter ansvarlige for stoffkartotek i avdelingene og sikrer god opplæring. Arbeid med stoffkartoteket gjøres kjent i lederlinjen og verneombudslinjen. Sørge for at korrekt verneutstyr finnes og er lett tilgjengelig. Kontakte Arbeidsmiljøavdelingen ved mistanke om at ansatte har blitt eksponert for kjemikalier. |
| 8. Smittevern | | Behov for å jobbe videre med håndhygiene, spesielt ved bruk av mobil på jobb. Behov for å jobbe videre med influensavaksinering. | Mobil og håndhygiene informasjon og fokus i enhetene. Økt antall influensavaksiner. Starte influensavaksine kampanje tidlig. Fokus på stikkskader |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 9. Strålevern | | | |
| 10. Brannvern | | Behov for å øke antall ansatte som tar elærings kurs for brannvern. | Gjennomgang av praksis for brannvern runder. Ledere må aktivt påse at brannvern kontakter gjennomfører brannkurs /brannrunder. Påminnelser på mail i forhold til elæring, for eksempel "det er 1 år siden du tok brannkurs elæring". |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | Manglende utskiftinger av gammelt utstyr. | Bedret investeringsevne. |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | Bygg 7 Ullevål og Radiumhospitalet | |
| 13. Læring | | Budsjettsituasjon påvirker kompetanseutvikling. Mangel på individuelle kompetanseplaner for sykepleiere. | Elæring mangler påminningsfunksjon. Utarbeide individuelle kompetanseplaner for sykepleiere og følge opp. Gjerne ved bruk av Dossier. Oppfordre ledere til å ha fokus på fagutvikling til tross for budsjettsituasjon. Faglig påfyll ved personal/lunsj møter og utnyttelse av gratis fagseminarer. Opprettholde utdanningsstillinger. |
| 14. Samarbeid | | 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 involvering og medvirkning, og god informasjonsflyt. | Oppfordre ledere, TV og VO til å gå sammen på gratis NAV kurs for IA og HMS. Oppfordre til samarbeidsmøter mellom profesjoner. Rolleavklaring. |
| 15. Stress | | Arbeidsbelastning og egenkontroll | Rett kompetanse, driftskonsept, samspill Legge til rette for samarbeid på tvers av profesjoner, kollegial støtte. Sikre rett kompetanse på rett sted til rett tid. |

| | | | |
|------------------------------------|--|---|--|
| | | | Bruke idedugnader og kreativ problemløsning evt. LEAN prosesser der hvor det er høy arbeidsbelastning. |
| 16. Medvirkning | | Øke reel I 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. |
| 17. Mobbing og trakassering | | Nulltoleranse for mobbing og trakassering. Må sikre god oppfølging i personalsaker og konflikthåndtering. | God ledelse, lederutvikling, HMS kurs, lederprogram i OUS, samarbeid med TV/VO. Oppfordre ledere, TV og VO til å gå sammen på gratis NAV kurs om konflikthåndtering. Spilleregler for alle ansatte. Enhetsledere må utarbeide disse i samråd med ansatte, og følge opp der hvor spillereglene brytes. Enhetsledere må arbeide med holdningsendringer der hvor det er negativ holdningskultur. Ledere må ha konkrete tiltak for oppfølging ved mobbing. |
| 18. Vold og trusler | | Nulltoleranse for vold og trusler | 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. |
| 19. IA | | Fortsette arbeidet med IA. | Oppfordre ledere, TV og VO til å gå sammen på gratis NAV kurs om IA. |
| 20. AKAN | | Få AKAN saker | 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 MU. |
| 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 | Kjemisk arbeidsmiljø | Klinikken oppretter ansvarlige for stoffkartotek i avdelingene og sikrer god opplæring. Arbeid med stoffkartoteket gjøres kjent i lederlinjen og verneombudslinjen. Sørge for at korrekt verneutstyr finnes og er lett tilgjengelig. Kontakte Arbeidsmiljøavdelingen ved mistanke om at ansatte har blitt eksponert for kjemikalier. |
| 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 idédugnader og kreativ problemløsning evt. LEAN prosesser der hvor det er høy arbeidsbelastning. |
| 5 | Kompetanse | Som over, bedre bemanningsplanlegging vil kunne sikre rett, tilgjengelig kompetanse. Kompetansekartlegging som ledd i å sikre rett kompetanse gjennom hele døgnet. Individuelle kompetanseplaner for ansatte. |

2.8 KLMs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|----------------------------------|---------------------|--|--|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | <p>Klinikken har størst utfordring med variabel og lav meldefrekvens, samt lav deltagelse på tilbakemeldingsmøter etter MU (56 %).</p> <p>En betydelig andel (11 %) av verneområdene rapporterer om <i>liten grad</i> av gjennomførte tiltak fra forrige HMS runde, 45 % rapporterer om gjennomføring i «noen grad».</p> | <p>Bedre oppfølging av MU. HR undersøker praksis der det er rapporter om lav deltagelse i MU, og oppfordrer til å melde behov for informasjon/kurs om tema. Arbeidsmiljøavdelingen bistår med kursing på bestilling.</p> <p>Oppfordre til å melde HMS-hendelser/avvik.</p> |
| 2. Plassforhold | | <p>Lokale forskjeller. 16 % melder i HMS runde at forhold er lite eller ikke tilfredsstillende.</p> <p>Plassforhold påvirker flere HMS tema negativt.</p> <p>I klinikkens risikovurdering 2. tertial 2016 er areal risikovurdert til rødt.</p> | <p>Se på muligheter for felles bruk av arealer. Ledelsen bør arbeide med kartlegging av arealbehov, og anskaffelse av tilstrekkelige arealer til virksomheten.</p> |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|------------------------|---------------------|---|--|
| 3. Luftkvalitet | | <p>Luftkvaliteten er en utfordring i enkelte bygg. 19 % er i liten eller ingen grad fornøyd med Luftkvaliteten.</p> <p>Temperaturen er høy og renholdet manglende flere steder (oransje basert på HMS runden).</p> <p>Ventilasjon og grad av ikke kjemiske forurensinger er en moderat utfordring (gult basert på HMS runde).</p> | <p>Gjennomføre tiltak på de stedene med størst utfordringer. Kartlegging kan bestilles av Arbeidsmiljøavdelingen og tiltak vil bli foreslått i henhold til resultatet.</p> |
| 4. Støy | | <p>En del støyende laboratorieutstyr (bl.a. sikkerhetsbenker, sentrifuger) og maskiner, men denne utfordringen er moderat på klinikknivå (gul basert på HMS runde).</p> | <p>Følge opp eksisterende tiltak. Støykrav ved anskaffelse av nytt utstyr. Skille støyende virksomhet og utstyr fra konsentrasjon og kommunikasjons krevende arbeidsteder.</p> |
| 5. Lysforhold | | <p>Lysforholdene er stort sett tilfredsstillende i klinikken basert på HMS runde svar.</p> | <p>Tilrettelegging ved behov, følge forskrifter og prosedyrer.</p> |
| 6. Ergonomi | | <p>En del enheter har ergonomiske utfordringer med statisk og repeterende arbeid, arbeid i sikkerhetsbenker/avtrekksskap og begrensede plassforhold.</p> | <p>Forflytningshjelpemidler til utstyr. Organisering av arbeidet. Automatisering av utstyr.</p> |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|-------------------------|---------------------|--|---|
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | <p>Klinikken bruker og oppbevarer store mengder helseskadelige kjemikalier.</p> <p>Kjemikalier er den kategorien i avvikssystemet med flest avvik (6) med høy risiko.</p> <p>Oppbevaring og merking er tilfredsstillende mange steder (Grønt basert på HMS runden). Men enkelte enheter som benytter store mengder med bl. a. formalin og Xylen, har store utfordringer med forsvarlig lagringsplass.</p> <p>Det er omfattende mangler på lokal risikovurdering og substitusjon (Stoffkartotek rapport). Spesialventilasjonen er ikke vurdert som god alle steder (28 % melder om tilfredsstillelse i «noen grad» eller dårligere i HMS runden).</p> <p>Substitusjon og risikovurdering vurdert som noe manglene (gul basert på HMS runden). Men dette stemmer dårlig overens med Stoffkartotekrapport, hvor både risikovurdering og substitusjon er rødt.</p> | <p>Forsvarlig kjemikalielagring. Internrevisjon m/ kjemikalierådgiver i Arbeidsmiljøavdelingen og VO.</p> <p>Det bør prioriteres å finne varige løsninger på høyrisikoavvik innen 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 i Arbeidsmiljøavdelingen gjennomfører kurs om stoffkartotek og kjemikaliesikkerhet med kjemikaliekontaktene.</p> |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|----------------------|---------------------|--|---|
| 8. Smittevern | | <p>Mangler HMS runde spørsmål eller andre indikatorer på Annen smitte eksponering. Dette er den største avviksunderkategori for klinikken med 67 avvik.</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>Kunnskapen om smittevern og avfallshåndtering er god i klinikken (HMS runde). Men forebyggende arbeid med stikkskader er gult på grensen til oransje. En betydelig andel (22 %) av verneområdene rapporterer om liten eller ingen tilfredshet med det forebyggende arbeidet med stikkskader.</p> | <p>Opprette AMU sak for bedre rutiner for merking av smitte i OUS.</p> <p>Arbeid med etablering av stikkskadekontakter i KLM.</p> <p>Fortsatt fokus på håndhygiene, bruk av smykker og mobiltelefon.</p> <p>Sikre tilstrekkelig arbeidstøy.</p> |
| 9. Strålevern | | <p>Kunnskapen om strålevern er god i klinikken. Dosemålinger viser lav eksponering for radioaktivitet (HMS runde).</p> | <p>Fortsette med gode rutiner i strålevernarbeidet. Sørg for at dette koordineres med UiO.</p> |
| 10. Brannvern | | <p>Risiko for brannvern settes til rødt basert på eLæringsdeltagelse. Brannvern vurderes å omfatte mer enn opplæring, og risiko settes til gul fordi:</p> <p>Rømningsvei og slukke utstyr scorer 100/100 i HMS runden.</p> <p>Data fra HMS runde viser mye godt arbeid, men at det er utfordringer med tanke på opplæring/instruks/øvelse og bruk av EL-utstyr.</p> | <p>Fokusinnsats med en klar bestilling til enhetene om å bedre deltagelse på obligatorisk elæringskurs og øvelser.</p> <p>Planlagt internrevisjon m/ kjemikalierådgiver i Arbeidsmiljøavdelingen bør også inkludere lagring/merking av brannfarligvare.</p> |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---|---------------------|--|---|
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | 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). | Investeringer i MTU. |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | Mangler spørsmål på HMS runde eller andre indikatorer fra Eiendom. Noen steder setter bygningsmassen begrensninger for bruk av MTU på grunn av manglende kapasitet på EL og VVS. Bygningsmassen gir også konsekvenser for ansattes HMS (inneklime, arbeidsflyt og ergonomi), enkelte steder. | |
| 13. Læring | | Økende kompetansekrav ved spesialisering. Manglende midler/bemanning til vedlikehold av kompetanse. Faglig utvikling har stor påvirkning på motivasjonen til fagpersoner, reduksjoner kan føre til kunnskapsflukt. | Hvordan sikre ny og økt kompetanse med reduserte midler til kunnskapsheving? Systematisk arbeid med kompetanseheving bør forankres. Konsekvenser av pålagte sparekrav som går imot kompetansehevende tiltak bør vurderes. Oppfordre og legge til rette for bruk av klinisk kompetanseprogram for bioingeniører ved OUS. |
| 14. Samarbeid | | Noen utfordringer på sosialt samspill og konflikter rett under gjennomsnitt for OUS (MU). | Fortsette samarbeid med psykososial faggruppe i Arbeidsmiljøavdelingen. Fokus på grupper med lav MU score. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|-----------------------------|---------------------|--|---|
| 15. Stress | | Det meldes om høy arbeidsbelastning og lav egenkontroll (HMS runde). Utfordringer på bemanning/ressurser og etterspørsel (KLM tertial rapport) | Bedre kompetansestyring, ressurstilgang, ressursplanlegging og fordeling av belastende arbeidsoppgaver. Det er et lederansvar å jobbe med grupper med lav MU score. Vurdere tiltak innen arbeidsflyt og ressursfordeling. |
| 16. Medvirkning | | 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. |
| 17. Mobbing og trakassering | | Resultatet fra MU er 88 av 100 – viser at temaet kan ha utfordringer noen steder. 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 klinikken har. | Tett samarbeid mellom leder, ansatte, HR og ARB – der mobbing og trakassering forekommer. Oppfølging av MU der det er lave score. Opplæring, for eksempel temamøter på alle nivåer. Følge prosedyre ved mobbing og trakassering. |
| 18. Vold og trusler | | 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). | |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|----------|---------------------|--|--|
| 19. IA | Gul | <p>Det var 6,9 % 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>Jobbrelatert sykefravær 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. Klinik AMU følger opp utvalgte grupper.</p> |
| 20. AKAN | Oransje | <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>Arealfortetning påvirker direkte og indirekte mange forhold på arbeidsplassen innen HMS og arbeidsflyt. Klinikken har behov for forskriftsmessige og større arealer. Slik plassforholdene er i dag, er det mange steder utfordrende med samhandling og 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 kompetansehevede 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 høyrisikoavvik innen 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 (Arbeidsmiljøavdelingen) 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 krav om lesekvittering (40, 8158).</p> |

2.9 KREs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak -forslag |
|----------------------------------|---------------------|--|--|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | Ønskelig at flere involveres i oppfølging av MU Meldefrekvens på avvik er 0,13 – under gjennomsnittet på OUS nivå. | Kartlegge om det er samsvar i verneområder /rapportering og ledere/verneombud. Ha fokus på helsefremmende tiltak og fremheve de enhetene som gjør en særlig innsats her. Invitere til klinikk AMU. Ta i bruk andres erfaring til å bedre arbeidet andre steder. Meldekultur tas opp som sak på ledermøtet i klinikken. Følges deretter videre opp i de respektive ledergruppene i klinikken. Hvordan jobbe med avvik på en positiv måte. |
| 2. Plassforhold | | Identifisere plassmangelen/arealsituasjonen. | Klinikk-AMU utreder eventuelle konsekvenser for arbeidsmiljøet og behov for tiltak. Klinikkens arealkontakt må involveres i dette arbeidet. Følges opp løpende på ledermøtet i klinikken. |
| 3. Luftkvalitet | | Dårlig luft og temperaturproblemer – særlig Radiumhospitalet (RAD). Røykeklassen utenfor RAD gir dårlig luft for forbipasserende, og ansattes røyking ved inngangen til U1 gir dårlig luftkvalitet i hele U1. | Fulgt opp poliklinikken på RAD i 2016. Det er et behov for å kartlegge temperaturproblematikk. Dette punktet sees sammen med punkt 12. Røykfritt sykehus må følges opp. |
| 4. Støy | | Enkelte lokale støyproblemer | Følges opp i den enkelte enhet. Ledere oppfordres til å melde problemstillingen i linjen. |
| 5. Lysforhold | | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| 6. Ergonomi | | Klinikken har hatt 8 undervisninger, 4 ergonomiske kartlegginger på enhetsnivå, samt 51 enkelthenvendelser. Klinikken har totalt 17 OUS forflytningsveiledere, hvorav 9 utdannet i 2016. Det er 4 ergonomiveiledere, hvorav ingen utdannet i 2016. | |
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | Punkt 3 - spørsmål fra HMS runden "brukes stoffkartoteket aktivt?" = 54. Svaret er reelt og utgjør 5 verneområder – Hvorfor brukes ikke stoffkartoteket? | IKI og KRF er klar over mangelen på substitusjonsvurderinger og vil i løpet av 2017 jobbe med dette. KRF og IKI legger frem status i ledermøtet. Klinikk-AMU ønsker at man ser på muligheten for prosedyrer på engelsk. |
| 8. Smittevern | | Antall stikkskader halvert – Økt fokus på stikkskader. Behov for å arbeide videre med nødvendigheten av influensavaksinering. Behov for å arbeide videre med håndhygiene, spesielt med tanke på bruk av mobil på jobb. | Systematisk oppfølging i klinikk-AMU. Starte arbeidet med informasjon om nødvendigheten av influensavaksinering tidligere. Følges opp både i lederlinjen og av klinikk-AMU. Viktig at informasjonen når ut til alle til riktig tid. Holde et halv dags seminar om smittevern, der fokuset vil være på både stikkskader og hygiene. |
| 9. Strålevern | | | |
| 10. Brannvern | | Lav prosent på brannkurs i elæring (25 %). 15 enheter har lokal prosedyre på avventende evakuering. Er det noen som mangler? | Brannvernkurs er obligatorisk i KRE, dette må gjøres mer kjent i linjen. Mål er satt inn i handlingsplanen for klinikken. Påminnelser på mail i forhold til elæring, for eksempel "det er 1 år siden du tok brannkurs i elæring", om det er mulig å innføre. Kartlegging av enheter med avventende evakuering, og få på plass prosedyrer der det eventuelt mangler. |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | 33 % oppgir at de i «noen grad» har opplæring og sertifisering på MTU. | Følges opp og undersøkes nærmere av klinikk-AMU. Eventuelt å iverksette tiltak for å styrke MTU |

| | | | |
|---|--|--|---|
| | | | opplæringen. Dette bør koordineres med det arbeidet som gjøres i OUS. |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | Mye dårlig bygningsmasse. | Vedr. solskjerming på RAD - gjennomføre målinger til sommeren i alle etasjer på RAD. Dette må gjøres i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. |
| 13. Læring | | Fagutvikling - nok tid til læring? Mangel på individuelle kompetanseplaner for ansatte. | Klinikken ønsker å fokusere på særskilt 3 områder i fht kompetanseheving: <ul style="list-style-type: none"> • LiS • Helsefag • Kontor Klinikken vil følge dette opp i egne prosesser, ettersom det nå er endringer i organisasjonen som vil gjøre at det gjøres naturlig, for eksempel talegjenkjenning og endring i LiS utdannelsesløpet, og de krav som vil settes til sykepleiere i forhold til for eksempel ernæring. <p>Viktig at det settes fokus på å ha individuelle kompetanseplaner for de ansatte, dette er den del av personalsamtalen.</p> |
| 14. Samarbeid | | Samarbeid på tvers i tråd med klinikkens handlingsplan. | Videreutvikle ledelse i samsvar med klinikkens verdier: Tillit, Mot, Flexibilitet og Ansvar. Tilbud om kurs i konflikthåndtering til ledere, TV/VO som et ledd i oppfølging av MU. Oppfordre ledere, TV og VO til å gå sammen på gratis NAV kurs innen IA og HMS. |
| 15. Stress | | Høy arbeidsbelastning mange steder – lav egenkontroll – mye må løses lokalt. | Pilotprosjekt på livsstyrketrening. Følges opp i lederlinjene. Behov for tiltak vurderes lokalt. HR i klinikk bistår ved behov. Sette fokus på egenkontroll og håndtering av stress i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. Fokus på helsefremmende tiltak. |

| | | | |
|------------------------------------|--|--|--|
| 16. Medvirkning | | Videreutvikle klinikkens videre arbeid for å sikre ivaretagelse av medvirkning og involvering. | Gjøre kjent rammer for medvirkning og involvering: Arbeidsmiljøloven, Hovedavtalen og HSØ 12 prinsipper om medvirkning og involvering. Arbeide i dialog med tillitsvalgte/vernetjenesten på alle nivå i klinikken. Sikre god informasjonsflyt til ansatte i kjernevirksomheten. |
| 17. Mobbing og trakassering | | Meldes fra enkelte enheter i klinikken. | Tiltak iverksettes som ledd i oppfølging av MU på enhetsnivå. HR i klinikk bistår. Benytter interne ressurser og partssammensatt samarbeid med vernetjenesten og tillitsvalgte i aktuelle enheter. |
| 18. Vold og trusler | | Noen hendelser meldt i klinikken. | Følges opp i henhold til prosedyre. Viktig å gjøre prosedyren kjent i lederlinjen og overfor tillitsvalgte/verneombud. |
| 19. IA | | <p>Sykefravær i klinikken i 2016: 6,03 %. Snittet for OUS =7,34 %.</p> <p>Kommentar: Enkelte avdelinger og seksjoner i klinikken har utfordringer med fravær og arbeidsmiljø.</p> <p>Sykehuset klarer ikke å tilrettelegge IA arbeidet på tvers av klinikker i god nok grad.</p> | <p>Fortsette å følge opp sykefraværsutviklingen på månedsoppfølgingsmøter med avdelingene og i klinikk-AMU.</p> <p>Livsstyrketrening - prosjekt i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen på avdeling for Gynekologisk kreft igangsatt.</p> <p>Workshop for ledere i IA-arbeid.</p> <p>Gjøre kjent klinikkens IA handlingsplan på alle nivå i klinikken. Følges opp i dialog med tillitsvalgte/vernetjenesten.</p> <p>Oppfordre til gratis IA kurs via NAV for ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten.</p> |
| 20. AKAN | | Behov for videre oppfølging av AKAN arbeid i klinikken. | Invitere AKAN hovedkontakt og/eller Arbeidsmiljøavdelingen til møter evt. lederseminar. Klinikken ønsker å opprettholde fokus på opplæring i AKAN-arbeid og hvordan håndtere mistanke om rusmiddelbruk overfor ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten. |

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

| Nr. | Tema | Beskrivelse av utfordring |
|-----|----------------------------------|---|
| 1 | Systematisk HMS arbeid | Følge opp systematisk HMS arbeid på alle nivå i klinikken. |
| 2 | Eiendom, brannvern, luftkvalitet | Følge opp Eiendom og luftkvalitet/temperatur. Sikre at brannvernkurs følges opp i klinikken. |
| 3 | Stress | Arbeidsbelastning og stress. |
| 4 | Læring | Klinikken ønsker å fokusere på særskilt 3 områder i fht kompetanseheving: <ul style="list-style-type: none"> • LiS • Helsefag • Kontor Viktig at læring for både ledere og ansatte tilpasses klinikkens behov. |
| 5 | | |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|----------------------------------|---|
| 1 | Systematisk HMS arbeid | Kartlegge om det er samsvar i verneområder /rapportering og ledere/verneombud på HMS kurs. Identifisere suksess enheter som har god meldekultur/ erfaringsdeling. Inviteres til Klinik AMU: Hvordan jobbe med avvik på en positiv måte. Meldekultur tas opp som sak på ledermøtet i klinikken. Følges deretter videre opp i de respektive ledergruppene i klinikken. |
| 2 | Eiendom, brannvern, luftkvalitet | Gjøre kjent at gjennomføring av opplæring i brannvernkurs er obligatorisk for alle ansatte. 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. |
| 3 | Stress/arbeidsbelastning | Pilotprosjekt på livsstyrketrening. Følges opp i lederlinjene. Behov for tiltak vurderes lokalt. HR i klinikk bistår ved behov. |

| | | |
|---|--------|--|
| | | Sette fokus på egenkontroll og håndtering av stress i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. |
| 4 | Læring | <p>Klinikken vil følge dette opp i egne prosesser, ettersom det nå er endringer i organisasjonen som vil gjøre at det gjøres naturlig, for eksempel talegjenkjenning og endring i LIS utdannelsesløpet, og de krav som vil settes til sykepleiere ifht for eksempel ernæring.</p> <p>Lederutvikling vil også bli en del av dette fokusområdet.</p> <p>Viktig at det settes fokus på å ha individuelle kompetanseplaner for de ansatte, dette er den del av personalsamtalen.</p> |
| 5 | | 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. |

2.10 KRNs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|----------------------------------|---------------------|--|---|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | KRN er en ny klinikk som har en del igjen å hente på en del prosedyrer og rutiner. Anbefaler å prioritere og begrense oss selv til noen konkrete tiltak med håp om ringvirkninger andre steder. Inntrykk av generell underrapportering i Achilles. | Tiltak for påminnelse om kontinuerlig arbeid med resultater fra Medarbeiderundersøkelsen (MU) Achilles-opplæring – alle nivå. |
| 2. Plassforhold | | Mange har liten plass, trange forhold på grunn av fortetning/bruksendring og gamle bygg som er vanskelig og dyrt å gjøre noe med. Stor spredning i svar viser at i hvert fall 24 % har dårlige plassforhold. | Ferdigstille aktuelle arealplaner i 2017. Nye lokaler: BDS til OCCI, US 8. etasje samlokalisere STAB med flere. RA Nukleærmedisin i nye lokaler i F-bygget. RH/RA ombygging radiologisk hovedekspedisjon. |
| 3. Luftkvalitet | | Klinikken har fokusert på orden og renhold som et område med forbedringspotensial som er håndgripelig og noe klinikken kan gjøre noe med selv. Stor spredning i svar viser at i hvert fall 32 % har dårlig luftkvalitet. | Tilby befaring (KVO/Arbeidsmiljøavdelingen) for å komme med gode råd om hva vi kan gjøre selv, presentere på personalmøte. Oppfordre til samarbeidsmøter med renholdsleder. |
| 4. Støy | | Mye maskinstøy (driftsområder og granskning). Fortetning skaper mer menneskestøy på mindre områder. | Sette fokus på støy ved anskaffelser. Støykrav i kravspesifikasjon og støydemping i rom. Samle støyende maskiner. |
| 5. Lysforhold | | Arbeidets art gir mye arbeid i eksisterende lokaler uten dagslys. Likevel bør det være muligheter alle steder for tilgang til dagslys. | Ta opp temaer om rotasjon og mikropauser, både med tanke på dagslys og stress. (klinikkledermøte?) |
| 6. Ergonomi | | Enkelte yrkesgrupper har fysisk, tung belastning i forbindelse med arbeid. Det er også stor spredning i svarprosent. Klinikken ligger nært mot gul vurdering, men mener å jobbe bra med ergonomi. Fortsette satsing på å kurse veiledere. | Fortsatt fokus på utdanning av veiledere alle hus. Anbefaler Kontor å sende egen ansatt på ergonomiveilederkurs. (Egen problematikk). |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|--|---------------------|--|---|
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | KRN er en ny klinikk som føler at den har en del igjen å hente på en del prosedyrer og rutiner. Heri ligger vårt kjemikaliearbeid rundt Stoffkartotek med rutiner og systematisk arbeid. KRN antar avvikene bunner i dette fordi veldig få mener de har kjemikalier av noen grad. | Oppdatere stoffkartotek med risikovurderinger og substitusjonsvurderinger. |
| 8. Smittevern | | Smittevern er det tema med flest registrerte avvik i Achilles. Det tolkes i forhold til positive vurderinger på HMS runde slik, at klinikken har fokus og jobber godt med smittevern. Håper at ringvirkninger fra Achilleskampanjen i punkt 1 vil gi flere rapporteringer rundt stikkskader. | Prosedyre/informasjon mot våre samhandlingspartnere om OUS standard for smittevern og våre forventninger til våre «gjester». Fortsette avvikskampanjen. |
| 9. Strålevern | | Persondosimetri rapporteres jevnlig fra Statens strålevern. Ved akkumulert dose >10 mSv skal tiltak settes inn. Det finnes egen ehåndboksprosedyre for dette. 1 person fikk akkumulert dose > 20 mSv, dette utløser rød. | Sette fokus på at det er leders ansvar å sørge for personlig oppfølging ved akkumulert dose >10 mSv |
| 10. Brannvern | | KRN er en ny klinikk som mener at de har en del igjen å hente på en del prosedyrer og rutiner. Det må skaffes oversikt over hva som gjøres i dag og sette dette i system. | Etablere brannvernkontaktgruppe KRN |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | KRN er en MTU-tung klinikk der man må være opplært/sertifisert før man kan utføre sitt arbeid. Det bemerkes at «små» MTU som løfteheis, kreatininmåler, væskpumpe) i noen grad er behovsprøvd og derved ikke generelt at alle har fått opplæring i disse. | Skaffe oversikt over «små» MTU |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | Mange har liten plass, trange forhold pga fortetning/bruksendring og gamle bygg som er vanskelig og dyrt å gjøre noe med. Mangel på rapportering siden man historisk sett ikke har sett stor bedring. | Etterlyse tilstandsrapporter på våre eiendommer fra Eiendomsavdelingen (EI, ventilasjon, bygningsmasse, fremtidige planer) |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|-----------------------------|---------------------|--|--|
| 13. Læring | | Indikator for forbedring "Jobbe med å oppmuntre hverandre til å tenke ut måter å gjøre tingene bedre på" ga lav score i MU. | Achilleskampanjen, pkt 1. Bruke idelisten for tiltak og handlingsplaner aktivt (f.eks. kap 11 Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø) (ehåndbok id 57080). |
| 14. Samarbeid | | Det kan virke som at klinikken har en del konflikter som forstyrrer arbeidsmiljøet og som ikke blir godt håndtert (ref MU lav score). | Prosedyre i konflikthåndtering (praktisk, hva gjør du, hvem kontakter du, dokumentasjon). Kurse lederne i konflikthåndtering (N5-N3). |
| 15. Stress | | Arbeidets art gir dårlig kontroll på mengde, tempo og tidsfrister. | Oppfordre enhetene om å se på arbeidstempo og -mengde med tanke på fordeling. Kan noen beskyttes dersom ekstern forstyrrelse (telefoner, callinger spørsmål, avklaringer) samles på én? (LEAN) |
| 16. Medvirkning | | Oppmuntret til å delta på viktige avgjørelser og si ifra om man har en annen mening. | Kulturbygging - Bruke idelisten for tiltak og handlingsplaner aktivt (f.eks. kap 11 Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø) (ehåndbok id 57080) |
| 17. Mobbing og trakassering | | Enkelte enheter har lavere score enn andre. | Se 14 og 16, kulturbygging for å endre ukultur. Aktivt dra inn klinikkens kulturkonsulenter og/eller Arbeidsmiljøavdelingen tidlig. |
| 18. Vold og trusler | | Uenig i dette med dobbel vektning på hypotetisk lederadferd. Mener vektning av faktisk vold og trusler er viktigere. Medvirkning og Mobbing og trakassering er angitt som indikatorer for Vold og trusler. Disse er behandlet for seg i punkt 16 og 17. På MU under Lederadferd er oppfølging etter Vold og trusler det de ansatte har størst tillit til at leder vil gi god oppfølging på. Klinikken setter derfor dette punktet grønt. | Fokusere på at alle (inkl. lederne) vet hva de skal gjøre ved en hendelse. Ehåndbok ID 376, oppfølging av vold og trusler. Diskusjonstema i klinikken. |
| 19. IA | | Kategorien dekker ikke oppfølging og tilrettelegging. Dette gjelder sykefravær og jobbrelatert sykefravær fra MU. | Etterspørre hver enhets dokumentasjon på vurdering av antall samtidige mulige tilretteleggingsplasser og hvilke oppgaver dette dekker. Vurdere egen IA-superbruker i klinikken. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|----------|---------------------|--|--|
| 20. AKAN | | Klinikken har ingen saker registrert, men statistisk sett har 3-4 % av arbeidsstokken et rusproblem. Hvordan jobbe bedre med denne problematikken? | Krav til ledere om å ha lest ehåndboksinstruks 40, AKAN og ehåndboksprosedyre prosedyre 8158, Prøvetaking. Ta opp tema rundt oppsyn uten AKAN-avtale |

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

| Nr. | Tema | Beskrivelse av utfordring |
|-----|---|---|
| 1 | Etablere systematisk HMS-arbeid og gode rutiner i klinikken | KRN er en ny klinikk som vi har en del igjen å hente på en del prosedyrer, rutiner og rolleforståelse. Identifisert som rotårsak i mange av punktene over; Kjemikalier, Systematisk HMS-arbeid, avvikshåndtering, brannvern. |
| 2 | Stress, motivasjon, arbeidsbelastning, arbeidsglede etc. | Det kan virke som at klinikken har en del konflikter som forstyrrer arbeidsmiljøet og som ikke blir godt håndtert. Arbeidets art gir dårlig kontroll på mengde, tempo og tidsfrister. Det må jobbes med kulturbygging for å endre ukultur. Aktivt dra inn klinikkens kulturkonsulenter og/eller Arbeidsmiljøavdelingen tidlig ved hendelser. |
| 3 | Plassforhold, areal | Fortetting, økt bemanning osv de siste årene har ledet til trange forhold mange plasser, og vi ser at det er ikke lett å skaffe ekstra arealer. Mange har liten plass, trange forhold pga fortetting/bruksendring og gamle bygg som er vanskelig og dyrt å gjøre noe med. Stor spredning i svar viser at i hvert fall 24 % har dårlige plassforhold. |
| 4 | Luftkvalitet, inneklima, støy, lys | KRN har fokusert på orden og renhold som et område med forbedringspotensial. Stor spredning i svar viser at i hvert fall 32 % har dårlig luftkvalitet. Mye maskinstøy (driftsområder og granskning). Fortetting 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. |
| 5 | Bygg: tilstand, Ventilasjon etc, dagslystilgang | Mange har liten plass, trange forhold pga fortetting/bruksendring og gamle bygg som er vanskelig og dyrt å gjøre noe med. Mangel på rapportering siden man historisk sett ikke har sett stor bedring. Arbeidets art gir mye arbeid i eksisterende lokaler uten dagslys. Likevel bør det være muligheter alle steder for tilgang til dagslys. |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|-------------------------------------|--|
| 1 | Samarbeid | Kurse lederne i konflikthåndtering (N5-N3). Kulturbygging. |
| 2 | Meldekultur, systematisk HMS-arbeid | Achilles - opplæring i tre nivå. |
| 3 | Smittevern | Prosedyre/informasjon mot våre samhandlingspartnere om OUS sin standard for smittevern og våre forventninger til våre «gjester». |

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| 4 | Strålevern | Sette fokus på at det er leders ansvar å sørge for personlig oppfølging ved akkumulert dose >10 mSv. |
| 5 | Fysiske arbeidsmiljø/bygningsmasse | Ferdigstille aktuelle arealplaner i 2017. Etterlyse tilstandsrapporter på våre eiendommer fra Eiendomsavdelingen. Tilby befaring (KVO/Arbeidsmiljøavdelingen) for å komme med gode råd om hva man kan gjøre selv, presentere på personalmøte. Oppfordre til samarbeidsmøter med renholdsleder. Sette fokus på støy ved anskaffelser. Støykrav i kravspesifikasjon og støydemping i rom. Samle støyende maskiner. Ta opp temaer om rotasjon og mikropauser, både med tanke på dagslys og stress. Fortsatt fokus på utdanning av veiledere (forflytning og ergonomi) alle hus. |

2.11 KVIs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---------------------------|---------------------|---|---|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | Gjennomførte HMS runder i alle verneområder. | Våren 2017. KVO kvalitetssikre at alle områder er ivaretatt. |
| 2. Plassforhold | | Fortetning på RH. Manglende kontorplasser (RH/UL) Noen kontorer benyttes også til lager/oppbevaring (RH). Mye utstyr på stuene som avgir varme. | Det jobbes med kontinuerlig forbedring. Det vil videre være stort fokus på forbedring og bedre utnyttelse av de areal man har i dag. |
| 3. Luftkvalitet | | Sett opp mot svar i HMS runder tolkes luftkvaliteten som akseptabel | Bestille service, sjekke rett innstilling av vifter og renhold på rom. |
| 4. Støy | | Mye støy, spesielt på REPRO RH. Begrunnet i store maskiner på små rom. Gir også mye støy ut i korridor. En del støy fra trafikk/ anleggsarbeid til vaskeriet i Bygg 18A. Gir støy på enkelte kontorer | Viktig at dør til korridor holdes lukket (REPRO). Bytte vinduer på de kontorene som vender ut mot Medisinsk klinikk (Bygg 18A UL). |
| 5. Lysforhold | | Dagslys kommer ut på gult i HMS rundene. Dette grunnet svar fra ansatte på lab. / ultralyd som jobber uten dagslys. | |
| 6. Ergonomi | | Ergonomi scorer gult på kunnskap/opplæring/ arbeidsstillinger og teknikk, men oransje på de tunge sengepostene, eksempelvis Føden. Stor fysisk belastning på ansatte og høyt arbeids tempo. | Bedre bevisstgjøring på tunge løft/ arbeidsteknikk. Intern opplæring. Kulturendring. Flere ergonomi veiledere i KVI. Nok tilgjengelig hjelpeutstyr. |
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | Er usikre på hvordan dette er implementert i Kvinneklinikken. | En ansvarlig pr seksjon. Registrere i EcoOnline. Meldekultur – forbedring av dette. Førstehjelps skrin for KVI adm. bygg 18A. |
| 8. Smittevern | | Resultat fra HMS runde er 92%. | Fortsatt fokus på områdene – slik som nå. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|--|---------------------|---|--|
| 9. Strålevern | | Barselseksjonene har UV lys behandlingsutstyr | Kontinuerlig opplæring av ansatte og foreldre. |
| 10. Brannvern | | Det har vært gjennomført elæring av KVIs ansatte, samt brannvernopplæring av nyansatte. Gode prosedyrer i ehåndbok. | Bevisstgjøring av signatur når ekurs er gjennomført. Brannkontakt pr seksjon utpekes av leder. Viktig å møte nyansatte med god informasjon. Samle alle klinikkens brannvernskontakter for gjennomgang av brannvernrutiner. |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | MTV arrangerer 2 møter per år for kontaktene. Opplæring og sertifisering gjennomføres. Stort fokus. | Fortsatt fokus på områdene – slik som nå. |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | Alle ansatte i klinikken skal ta elæringskurs i strøm. | Tilbakemelding fra Eiendom til klinikkene vedrørende meldekultur for oppgaver ønsket utført. Blir ofte meldt som avvik – ikke som bestilling. |
| 13. Læring | | Svaret gjenspeiler sparetiltakene i 2016. | Sparetiltak videreføres ikke i 2017. Kurs / opplæring planlegges og avtales i henhold til den enkelte avdelings drift og behov. |
| 14. Samarbeid | | Klinikken har noen utfordringer ved enkelte seksjoner vedrørende kommunikasjon og samspill. Vel kjent i klinikken. | Satt i gang ekstern bistand og tett oppfølging fra ledelsen. |
| 15. Stress | | Økt arbeidsbelastning og manglende egenkontroll blir en konsekvens av at KVI har avdelinger med øyeblikkelig hjelp. Det fremheves spesielt Fødeavdelingene. | KVI har kontinuerlig forbedringsarbeid, spesielt på de store seksjonene, Føde/Barsel og FGM |
| 16. Medvirkning | | Klinikkens resultat viser 60% på MU. Mange omorganiseringer og driftsendringer. | Involvere ansatte, TV og VO på et så tidlig tidspunkt som mulig. Alle tar ansvar for å gi og motta informasjon. Bruke klinikkens intranett side for generell informasjon. |
| 17. Mobbing og trakassering | | Resultatdata for klinikken viser 88 ved spørsmål om «Har du lagt merke til om noen er blitt utsatt for mobbing eller trakassering i din enhet i løpet av de siste 6 mnd. på MU. Klinikken er kjent med dette. | Ekstern bistand er hentet inn. Alt er forankret hos ledelsen. Tiltak er iverksatt. Tatt tak i FAFO rapporten, og klinikken jobber med denne i AMU og ut i klinikkens avdelinger. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|----------|---------------------|--|--|
| 18. IA | | Klinikkens sykefravær er lite relatert til jobb. Noe endring i sykefraværet fra 2015 – 2016. Dette er grunnet mange alvorlig, langtidssyke i klinikken siste år. | IA avtalen vil bli gjennomgått på avdelingenes ledermøte samt i klinikk-AMU. |
| 19. AKAN | | KVI har pt ingen AKAN-avtaler. Det er stort fokus på AKANs prosedyre. KVI har hatt AKAN hovedkontakt på ledermøter og i AMU. | Sette AKAN på dagsorden ned til enhetsnivå flere ganger årlig. Oppfordre ledere og medarbeidere til å delta på AKAN-kurs i OUS regi. God kjennskap til ehåndboks prosedyren. Viktig at alle kvitterer når prosedyre er lest. |

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

| Nr. | Tema | Beskrivelse av utfordring |
|-----|---------------|--|
| 1 | Arbeidspress | KVI har utfordringer i henhold til drift ved FGM og Fødeavdelingene. |
| 2 | Samhandling | Samhandling på tvers mellom lokalisasjonene. |
| 3 | Kommunikasjon | Kommunikasjon mellom leder og ansatt og flerfaglig kommunikasjon. |
| 4 | Areal | Fortetning på RH. Manglende kontorplasser både på Ullevål og Rikshospitalet. Noen kontorer benyttes også til lager/oppbevaring (RH). Mye utstyr på stuene som avgir varme. |
| 5 | | |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|---------------|---|
| 1 | Arbeidspres | Gjennomført pasientsikkerhetsvisitt på FGM. Klinikken vil gjennomføre 1-2 pr år ved klinikkens seksjoner. |
| 2 | Samhandling | Nedsatt et felles driftsmøte i KVI for å se nettopp samhandling mellom gyn.- og føde i henhold til lokalisasjon RH/UL. |
| 3 | Kommunikasjon | Være kjent med «Hei-kampanjen». Kommunikasjon – et tema på klinikkseminar? |
| 4 | Areal | Det jobbes med kontinuerlig forbedring. Også på areal siden. Spesielt på Rikshospitalet. Det vil videre være stort fokus på forbedring og bedre utnyttelse av de areal man har i dag. |
| 5 | | |

2.12 MEDs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---------------------------|---------------------|--|--|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | Systemet har lite fleksibilitet for individuell tilpassing. Til tross for dette ser det relativt bra ut. Dette til tross for lukking av pålegg (fra brann, arbeidstilsyn, el og div i etater og tilsynsmyndigheter) om pågående ombygninger. | Fortsatt fokus på gjennomføring av HMS runde. |
| 2. Plassforhold | | De eksisterende lokalene er ikke egnet for dagens drift. | --- |
| 3. Luftkvalitet | | De eksisterende lokalene er ikke egnet for dagens drift. | --- |
| 4. Støy | | Det er støy under ombyggingen (som har pågått i 6 år). | --- |
| 5. Lysforhold | | Har vært nøye med å se på lysforhold under ombygging. | --- |
| 6. Ergonomi | | Klinikken har stor fysisk belastning, og et høyt arbeidstempo med henhold til pasientbehandling. Det er i tillegg stor spredning i svarprosent i HMS rundene. | Fokus på forflytningsteknikk. |
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | Oppbevaring og merking er god. Dokumentasjon og risikovurderinger holder ikke mål. | Lederopplæring. |
| 8. Smittevern | | Manglende enerom for å kunne gjennomføre godt smittevern. Mye fokus på stikkskader i klinikken. | Bevissthet rundt tilgjengelig utstyr og fortsatt fokus på stikkskader. |
| 9. Strålevern | | Det er målt forskjellige verdier på de 2 stuen på PM/ICD. Det er målt 10 ganger høyere stråleverdier for operatør i den ene. Verdien er innenfor grensen. | Justere apparatene, gjennomgang av bekledning/verneutstyr i forbindelse med prosedyrer. Se på hvilke prosedyrer som utføres på |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---|---------------------|---|--|
| | | | de to forskjellige stuene. |
| 10. Brannvern | | Målingen av brann må ses videre enn en vurdering av elæringskurs. Egen innmelding til brannvernleder er gjort. Brannvernleder har ikke sammenfattet tallene. Derfor ikke mulig å vurdere. | Må være samsvar mellom behov og tilgang til kurs. |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | Ingen avvik ved eksterne tilsyn. God opplæring, med dokumentasjon, av alle yrkesgrupper. | Ønsker mer nytt utstyr. |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | | |
| 13. Læring | | Drift går på bekostning av fagutvikling. Høy arbeidsbelastning. Fokus på kontinuerlig forbedring og læring. | Fortsatt fokus. |
| 14. Samarbeid | | På grunn av høyt arbeidspress legges mye vekt på samarbeid og på å få godt arbeidsklima. | Fortsatt fokus. |
| 15. Stress | | Høyt arbeidspress. Men, de fleste ansatte opplever å få anerkjennelse fra leder. | Medisinsk klinikk har for høyt belegg og for stor arbeidsbelastning i forhold til tilgjengelig sengekapasitet. |
| 16. Medvirkning | | Forholdene ligger til rette for medvirkning f.eks forbedringstavle, daglig styring og Grønne korset. | Fokus på tilbakemeldinger. Og oppfordring til meldingskultur. |
| 17. Mobbing og trakassering | | Skal være nulltoleranse på sykehuset. | Oppmuntre til å melde fra. |
| 18. Vold og trusler | | Økende tendens seneste årene. | Utdanne i voldsrisikovurdering og i kunnskap om å møte mulig voldelige pasienter og pårørende. |
| 19. IA | | Stort fokus og god oppfølging. | |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|----------|---------------------|---|-------------------|
| 20. AKAN | | Er mye fokus på temaet. Er eneste klinikken som er med i WIRUS (forskningsprosjekt innenfor rus i regi av Helsedirektoratet). | Fortsatt fokus. |

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

| Nr. | Tema | Beskrivelse av utfordring |
|-----|----------------------|---|
| 1 | Stress | Høyt arbeidspress. |
| 2 | Kjemisk arbeidsmiljø | Dokumentasjon og risikovurderinger holder ikke mål. |
| 3 | Vold og trusler | Ikke gode nok verktøy for å håndtere vold og trusler. |
| 4 | | |
| 5 | | |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|----------------------|---|
| 1 | Stress | Klinikken har for høyt belegg og for stor arbeidsbelastning i forhold til tilgjengelig sengekapasitet. En eventuell utjevning må skje på sykehusnivå. |
| 2 | Kjemisk arbeidsmiljø | Lederopplæring. |
| 3 | Vold og trusler | Utdanne i voldsrisikovurdering og i kunnskap om å møte mulig voldelige pasienter og pårørende. |
| 4 | | |
| 5 | | |

2.13 NVRs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---------------------------|---------------------|--|---|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | HMS- runder: 67 % ferdigstilt (20 av 30). MU: 77 % har svart, 45 % har hatt MU-oppfølginger innen fristen. | VO og HR følger ledere tettere, for å sikre gjennomføring. |
| 2. Plassforhold | | I 2016 har det vært flytting i forbindelse med oppussing for fysikalsk medisinsk avdeling. Det har vært en belastning. NKI på RH har for lav sengekapasitet i forhold til aktiviteten. Fortetning av kontorer. NEV på UL har liten plass, manglende møterom. 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 | | Dårlig score på temperatur (for høy), dårlig luft kvalitet og orden og renhold. (8 avvik. 5 av disse er på gult). Tall fra Achilles / HMS runder: - Temperatur 65 - Luftkvalitet 62 - Orden og renhold 58 | Igangsatt samarbeid med partssammensatt gruppe OSS og SSE. |
| 4. Støy | | Noe støy der det er trange arbeidsforhold og mange snakker. | Kommunisere bedre |
| 5. Lysforhold | | | |
| 6. Ergonomi | | Noen tunge løft. | |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|--|---------------------|---|--|
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | [Red] | Mangler substitusjons – og risikovurdering i det elektroniske stoffkartoteket (EcoOnline). Tall fra Achilles / HMS runder: - Andel risikovurderinger 5,9 - Andel substitusjonsvurderinger 0 - Elektronisk stoffkartotek 57 - Kjemikalier i atmosfæren: ingen målinger utført i klinikken | Kursing av de lokale kjemikaliekontaktene. Bruk av EcoOnline. |
| 8. Smittevern | [Green] | Flere bør ta influensavaksinen. | Melder inn hvem som er stikkskadekontakt. Informere om vaksinasjonstilbudet ved OUS. |
| 9. Strålevern | [Green] | | |
| 10. Brannvern | [Red] | Få har gjennomført elæringskurs på brannvern. Tall fra Achilles / HMS runder: -Gjennomført e-læringskurs: 18 % -Utarbeidet lokal brannprosedyre/branninstruks: 15 - Mangler tall på: gjennomført brannøvelse, gjennomført egenkontroll, brannopplæring av nyansatte | Følges opp i linjen. |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | [Green] | Det er kun vurdert opplæring og sertifisering. Ikke hvordan utstyret fungerer. | |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | [Green] | | |
| 13. Læring | [Yellow] | Tall fra MU: - Faglig utvikling: 67 | Bedre oppfølging av MU. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|------------------------------------|---------------------|--|--|
| | | - Forbedringer:68 | |
| 14. Samarbeid | | Godt sosialt samspill, men utfordringer i forhold konflikter og samarbeid på tvers. | Bedre oppfølging av MU. Jobbes med styrking av samarbeid i flere avdelinger. |
| 15. Stress | | Scorer lavt på egenkontroll og arbeidsbelastning. Tall fra MU: - Arbeidsbelastning: 62 - Egenkontroll: 49 - Rollekonflikt: 69 - Ros/ anerkjennelse fra leder 71 | Tettere oppfølging fra leder. |
| 16. Medvirkning | | Tall fra MU: - Medvirkning: 61 | Bedre oppfølging av MU. |
| 17. Mobbing og trakassering | | Noe uroligheter i enkelte seksjoner. | Følges opp i linjen. |
| 18. Vold og trusler | | Det er meldt 8 hendelser hvor ingen av disse førte til fravær. | Jobbe videre med meldekultur, opplæring, og forebygging. |
| 19. IA | | Har noe fravær grunnet forhold på jobb. | |
| 20. AKAN | | Ikke gjennomført kurs, eller hatt fokus på arbeidet. | Informere via linjen og vernetjenesten. Tema for ledersamling. |

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

| Nr. | Tema | Beskrivelse av utfordring |
|-----|----------------------|---|
| 1 | Brannvern | Manglende opplæring og manglende dokumentasjon. |
| 2 | Kjemisk arbeidsmiljø | Mangler substitusjons- og risikovurdering i det elektroniske stoffkartoteket (EcoOnline). |
| 3 | MU | Enkelte steder følges ikke MU opp i tilstrekkelig grad. Mangel på systematisk HMS-arbeid i avdelinger og seksjoner. |
| 4 | MTU | Problemer med Sykehuspartner og OUS IKT – utstyr virker ikke. |
| 5 | Avvik | Få avvik meldes i Achilles. |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|----------------------|--|
| 1 | Brannvern | Opplæring. |
| 2 | Kjemisk arbeidsmiljø | Opplæring. |
| 3 | MU | Følges tettere opp fra lederlinjen, HR og vernetjenesten – støtte mot enheter med lavt score, særlig på områdene «opplevd stress med arbeidsbelastning og egenkontroll». |
| 4 | MTU | Bedre kommunikasjon og support med Sykehuspartner og OUS IKT. |
| 5 | Avvik | Jobbe med meldekultur i klinikken. |

2.14 OPKs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|----------------------------------|---------------------|--|---|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | <p>HMS-rapportering: Gjennomføring av HMS runde i alle verneområder.</p> <p>MU-svarprosent: var 70 % 2016</p> | <p>HR i klinikk/KVO: varsler, purrer og følger opp at verneområdene har gjennomført HMS runde innen fristen. Informere om betydningen av å holde frister for neste års investeringer.</p> <p>MU-svarprosent: ønsket mål på svarprosent > 80 %.</p> <p>Kontakte ledere med lav svarprosent fra året før.</p> |
| 2. Plassforhold | | <p>Operasjon: Mangelfull lagringsplass på US.</p> <p>Sengeposter UL: Manglende enerom og isolat til smittepasienter på UL.</p> <p>Eldre bygningsmasse med 4-sengsrom.</p> <p>Sengepost 3: Organisering og antall rom</p> <p>Sengepost RH: Kjøkken stengt og midlertidig løsning på møterom.</p> <p>Storgata 40: Manglende areal for håndterapien.</p> <p>Skadelegevakten: Kapasitet på arealer står ikke i forhold til økt pasientantall over flere år.</p> <p>Hotell: Bedre utnyttelse av senger.</p> | <p>Operasjon: Autoklaver skal fjernes våren 2017.</p> <p>Sengeposter: Post 1 skal bygges om sommer 2017.</p> <p>Storgata 40: Pågående oppgradering av Kroghstøtten og håndterapiens lokaler.</p> <p>Sengepost 3: Samarbeide med NVR og HHA for å kunne få en bedre drift og større arealer.</p> <p>Sengepost RH: Det er bevilget midler til forprosjekt for oppgradering av kjøkken.</p> <p>Skadelegevakten: Storbylegevaktprosjekt er i gang, antatt ferdigstilt 2022.</p> <p>Hotell: Pasientflytprosjekt.</p> |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|--------------------------------|---------------------|---|---|
| 3. Luftkvalitet | | Skadelegevakten: For høy innetemperatur. Kjøkken RH Sengepost: Stengt pga. for høye innetemperaturer. Renhold: Generelt dårlig renhold. KDA-behandlingsrom: har ikke vinduer/mulighet for lufting. | Skadelegevakten: Optimal funksjon på kjøleelementer. Forespørre hyppigere service. Kjøkken RH Sengepost: Forprosjekt igangsatt. Renhold: Sak sendt sentralt AMU. Avventer tilbakemelding fra Geir Teigstad og vedtak. Rekvisita må inn i skap. Det skal ikke oppbevares personlig tøy, treningstøy, gamle brukte uniformer, sportsutstyr (sykler m.m.) på kontorer og personalrom. Alle må rydde etter seg (kopper m.m. mat osv.). |
| 4. Støy | | Generell støy under operasjoner på operasjonsstuene, som det ikke går an å redusere/fjerne. | Det er hørselsvern tilgjengelig for ansatte, og hjelmer m/intercom. |
| 5. Lysforhold | | Rom/kontorer/behandlingsrom på poliklinikken uten naturlig dagslys (innvendige rom). | Sørge for at disse rommene ikke blir brukt som heldags arbeidsplasser. |
| 6. Ergonomi | | Stor fysisk belastning og et høyt arbeidstempo med tanke på pasientbehandling. | Bruke forflytningsveiledere i klinikken til undervisning. Sikre at det finnes relevante hjelpemidler. |
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | EcoOnline er ikke oppdatert og det er ikke foretatt substitusjonsvurdering ute i enhetene. | Oppdatere EcoOnline og registrerte kjemikalier. Øke andel substitusjonsvurderinger. Lage egen meny på Intranett for kjemikaliekontakter på lik linje med brannvernkontakter. |
| 8. Smittevern | | 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. Influensavaksine for ansatte. | Oppussing av sengepost 1. 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 to vaksinasjonsdager i klinikken. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|--|---------------------|--|---|
| 9. Strålevern | | | |
| 10. Brannvern | | Kun 16 % av ansatte har gjennomført elæringskurset. | Sørge for at alle ansatte gjennomgår elæringskurset (blir obligatorisk i 2017). Brannvernskoordinator er etablert. Liste over klinikkens brannvernkontakter er revidert og nye områder er definert. |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | Gjelder opplæring og sertifisering | |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | På dette punktet ble det ikke rapportert noe i rapporten som klinikken ble tilsendt av Arbeidsmiljøavdelingen. Dersom dette punktet gjelder areal (ansattarealer, behandlingsrom, sengerom etc) så er fargen oransje. | |
| 13. Læring | | Faglig utvikling for ansatte i OPK. | Internundervisning i klinikk og fra Arbeidsmiljøavdelingen. E-læring. Etablere egen ressurspool i klinikken som driver undervisning. |
| 14. Samarbeid | | Samarbeidsproblemer internt og på tvers av klinikker. | Forbedre samarbeid operasjon UL og Steril. Hvordan kan vi bidra til bedre kommunikasjon. |
| 15. Stress | | Høyere aktivitet med økt arbeidspress. | Kontinuerlig fokus på forbedringsarbeid og flyt. Stressmestring? |
| 16. Medvirkning | | Manglende informasjon til ansatte samt involvering av vernetjenesten og tillitsvalgsapparatet i endring og omstillingsprosesser. | Informere om rutiner og prosedyrer for endring og omstillingsarbeid. Kontinuere faste dialog og informasjonsmøter på kllinikknivå. Etablere faste møter lokalt i linjen. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|------------------------------------|---------------------|--|--|
| 17. Mobbing og trakassering | | Arbeide med kulturbygging i klinikken. | Oppfølging av FAFO-rapporten og bestillingen fra sentralt AMU. Identifisere hvor problemene er. Jobbe med kulturen i klinikken. |
| 18. Vold og trusler | | Skadelegevakten: Mange avvik som gjelder utagerende adferd. | Få på plass videoovervåkning i dødsoner. Få stille-alarmen til å fungere optimalt. |
| 19. IA | | IA-gruppen i klinikken jobber kontinuerlig. Slitne eldre arbeidstakere ved sengeposter. | Bruke svangerskapsenger i større grad, og benytte oss av bedriftsjordmor. MRSA-rutinen: fokus på å ivareta ansatte som har blitt smittet. Seniorpolitikk: ivaretagelse og tilrettelegging. |
| 20. AKAN | | En mulig underreportering. | Sette AKAN 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 | Storgata 40: Manglende areal for håndterapien. Skadelegevakta: Kapasitet på arealer står ikke i forhold til økt pasientantall over flere år. |
| 2 | Plassforhold | Sengepost RH: Kjøkken stengt og midlertidig løsning på møterom. |
| 3 | Medvirkning | Manglende informasjon til ansatte samt involvering av vernetjenesten og tillitsvalgts apparatet i endring og omstillingsprosesser. |
| 4 | Brannvern | Kun 16 % av ansatte har gjennomført elæringskurset. |
| 5 | Plassforhold | Sengepost 3: Organisering og antall rom. |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|--------------|---|
| 1 | Plassforhold | Storgata 40: Pågående oppgradering av Kroghstøtten og håndterapiens lokaler. Fortsette jevnlige evalueringsmøter under «samboerforholdet». |
| 2 | Plassforhold | Sengepost RH: Det er bevilget midler til forprosjekt for oppgradering av kjøkken. |
| 3 | Medvirkning | Informere om rutiner og prosedyrer for endring og omstillingsarbeid. Kontinuere faste dialog og informasjonsmøter på klinikknivå. Etablere faste møter lokalt i linjen. |
| 4 | Brannvern | Sørge for at alle ansatte gjennomgår elæringskurset (blir obligatorisk i 2017). Brannvernskoordinator er etablert. Liste over klinikkens brannvernkontakter er revidert og nye områder er definert. |
| 5 | Plassforhold | Sengepost 3: Samarbeide med NVR og HHA for å kunne få en bedre drift og større arealer. |

2.15 OSS' HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|----------------------------------|---------------------|--|---|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | <p>Svardeltagelse på MU er veldig god og totalscore for HMS runde innen systematisk HMS-arbeid er bra.</p> <p>OSS skårer noe lavt på meldekultur. Meldefrekvensen på HMS-avvik i forhold til årsverk er lavere enn gjennomsnittet til OUS. Totalt egenmeldte HMS-avvik er 389.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Fortsette målbevisst arbeid for å bevare god score. • Økt fokus på meldekultur/avvikshåndtering: <ul style="list-style-type: none"> • Melde og lukke avvik, fortsatt fokus på opplæring av ledere, verneombud og øvrige ansatte i Achilles. • Motivere til en åpen meldekultur. • Fokus i Kvalitetsutvalget. |
| 2. Plassforhold | | <p>Stor spredning.</p> <p>Fokusområde 2016, men klinikken har fortsatt pauserom uten dagslys.</p> <p>Smittevern Rikshospitalet har for få og små kontorer.</p> <p>Portørene på Ullevål har etterspurt bedre egnede lokaler i flere år.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdere alternative pauserom for Renhold, inklusive Sengesentral på Ullevål. • Vurdere bedre egnede lokaler til Smittevern Rikshospitalet og portørene på Ullevål. |
| 3. Luftkvalitet | | <p>Stor spredning.</p> <p>Enkelte steder med fuktskader og utette vinduer.</p> <p>Spesielt utsatt ved Vaskeri og sengevaskeri.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vurderes i forbindelse med vedlikeholdsbudsjettet. • Vaskeri endrer bruk i 2017, tiltak anses unødvendig. • For å bedre luftkvalitet bør det være mer fokus på renhold og temperatur. |
| 4. Støy | | <p>Ingen støymålinger er utført. Utfordringer for Sentralbord i forhold til Kirkeveien. Dessuten er Vaskeri spesielt utsatt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vurdere støyskille/skjermvegger. • Kjøreregler for hvordan støy reduseres. • Fokus på støykrav ved innkjøp. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|--|---------------------|---|--|
| 5. Lysforhold | | Ingen store avvik, få henvendelser | <ul style="list-style-type: none"> • Forholdene forbedres ved oppussing. • Ingen tiltak. |
| 6. Ergonomi | | 58 enkelthenvendelser siste år. 4 ergonomiveiledere utdannet i 2016. Stort fokus på kartlegging og forflytningsveiledning. | <ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt fokus og bistand fra Arbeidsmiljøavdelingen, inklusive forflytning og ergonomi. • Økt fokus ifht kontoransatte, og økt fokus på effekt av bevegelse og trening. • Fokus på internundervisning, forebyggende effekt. |
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | Stor spredning. Mangler noe oppdatering av elektronisk stoffkartotek. | <ul style="list-style-type: none"> • Oppdatering av stoffkartotek. • Vurdere egen ressursperson ved enheter som benytter kjemikalier. • Fokus på kjemikalier som kan/bør byttes ut. |
| 8. Smittevern | | Noen avvik grunnet feil håndtering av sprøytespisser i klinikkene. Angår få, men kan få alvorlige følger. Smittevern er lite tilgjengelighet utenfor dagarbeidstid. | <ul style="list-style-type: none"> • Økt fokus på rutiner og bruk av verneutstyr ved aktuelle enheter. • Vurdere innføring av ressurspersoner ved Renhold som får informasjon om vaksine mm. |
| 9. Strålevern | | Lite aktuelt, men renhold ved Nukleærmedisin kan være utsatt. Liten reell risiko. | <ul style="list-style-type: none"> • Årlig gjennomgang for aktuelle renholdere. • Individuell sjekklister ved opplæring. |
| 10. Brannvern | | Ikke sammenlignbare tall med 2012 – 2015, denne gang bare fokus på elæringskurs (65 % deltagelse). Stabsleder fungerer som brannkoordinator i OSS. | <ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt fokus hos nyansatte. • Økt fokus på elæringskurs, brannkoordinator må sende inn skjema om gjennomførte kurs. • Flere praktisk kurs og uforutsette øvelser? |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | Angår få enheter ved OSS. | Det er få enheter i OSS som benytter medisinsk teknisk utstyr. |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | OSS er største bruker av fellesareal, merking nødvendig. Lite relevant for de fleste enheter. | Eiendom bør vurdere bedre merking med godt synlig skrift. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|-----------------------------|---------------------|--|--|
| 13. Læring | | MU-score for faglig utvikling har økt fra 66 til 67. | <ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt fokus, jfr tiltak 2014, 2015 og 2016. • Følge opp avvik med ønske om forbedring. |
| 14. Samarbeid | | MU-score for sosialt samspill har økt fra år til år, endte på 75 i 2016. | <ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt fokus på ledelse og lederopplæring. • Kommunikasjon og forebygging av konflikter er viktig. • Fortsatt bruk av Arbeidsmiljøavdelingen. • Mer fokus på samarbeid mellom ledelse/tillitsvalgt og verneombud. |
| 15. Stress | | MU-score for både egenkontroll og arbeidsbelastning har økt siste år. | <ul style="list-style-type: none"> • Økt fokus på ressursstyring og bemanningsplanlegging, fordeling av oppgaver, rutiner. • Jobbe smartere/kontinuerlig forbedring. |
| 16. Medvirkning | | MU-score økt fra 55 til 63 siden 2011. Stress og medvirkning skårer dårligst av de psykososiale temaene. | Fortsatt fokus på å diskutere uenigheter, men få forståelse for at arbeidsgiver må fatte avgjørelser. |
| 17. Mobbing og trakassering | | Positiv utvikling MU. | <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikasjon og forebygging av konflikter er viktig. • Arbeidsmiljøavdelingen øker med 1 årsverk innen arbeidspsykologi. |
| 18. Vold og trusler | | Positiv utvikling MU. | Ingen tiltak anses nødvendig, men fortsatt fokus. |
| 19. IA | | Sykefraværet har blitt gradvis redusert fra år til år, inklusive jobbrelatert fravær. Sykefraværet er imidlertid fortsatt høyere enn OUS for øvrig, også jobbrelaterte fravær. | <ul style="list-style-type: none"> • Fortsette det gode arbeidet som gjøres. • Mer informasjon om IA ut til ansatte og ledere (info-brosjyre om rettigheter og plikter ift IA). • Vurdere hva jobbrelaterte fravær skyldes og hvilke tiltak som da kan iverksettes. |
| 20. AKAN | | Generelt for få meldte saker i OUS, sannsynligvis også i OSS. | <ul style="list-style-type: none"> • Lederkompetanse. • Mer informasjon til ansatte. |

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

| Nr. | Tema | Beskrivelse av utfordring |
|-----|-------------------|---|
| 1 | Sosialt samspill | OSS er blant de 15 % med laveste score i OUS, til tross for økning siden 2015. Utfordringen er størst innen «medansvar og lagånd» og «støtte og hjelp fra arbeidskolleger». |
| 2 | Rollekonflikt | OSS er blant de 15 % med laveste score i OUS, til tross for økning siden 2015. 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. |
| 3 | Motivasjon | OSS scorer noe under snittet for OUS. Mange scorer forholdsvis lavt på om arbeidet er utfordrende på en positiv måte og knyttet til om jobben er så interessant at den i seg selv er sterkt motiverende. |
| 4 | Arbeidsbelastning | OSS scorer noe under snittet for OUS med tanke på den fysiske arbeidsbelastningen, samtidig som vi scorer under snittet på om man må utføre arbeidsoppgaver man ikke behersker. Dette kan ha en sammenheng med at vi scorer noe dårlig på jobberelatert sykefravær. |
| 5 | Jobbtilfredshet | OSS har hatt en positiv utvikling, men scoren er fortsatt under snittet i OUS. |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|------------------------------|--|
| 1 | Medvirkning | <ul style="list-style-type: none"> • Forslag til endring av arbeidsmetodikk bør være tema på minst 2 personalmøter før 31.08.17. • Økt fokus på ressursstyring og bemanningsplanlegging, fordeling av oppgaver og bedring av rutiner. • Økt fokus på medansvar og å gi støtte til arbeidskolleger. • Aktiv involvering i OU-prosesser. • Økt fokus på bruk av Achilles. |
| 2 | Konflikthåndtering | <ul style="list-style-type: none"> • Arbeidsmiljøavdelingen prioriterer spesielt feltet arbeidspsykologi til bruk for hele OUS. • Økt kjennskap til hvor ledere og øvrige ansatte kan søke hjelp før situasjonen blir for fastlåst. • Økt fokus på den enkelte sitt ansvar for å bidra til et godt arbeidsmiljø og unngå konflikter. |
| 3 | Ergonomi og fysisk aktivitet | <ul style="list-style-type: none"> • Fortsatt fokus og bistand fra Arbeidsmiljøavdelingen innenfor forflytning og ergonomi. • Økt fokus på ergonomi for kontoransatte. • Økt fokus på effekt av bevegelse og trening, den enkeltes individuelle ansvar. |
| 4 | Avvikshåndtering | <ul style="list-style-type: none"> • Aktiv oppfølging av handlingsplaner etter MU. • Aktiv bruk av Achilles, lære av avvik og tiltak. |
| 5 | Samarbeid | <ul style="list-style-type: none"> • Økt fokus på det gode samarbeidet mellom ledere, tillitsvalgte og vernetjenesten. |

2.16 PHAs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---------------------------|---------------------|---|---|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | Per 08.02.17 har 90% av verneområder gjennomført HMS runden. Det ble i 2016 iverksatt flere tiltak for å bedre systematisk HMS-arbeid. Med mange underliggende enheter og stor geografisk spredning så trenger vi 2017-2018 å implementere og få god kvalitet på tiltakene. | |
| 2. Plassforhold | | Store forskjeller i klinikken. Flere prosjekter er iverksatt og/eller gjennomført i 2016. | Flere prosjekter er under planlegging og gjennomføring også i 2017. |
| 3. Luftkvalitet | | Store forskjeller i klinikken. Orden og renhold må prioriteres på den enkelte enhet. Større utbedringer er avhengig av prioriteringer i OUS. | Tydligere kommunikasjonslinjer mellom enhet og OSS når det oppstår forhold som må utbedres raskt. |
| 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 | | Alle kjemikalier er kartlagt i 2016. PHA har svært lite og det som er kartlagt er vurdert i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. | |
| 8. Smittevern | | Lite antall meldte hendelser, men konsekvensene kan bli store hvis vi ikke har god kontroll på smittebærende pasienter. | Sende ut påminnelse om smittevernprosedyrene og elæringskurset «basale smittevernrutiner». |
| 9. Strålevern | | Ikke relevant | |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|--|---------------------|--|--|
| 10. Brannvern | | 20% har gjennomført elæringskurs brannvern. | Følges opp i linjen. |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | Lite relevant | |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | 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. |
| 13. Læring | | Forbedringer er et fokusområde i PHA, blant annet har vi fra høsten 2016 seksjonsvise forum som skal kvalitetssikre systematisk læring ved meldte HMS-avvik. | |
| 14. Samarbeid | | I tillegg til etablerte samarbeidsfora, har klinikk-AMU og klinikkens ledergruppe startet et samarbeid for å styrke åpenhet- og ytringskulturen i klinikken. | |
| 15. Stress | | Opplevelsen av stress varierer sterkt i klinikken. Klinikken ledergruppe vurderer at poliklinikkene og ledere på nivå 3-5 er en spesielt utsatt gruppe. | Det jobbes med forskjellige tiltak, blant annet som lokalt etterarbeid etter MU. |
| 16. Medvirkning | | Hovedsatsingsområde i klinikken. Det er etablert fast klinikkforum med ledelse, tillitsvalgte og vernetjeneste, aktivt klinikk-AMU, samarbeidsavtale leder – verneombud, seksjonsvise fora for systematisk forbedringsarbeid og økt fokus på medvirkning i omstillingsprosesser. | Se tiltaksliste. |
| 17. Mobbing og trakassering | | Klinikken har nulltoleranse for mobbing og trakassering. Det tilbys bistand fra HR-stab så snart en sak blir kjent og man søker å få løst den så snart som mulig. Det kan synes som det er noe uklarhet i bruk av begrepene mobbing/trakassering og konflikt. | |
| 18. Vold og trusler | | Dette er klinikkens største HMS-utfordring og risiko, som det vil bli jobbet systematisk med i 2017. | Se tiltaksliste. |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|----------|---------------------|--|---------------------------------|
| 19. IA | | IA er en del av det ordinære HMS-arbeidet. | |
| 20. AKAN | | 87% av lederne har gjennomgått prosedyre 40 og 8158 i 2016. Få meldte saker. | Tema på høstens HMS-konferanse. |

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

| Nr. | Tema | Beskrivelse av utfordring |
|-----|---------------------------|--|
| 1 | Trusler og vold | Trusler, vold og utagering fra pasienter, som gir økt risiko for personskader. Flere tiltak kan iverksettes i klinikken, men det er kjente utfordringer i forhold til lokaliteter som medfører en stor risiko man ikke får gjort noe med, før nye, egnede lokaler er på plass. |
| 2 | Medvirkning | Stor variasjon i opplevd medvirkning, MU fra 41 - 98, snitt 67. Klinikken har en drift hvor menneskelige ressurser er helt avgjørende for god pasientbehandling, stor grad av medvirkning er derfor viktig i klinikkens drift. |
| 3 | Forbedringer/ Læring | Klinikken har en bra meldekultur, men kan bli ennå bedre på å bruke disse meldingene til systematisk forbedringsarbeid, slik at klinikken drifter stadig bedre og unngår at uønskede hendelser gjentar seg. |
| 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 klinikken 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 | Systematisk risikovurdering av faren for vold og trussel om vold på alle enheter i klinikken, iverksette risikoreducerende tiltak der det er nødvendig. |
| 2 | Trusler og vold | Bidra med fag- og prosesstøtte til systematisk forbedringsarbeid innen HMS på de seksjoner som har størst risiko for trusler og vold. |
| 3 | Medvirkning | Kartlegge hva som kjennetegner enheter med høy medvirkning og hva som kjennetegner de med lav medvirkning for å se om man kan finne faktorer som kan brukes for å øke opplevelsen av medvirkning der den nå er lav. |
| 4 | Forbedring/ læring | Videreutvikle tiltaket med seksjonsvise fora som jobber systematisk med forbedringsarbeid; <ul style="list-style-type: none">- ved å fokusere på økt kvalitet og god metodikk i dette arbeidet- ved å vurdere HMS og pasientsikkerhet som et felles forbedringsområde |
| 5 | Opplevd arbeidsbelastning | Ledere, TV og VO må enes om hvordan man kan jobbe med dette komplekse temaet for å øke kunnskap i klinikken om samsvar mellom aktivitet og riktig organisering og bemanning. |

2.17 PREs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---------------------------|---------------------|---|--|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | Yellow | 1)Oppfølging av MU fra 2016. 2)Oppfølging av tiltak fra HMS runden. 3)Det mangler prosedyrer i ehåndbok som sikrer personell ved farlige hendelser. | Innlede samarbeid med klinikk for psykisk helse. 1)Involvere alle ansatte i gjennomgangen av MU. 2)Lukke utførte tiltak i fra HMS-vernerunden. 3)Lage prosedyrer som sikrer ansatte ved farlige/ potensielt farlige hendelser og legge disse tilgjengelig i ehåndbok. |
| 2. Plassforhold | Red | 1)Klinikken opplever generell stor vekst i oppdrag som medfører økt bemanning, som går på bekostning av eksisterende areal. | 1)Ny AMK sentral, nytt administrasjonsbygg, gjennomgang av alle stasjoner og deres behov. |
| 3. Luftkvalitet | Yellow | 1)Dårlig inneklima spesielt på Ullensaker og AMK. 2)Temperatur og luftkvalitetsutfordringer i kontorfløyen i bygg 2. Mulighetene til å justere temperatur i henhold til de ulike årstidene fungerer ikke. 3) For dårlig ventilasjon og oppvarming på Bærum stasjon, samt fuktskader. | 1)Oppgradere ventilasjonsanlegget ved Ullensaker. På AMK må ventilasjonsanlegget tilpasses slik at det ikke blåser kald luft direkte på ansatte. 2)Ny kontorfløy bør ses i samarbeid med ny AMK sentral. 3)Finne løsning i dialog med Vestre Viken for utbedring av eksisterende bygg. |
| 4. Støy | Yellow | 1)Tilbakemeldinger om at det er mye støy i de nye ambulansene. Støymålinger viser at det er på grensen til hva normen sier. De ansatte opplever at støyen er plagsom, og hindrer dem i å kommunisere på en god måte. 2)AMK har tidvis mye støy i fra ansatte. Dette forverres på grunn av trange plassforhold i sentralen. | 1)Det har blitt testet en vindavviser på en bil i Eidsvoll med opplevd forbedring. Men dette er ikke kvalitetssikret med støymåling. Bestilling av nye ambulanser må inneholde nødvendig beskrivelse og krav til støysisolering. 2) Ny AMK sentral med nødvendig areal. |
| 5. Lysforhold | Green | | |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|-------------------------|---------------------|---|---|
| 6. Ergonomi | | <p>1) Kontorplasser har generelt god ergonomi. 2) Varierende oppmøte på kurs i forflytningsteknikk. 3) Ambulanseavdeling har uforutsigbar ergonomi i arbeidshverdagen. Jobben medfører tidvis uheldige arbeidsstillinger. Klinikkens arbeidsoppgaver er fysisk belastende og med tunge løft. Svært mange opplever at de ikke, eller i liten grad, har mulighet til å begrense den daglige, tunge belastningen. 4) Arbeidsgiver stiller i dag ikke krav til ansattes fysiske kapasitet, og dette må ses i sammenheng med egensikkerhet og pasientens sikkerhet. 5) Sørge for god faglig vurdering ved valg av utstyr.</p> | <p>1) Arbeidsgiver tilrettelegger med nødvendig utstyr der det er nødvendig eller etterspørres. 2) Arbeidsgiver gjennomfører obligatoriske forflytningskurs. Det etableres forflytningsveileder ved alle stasjoner som innehar nødvendig kompetanse. 3) Alle ansatte kurses i forbindelse med riktig forflytningsteknikk og gjøres bevisste på utfordringer yrket medfører. 4) Ved nyansettelser blir det stilt krav om fysisk egnethet. Det blir stilt krav om fysisk testing tilsvarende lærlinger. System og gjennomføring rundt dette må utarbeides og drøftes med tillitsvalgte. 5) Invitere fysioterapeut inn i utstyrgruppa.</p> |
| 7. Kjemisk arbeidsmiljø | | <p>1)Elektronisk stoffkartotek er ikke tilgjengelig i ambulansene. Mange av de elektroniske stoffkartotekene er ikke oppdaterte.</p> | <p>1)Ledere og verneombud gis tilgang til EcoOnline. Ledere og ansatte læres opp i bruk av dette. Stoffkartotek datablader gjøres tilgjengelig for ansatte.</p> |
| 8. Smittevern | | <p>1)Ambulansetjenesten har det siste året oppgradert smittevernutstyret, samt prosedyrer og retningslinjer rundt håndtering av smitte. Dette gjelder spesielt håndtering av farlig smitte. 2) De ansatte gis tilbud om influensa vaksine årlig.</p> | <p>1)Personell holdes oppdatert til en hver til innenfor gjeldende retningslinjer og prosedyrer via trening til årlig resertifisering. 2) Videreføre gjeldende praksis.</p> |
| 9. Strålevern | | <p>De ansatte er i svært liten grad utsatt for stråling.</p> | |
| 10. Brannvern | | <p>1) Mangler brannvernkontakt i klinikken. 2) De ansatte mangler elæringskurs. 3) Finner ikke forsvarlig system for brannvern.</p> | <p>1) Brannvernkontakt tilsettes i klinikken. 2) Gjennomføre kurset med alle ansatte. 3) Hver enkelt avdeling i klinikken etablerer prosedyrer og retningslinjer for et forsvarlig</p> |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|---|---------------------|---|--|
| | | | brannvern i tråd med gjeldende retningslinjer. |
| 11. Medisinsk-teknisk utstyr (MTU) | | MU viser at ansatte opplever at opplæring av MTU er tilfredsstillende. 6 % svarer at de i noen grad er tilfredse med opplæring og sertifisering av MTU. | |
| 12. Eiendom (tilstand på bygningsmasse, el-anlegg, VVS, gass osv.) | | 1) Vurderingen settes til RØD på bakgrunn av AMK som er kjernen i utøvelsen av de tjenester som leveres. 2) Klinikken har noen ambulansestasjoner og en LA avdeling som ikke tilfredsstiller krav til areal, funksjon og inneklime. 3) Klinikken har også noen nye ambulansestasjoner som er moderne og funksjonelle. | 1) AMK sentralen må bygges ut og inneklime må utbedres umiddelbart. 2) Avventer utredning når det gjelder LA. Når det gjelder noen av ambulansestasjonene er det ekstern eier man må bli enige med for å utbedre de problematiske forholdene. |
| 13. Læring | | Flere kurs og faglig utvikling ble stoppet på bakgrunn av innsparingskrav i fra sykehuset sentralt. Klinikken må sørge for at de ansatte får nødvendig kurs og kompetanse. Dette må kunne gjennomføres uavhengig av økonomiske innsparinger. | |
| 14. Samarbeid | | 1) Samarbeid med andre nødetater oppleves som generelt godt. Samarbeid med andre helseinstitusjoner er også generelt godt. 2) Samarbeid innad i klinikken har noen utfordringer mellom AMK og ambulanseavdelingen. Her har det vært en samarbeidsgruppe som har påpekt de utfordringer som oppleves. | 2) Ledelsen kommer tilbake til klinikk-AMU med forslag til tiltak ut i fra samarbeidsgruppens rapport slik at vi kan bedre de utfordringer som er kjente. |
| 15. Stress | | 1) AMK er utsatt for en stor økning i oppdrag/telefoner. Dette påvirker både ressurskoordinatorer og sykepleiere. Det er nå på grensen til å overstige hva som er forsvarlig bruk av ansattes kapasitet. 2) Ambulanseavdelingen styrer ikke sin oppdragsmengde, de utfører tildelte oppdrag fra AMK | 1) AMK sentralen må utvides eller bygges ny, og nødvendig IKT verktøy må skaffes snarest. 2) Sykehuset og klinikken må til en hver tid legge til rette for at det er nok ressurser tilgjengelig til |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|------------------------------------|---------------------|---|---|
| | | som får sine oppdrag fra innringere. | ordinær drift. |
| 16. Medvirkning | | Iht. MU er det varierende oppfattelse av medvirkning blant de ansatte. | Sikre ansattes mulighet for medvirkning på enhetsnivå – møter. |
| 17. Mobbing og trakassering | | Klinikken har hatt tilfeller av mobbing eller trakassering mellom ansatte. Dette har tidvis tatt lang tid å rydde opp i. | Klinikken må sørge for å ha nok ressurser til å bistå lokale ledere ute i avdelingene slik at mobbing og trakassering kan forebygges og løses umiddelbart hvis det oppstår. |
| 18. IA | | Utkast til IA- handlingsplan er utarbeidet men ikke godkjent i avdelingene eller klinikken. | Arbeidsgiver legger utkast ut til høring før endelig vedtak i klinikk-AMU. |
| 19. AKAN | | | |
| 20. Vold og trusler | | Ansatte i Prehospital Klinikk opplever situasjoner som er truende og utsettes for vold. Klinikken / ambulansetjenesten har egne kurs for ansatte. | Nedsette gruppe med representanter fra klinikkledelsen, ambulanseavdelingen, tillitsvalgte og vernetjenesten som har dette som fokusområde. |

Klinikkens største arbeidsmiljøutfordringer

| Nr. | Tema | Beskrivelse av utfordring |
|-----|----------------------------|---|
| 1 | AMK | Manglende og sviktende IKT. |
| 2 | AMK | Arbeidsmiljø (luft, støy, fasiliteter) plass, ingen utvidelses mulighet. |
| 3 | Luftambulanse | Manglende basefasiliteter pga. opprettelse av permanent bakvakts crew, fast fra 2018, og midlertidig sommer 2017. |
| 4 | Ambulanse | Responstidskrav. |
| 5 | Oppdragsøkning i klinikken | Manglende IKT, utilstrekkelig grunnbemanning, manglende utstyr (ambulanser etc.). Manglende areal. |

Klinikkens høyest prioriterte tiltak for arbeidsmiljøet

| Nr. | Tema | Beskrivelse av tiltak |
|-----|----------------------------|--|
| 1 | AMK se pkt. 1, 2 | Ny AMK sentral er absolutt nødvendig. |
| 2 | Ambulanse | Flåtestyring (IKT til AMK), bemanning og utstyr, EPJ ambulanse og bemanningspool. |
| 3 | Oppdragsøkning i klinikken | Manglende og sviktende IKT i AMK og ambulanse. Øke grunnbemanning, flere nye ressurser/ambulanser. |
| 4 | Luftambulans | Opprettelse av base fasiliteter. |
| 5 | Vold og trusler | Klinikk-AMU delegerer arbeidet til en gruppe for kartlegging. |

2.18 STAs HMS-årsrapport for 2016

Vurdering av klinikkens status og forbedringstiltak

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|----------------------------------|---------------------|--|--|
| 1. Systematisk HMS-arbeid | | <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 lav score.</p> | <p>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>Tilbakemelding til Arbeidsmiljøavdelingen om formuleringen av spørsmålet. Det kan være uklart hva som menes.</p> <p>Systematisk HMS arbeid generelt: Hvordan få til supplerende opplæring i HMS arbeid for ledere som ikke har et tilbud i OUS lederprogram.</p> |
| 2. Plassforhold | | 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. |
| 3. Luftkvalitet | | Rødt for bygg på Ullevål: Forurensing fra ytre miljø. Dårlig luftkvalitet pga. manglende ventilasjon. | <p>I 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 inneklima. Tilrettelegge for hensiktsmessig renhold. Hovedrenhold hvert år.</p> |
| 4. Støy | | 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 elæringskurs. | Alle ansatte skal gjennomføre elæringskurs 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.) | | | Ekurs i el-sikkerhet obligatorisk for alle ansatte. |
| 13. Læring | | 75% har hatt utviklingssamtale. Veldig nær grønt. | Utviklingssamtaler for alle medarbeidere. |
| 14. Samarbeid | | Veldig nær grønt. | |

| Tema | Vurdering av temaet | Kommentarer | Forbedringstiltak |
|-----------------------------|---------------------|--|-------------------|
| 15. Stress | | Arbeidsbelastning Egenkontroll: oransje 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 elæringskurs 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 forbedringssystemet Achilles 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 elæringskurs i brannvern. Få oversikt over brannvernkontakter på alle bygg, sende inn informasjon til brannvernseksjonen. |
| 5 | Arbeidsbelastning og egenkontroll | Arbeidsbelastning og egenkontroll tas opp i utviklingssamtaler. |

3. Vedlegg

A. Vedlegg 1: Medlemmer i AMU og AU 2016

| Navn | Organisatorisk tilhørighet | Funksjon AMU | Funksjon AU i AMU |
|------|----------------------------|--------------|-------------------|
|------|----------------------------|--------------|-------------------|

REPRESENTANTER FOR ARBEIDSTAKERNE

| | | | |
|-----------------------|---------------------------------|--------|--------------|
| Bård Eirik Ruud | NSF | Medlem | Medlem |
| Veronica Kollevåg | NSF | Medlem | |
| Svein Erik Urstrømmen | NSF | Medlem | |
| Kirsten Hagen | NSF | Vara | |
| Berit Averstad | NSF | Vara | |
| Bjørn Wølstad-Knudsen | Fagforbundet | Medlem | Medlem |
| Ellen Tønsager | Fagforbundet | Vara | |
| Knut Sandli | Fagforbundet | Medlem | |
| Else Lise Skjæret | Fagforbundet | Vara | |
| Aasmund Bredeli | Dnlf | Medlem | Vara for NB |
| Christian Grimsgaard | Dnlf | Vara | |
| Recep Øzeke | Dnlf | Vara | |
| Nina Bøe | Delta | Medlem | Medlem |
| Julie Dybvik | NITO | Vara | |
| Per Oddvar Synnes | Hovedverneombud | Medlem | Medlem |
| Bergljot Fuhr Lunde | Stedfortredende Hovedverneombud | Vara | Vara for POS |

REPRESENTANTER FOR ARBEIDSGIVER

| | | | |
|--------------------|--|----------------|-------------|
| Bjørn Erikstein | Administrerende direktør | Medlem / leder | |
| Morten Reymert | Viseadm. direktør, Økonomi og finans | Vara | |
| Morten Meyer | HR-direktør konst. | Medlem | Medlem |
| Susanne Flølo | Leder, HR - Personal | Vara | Vara for MM |
| Sølvi Andersen | Stabsdirektør, Pasientsikkerhet og kvalitet konst. | Medlem | Medlem |
| Annelene F Svingen | Kommunikasjonsdirektør | Vara | |
| Jill C Jahrmann | HMS-leder, Arbeidsmiljøavdelingen, OSS | Medlem | Medlem |
| Berit Muan | Avdelingsleder, KDI | Vara | |
| Øyvind Skraastad | Klinikkleder, AKU | Medlem | |
| Morten T Eriksen | Klinikkleder, Kirurgi og transplantasjon | Vara | |
| Jarle Henriksen | Avdelingsleder, | Medlem | |
| Terje Kluffen | Avdelingsleder | Vara | |

| | | | |
|-----------------|------------------------------------|--------|--|
| Lena Gjevart | Klinikkleder, MED | Medlem | |
| Eva Bjørstad | Klinikkleder, nevro, konst. | Vara | |
| Geir Teigstad | 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 TB |

**MØTESEKRETARIAT
(Arbeidsmiljøavdelingen)**

| | | | |
|----------------------|------------------------|--------------|--|
| Brian Yu | Arbeidsmiljøavdelingen | Møtesekretær | |
| Elisabeth Vatne Lund | Arbeidsmiljøavdelingen | Vara | |

B. Vedlegg 2: Oversikt over klinikkforkortelsene

| Forkortelse | Fullt navn |
|--------------------|--|
| 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 |
| STA | Direktørens stab |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 4. mai 2017

Saksbehandler: Visadministrerende direktør økonomi og finans

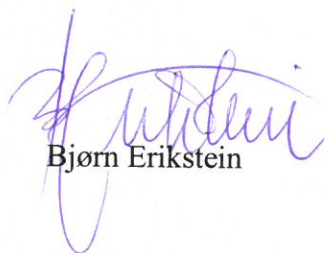
Vedlegg:

SAK 28/2017 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2018-2021 (37)

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan til orientering.

Oslo den 27. april 2017



Bjørn Erikstein

1. Innledning

Styret ble den 22. mars forelagt en forberedende sak før behandling og beslutning om økonomisk langtidsplan 2018-2021. Det var planlagt at den økonomiske langtidsplan 2018-2021 skulle forelegges styret i sin helhet i møte 4. mai. Som følge av at flere investerings-, inntekts- og kostnadsforutsetninger (IKT) fra Helse Sør-Øst RHF først ville foreligge på et senere tidspunkt enn planlagt vil styret nå få forelagt planen først i møtet den 24. mai. Dette gir også mulighet for å samkjøre behandlingen av økonomisk langtidsplan med konseptfaserapportene for utvikling regional sikkerhetsavdeling og for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet.

I denne saken gis det en kort beskrivelse av nye forutsetningene i behandling av økonomisk langtidsplan som er fremkommet i dialog med Helse Sør-Øst RHF etter at styret ble orientert om status på styremøtet 22. mars.

2. Tidligere vedtak

Det ble fattet følgende vedtak i sak 17/2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021 i møtet 22. mars.

Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan til orientering.

3. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør vil understreke at Oslo universitetssykehus HF gjennomgående har en gammel bygningsmasse og den eldste utstyrsparken i regionen. Nye bygg er viktig for foretaket og det er derfor viktig at økonomisk langtidsplan koordineres med utviklingsplanene som nå konkretiseres i konseptfaserapportene for Regional sikkerhetsavdeling og Radiumhospitalet og det forberedende konseptfasearbeidet for videre utbygging på Gaustad og Aker.

Administrerende direktør vil samtidig understreke at driften av Oslo universitetssykehus HF fremover må innrettes slik at den kan forsvare økte kapitalkostnader (renter og avskrivninger) på store lånefinansierte bygningsinvesteringer.

4. Fakta

I styresaken fra 22. mars ble enkelte sentrale forutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF og noen foreløpige vurderinger av aktivitetsutvikling, investerings- og finansieringsbehov, inntekter og andre driftsforutsetninger belyst.

Etter dette er det fra Helse Sør-Øst RHF kommet noe ny informasjon og det er fremdeles noen forhold til avklaring.

Investeringsbehov i nye bygg

Det er fra Helse Sør-Øst RHF beskrevet hvilke prinsipper som skal legges til grunn for å kunne inkludere nye bygg i den økonomiske langtidsplan.

Idefaserapporten for OUS ble sommeren 2016 behandlet i foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF. Foretaksmøtet vedtok:

- 1. Foretaksmøtet godkjenner Helse Sør-ØST sitt framtidige målbilde 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 Oslobydelene 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 godkjennelse av oppstart idefase foreligger, skal helseforetaket innarbeide vedlikehold og funksjonell oppgradering av eksisterende bygningsmasse.

Som en del av arbeidet med konseptfaserapport for regional sikkerhetsavdeling og nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet har det blitt utarbeidet anslag på investeringskostnader for disse prosjektene. Videre har det utvidede idefasearbeidet/forberedende konseptfaserarbeidet for utbyggingene på Aker og Gaustad også gitt grunnlag for investeringsanslag for de første etappene på disse lokalisasjonene. Oppdaterte anslag for investeringer i disse byggene og etappene vil foreligge til styrebehandling 24. mai. HSØ ønsker, i samsvar med prinsippene ovenfor, ikke å inkludere ytterligere investeringer i nye bygg. De samlede nybygginvesteringene som vil inngå i økonomisk langtidsplan vil dermed ikke

være tilstrekkelige for å realisere det målbildet som lå i idefasen og som senere er bekreftet i foretaksmøtet, jf. vedtaket ovenfor.

Rammer fra HSØ RHF

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet planforutsetninger inklusive rammer til sykehusområdene i styremøte 9. mars. Tabellen under viser forventet utvikling i økonomiske rammer for Oslo universitetssykehus HF i planperioden slik den forelå til styremøte 22. mars:

| OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF | Økonomiplan 2018-2021 | | | |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Beregning av foreløpig inntektsramme | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 |
| Basisramme inkl. KBF forrige periode | 11 445 683 | 11 504 597 | 11 605 438 | 11 698 822 |
| Endringer | | | | |
| Forskuttet red. basis 2017 sfa pensjon | 24 463 | | | |
| Omfordeling inntektsmodell | -48 432 | 52 768 | 45 169 | 40 322 |
| Kompensasjon for pensjonseffekt | 35 000 | | | |
| Økt aktivitet | 47 884 | 48 073 | 48 214 | 48 329 |
| Foreløpig basisramme | 11 504 597 | 11 605 438 | 11 698 822 | 11 787 473 |

Tabell 1: 9. mars fra Helse Sør-ØST RHF – Inntektsramme 2018-2021

Økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst 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. For å kunne gjøre realistiske vurderinger av kapasitetsbehov og økonomisk bæreevne, er det nødvendig å inkludere planforutsetninger vedrørende disse tre bydelene i beregningene. Derfor mottok Oslo universitetssykehus 19. april utfyllende planforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF. Økonomisk langtidsplan reflekterer nå at bydel Alna er forutsatt overført fra 2020 og bydelene Grorud og Stovner fra 2030. Denne endringen fremgår i tabellen under.

| OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF | Økonomiplan 2018-2021 | | | |
|--|-----------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Beregning av foreløpig inntektsramme | 2 018 | 2 019 | 2 020 | 2 021 |
| Basisramme inkl. KBF forrige periode | 11 445 683 | 11 504 597 | 11 606 633 | 12 334 766 |
| Endringer | | | | |
| Forskuttet red. basis 2017 sfa pensjon | 24 463 | | | |
| Omfordeling inntektsmodell | -48 432 | 53 963 | 679 918 | 43 017 |
| Kompensasjon for pensjonseffekt | 35 000 | | | |
| Økt aktivitet | 47 884 | 48 073 | 48 214 | 48 329 |
| Foreløpig basisramme | 11 504 597 | 11 606 633 | 12 334 766 | 12 426 112 |

Tabell 2: 19. april fra Helse Sør-ØST RHF – Inntektsramme 2018-2021

De forutsatte overføringene av lokalsykehusansvaret utgjør en betydelig inntekts- og aktivitetsøkning for Oslo universitetssykehus HF. Det er foreløpig ikke klargjort hvordan den økte aktiviteten skal fordeles internt mellom sykehusene i Oslo sykehusområde. Per i dag behandles det om lag 18 000 somatiske pasienter fra Alna bydel på Akershus universitetssykehus HF. Dette utgjør om lag 6 000 DRG-poeng og utgjør dermed 2 ½ prosent av samlet DRG-aktivitet i Oslo universitetssykehus HF. Innen psykisk helse og TSB er den relative andelen betydelig større..

IKT-kostnader

Det er mottatt tjenestepriser fra Sykehuspartner for planperioden. Disse vokser mer enn det økningen i tjenester skulle tilsi. I møte med Helse Sør-Øst RHF den 21. april ble det bekreftet at kostnadsestimatene skal bli gjennomgått. Oslo universitetssykehus HF forventer å motta nye anslag for IKT-kostnader fra Helse Sør-Øst RHF før styrebehandling den 24. mai.

Prosess

- | | |
|------------|---|
| 18. april | OUS HF leverte et foreløpig tallgrunnlag til Helse Sør-Øst RHF |
| 25. april | OUS HF leverer et oppdatert tallgrunnlag til Helse Sør-Øst RHF basert på nye investeringsanslag og inntektsrammer mottatt fra Helse Sør-Øst RHF |
| 26. april | Administrativt dialogmøte med Helse Sør-Øst RHF om økonomisk langtidsplan |
| Primo mai | Nye investeringsanslag og IKT kostnader mottatt fra Helse Sør-Øst RHF |
| 4. mai | Oslo universitetssykehus HF Styre orienteres om økonomisk langtidsplan |
| 24. mai | Oslo universitetssykehus HF Styre vedtar økonomisk langtidsplan |
| Ultimo mai | Oslo universitetssykehus HF leverer oppdatert økonomisk langtidsplan etter styrebehandling |
| Ultimo mai | Oppfølgingsmøter 1. tertial med Helse Sør-Øst RHF |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

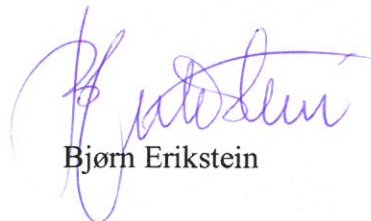
Dato møte: 4. mai 2017
Saksbehandler: Leder internrevisjon
Vedlegg:

SAK 29/2017 PLAN FOR INTERNREVISJONER 2017-2018

Forslag til vedtak:

Styret tar revisjonsplan 2017-2018 for Oslo universitetssykehus HF til etterretning.

Oslo, den 27. april 2017



Bjørn Erikstein

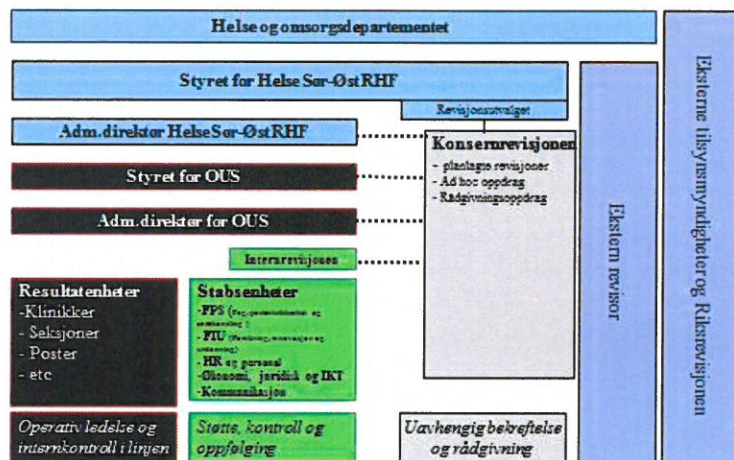
1. Sammendrag

I denne saken orienteres styret om plan for interne revisjoner som en del av administrerende direktørs oppfølging av internkontrollen i 2017 - 2018. Det orienteres også om foretakets kontrollstruktur og om samarbeidet med Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Arbeidet med å utarbeide revisjonsplan bygger på vurderinger av risiko i virksomheten. Hensikten er å rette interne revisjoner inn mot områder hvor det er høy risiko for manglende måloppnåelse, manglende etterlevelse av lov- og regelverk og/eller utilstrekkelig/upålitelig styringsinformasjon. Prioriteringen er gjort ut fra en vurdering av hvordan foretakets egne ressurser til intern revisjon best kan nyttes for å oppnå bred revisjonsmessig dekning.

3. Om foretakets kontrollstruktur og revisjonsroller



Kort om kontrollstrukturen

Kontrollstrukturen handler om hvilke funksjoner som har roller og ansvar for en effektiv styring og intern kontroll. I Oslo universitetssykehus består kontrollstrukturen av fire kontroll linjer hvor første linje er resultatenhetene, og andre linjen er ulike stabsenheter og internrevisjonen. Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst utgjør tredje kontroll linje, mens ekstern revisor, eksterne tilsynsmyndigheter og Riksrevisjonen er parter i fjerde kontroll linje.

Internrevisjonen i Oslo universitetssykehus HF

Internrevisjonen ved Oslo universitetssykehus skal se etter om internkontrollaktiviteter er etablert og gjennomføres slik at det er hensiktsmessig og betryggende intern styring og kontroll i virksomheten. Internrevisjon er et «kontrollverktøy» for å vurdere om utvalgte områder av virksomheten planlegges og følges opp for å sikre et vedtatt resultat. Gjennom internrevisjoner vurderes også om lover og forskrifter følges, og alle revisjoner har som formål å bidra til forbedringer innen det aktuelle revisjonsområdet. Internrevisjonen har også oppgave og delegert myndighet som kontaktledd til

konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst ved alle saker som gjelder revisjon og rådgivning. Internrevisjonen er underlagt administrerende direktør.

Klinikkvise interne revisjoner

Alle klinikker skal ha egne interne revisjonsplaner tilpasset klinikkens egenart. Internrevisjonen samarbeider med klinikkene i arbeidet, og bistår med kurs, kompetanse og rådgivning.

Konsernrevisjonens rolle

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst ivaretar den uavhengige internrevisjonen i Helse Sør-Øst og gjennomfører interne revisjoner i foretakene i Helse Sør-Øst. Styret i det enkelte helseforetak behandler revisjonsrapportene fra konsernrevisjonen med sikte på at tiltak iverksettes og følges opp.

Samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

Oslo universitetssykehus og konsernrevisjonen har månedlige møter. Et av målene med samhandlingen er å etablere revisjonsplaner som er godt koordinert for en best mulig dekning av revisjoner ved foretaket.

4. Oslo universitetssykehus HF planlagte revisjoner for perioden 2017-18

Utarbeidelse av plan for interne revisjoner

Arbeidet med å utarbeide revisjonsplan bygger på vurderinger av risiko i virksomheten. Hensikten er å rette interne revisjoner inn mot områder hvor det er høy risiko for manglende måloppnåelse av helseforetakets oppdrag.

Kildene som brukes i arbeidet, er blant annet:

- foretakets tertialvise risikovurderinger
- feil, mangler eller svikt som meldes i foretakets avviks- og meldesystem
- avvik og forbedringsområder som fremkommer av rapporter fra eksterne tilsynsmyndigheter
- forbedringsområder som fremkommer ved brukerundersøkelser og pasientklager
- funn som fremgår av Riksrevisjonens undersøkelser
- funn fra interne revisjoner i foretakets egen regi
- funn fra konsernrevisjonens interne revisjoner

Strukturen for revisjoner bygger på de prinsipper og ansvarsforhold som er lagt for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst HF. (Dok. "God virksomhetsstyring. Grunnlag for god pasientbehandling").

Planlagte interne revisjoner i foretakets egen regi for 2017-18

Med utgangspunkt i målområder for 2017 fra eier og satsingsområdene for Oslo universitetssykehus, er det utarbeidet forslag til områder som skal prioriteres for intern revisjon i foretakets egen regi. Prioriteringen er gjort ut fra en vurdering av hvordan foretakets ressurser til intern revisjon best kan nyttes for å oppnå

bred revisjonsmessig dekning sett opp mot konsernrevisjonens planlagte aktiviteter ved foretaket i samme periode.

Oversikt over tema og planlagt gjennomføring

| Tema | Fokus | Planlagt gjennomført | Faginstans/ressurser |
|--|---|--|--|
| Henvisning og venteliste | Håndtering av henvisninger (gjennomført som ad hoc revisjon) | Januar 2017 | Stab FPS, Medisin og helsefag |
| Henvisning og venteliste | Avslag- henvisninger | Mai/ juni 2017 | Stab FPS, Medisin og helsefag |
| Henvisning og venteliste | Rutiner for oppfølging av «ikke møtt» og fakturering av «ikke møtt» | Mai/ juni 2017 | Stab FPS, Medisin og helsefag |
| Sykehusinfeksjoner og bruk av antibiotika | Avtales nærmere | Avtales nærmere | Stab FPS og andre aktører |
| Virksomhetsstyring «Læring på tvers» | Styring av virksomheten relatert til et område. Gjennomføres i alle klinikker med revisjonsteam «på tvers av sykehuset». Revisjonens hovedmål vil være læring og forbedring relatert til virksomhetsstyring. | Høst 2017 | Stab FPS, Kvalitet og pasientsikkerhet |
| Pasientsikkerhet | Fallforebygging Gjennomføres på 6 sengeposter utvalg fra rapporteringsdata | Oktober 2017 | Stab FPS, Kvalitet og pasientsikkerhet |
| Transfusjoner | Praktiske transfusjonsrutiner ved utvalgte kliniske avdelinger | Juni 2017 | Stab FPS, Medisin og helsefag + KLM |
| Legemiddelrevisjoner | Legemiddelhåndtering på poliklinikker og dagenheter. Fellesrevisjon HSØ. | November 2017 | Stab FPS, Medisin og helsefag |
| Personvern og informasjons-sikkerhet | - Stedlig revisjon innen forskning i OUS - Sykehusomfattende QB revisjon - Revisjon av Sykehuspartners håndtering av tilgangskontroll og forvaltning av tilgang til områder med sensitive personopplysninger - Systematikk for å revidere tilganger i DIPS og gjennomføring av slik revidering. - Personvern og informasjonssikkerhet i ifm interne kvalitetsregistre, som en oppfølger av Datatilsynets brevtilsyn på interne kvalitetsregistre i 2016 | Februar, mars, april, mai og september, oktober 2017 | Stab FPS, Informasjons sikkerhet og personvern |

5. Bakgrunn for valg av de ulike temaene

• Henvisnings- og ventelistebehandling.

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen er et av de tre styringsmålene for 2017. Oslo universitetssykehus har kontinuerlig fokus på oppfølging av ventende for å unngå fristbrudd og langtidsventende. Resultatene viser en positiv utvikling, med noe variasjon. Ved analyse av denne variasjonen er det identifisert områder som krever særlig oppfølging i form av internkontroll. Disse områdene er tatt inn i revisjonsplan 2017 under tema henvisning og venteliste.

- **Sykehusinfeksjoner og bruk av antibiotika**

I 2016 var tema innmeldt til revisjon og bakgrunnen for dette var OUS handlingsplan med angitt mål, tiltak og indikatorer som skulle følges opp vedrørende reduksjon av sykehusinfeksjoner, resistens og antibiotikabruk. Revisjonsfokus 2017 er ennå ikke klart. Revisjonen vil bli planlagt i samarbeid med Stab FPS og andre sentrale aktører.

- **Virksomhetsstyring**

Virksomhetsstyring – styring av virksomheten - er summen av de strukturer, prosesser og verktøy som brukes for å styre aktivitet, ressurser og risikoeksponering i en virksomhet.

Revisjonstema er et tiltak etter en konsernrevisjon Helse Sør-Øst tidligere gjennomførte i Hjerte-, lunge- og karklinikken. Revisjonens fokus vil være styring av virksomheten relatert til et område, og revisjonen planlegges å være i alle klinikker med revisjonsteam «på tvers av sykehuset». Revisjonens hovedmål vil være læring og forbedring relatert til virksomhetsstyring.

- **Pasientsikkerhet**

Pasientsikkerhetsprogrammet er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som har omfattet innføring av konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder i alle deler av helsetjenesten. Et innsatsområde er «Forebygging av fall i helseinstitusjoner».

Tiltakene for å redusere fall ble innført i Oslo universitetssykehus i 2015-16 og er nå videre innført i daglig drift og overvåkes ved rapporteringsdata. På bakgrunn av rapporteringsdata og analyse av denne, vil det gjennomføres revisjon på 6 sengeposter (i 6 klinikker). Hensikten med revisjonen er å redusere ytterligere fall i sykehuset.

- **Transfusjoner – praktiske transfusjonsrutiner i utvalgte kliniske avdelinger**

Helsetilsynet har tidligere utført tilsyn med blodbankvirksomheten i Oslo universitetssykehus. Aktivitetene besto i stikkprøver ved henholdsvis utleveringsenhetene Rikshospitalet og Aker og transfusjonsenheten Radiumhospitalet, stikkprøver ved tappestasjonen i Hausmannsgate, Blodbussen og en bredere gjennomgang av Blodbanken i Oslo ved OUS Ullevål. Tilsynet omfattet OUS sin blodbankvirksomhet, og ikke transfusjonsarbeidet i avdelingene. Det er gitt signaler om at Helsetilsynet ønsker å fokusere på prosessene videre i kjeden.

Uavhengig av Helsetilsynet er det et ønske fra Transfusjonsutvalget ved OUS om få opp fokuset og oversikten over hva som skjer med et blodprodukt etter at det er utlevert fra blodbank/transfusjonsenhet/utleveringsenhet.

Transfusjonsutvalget anbefaler at det settes opp internrevisjon ved noen utvalgte kliniske avdelinger med fokus på praktiske transfusjonsrutiner.

- **Legemiddelrevisjoner - Legemiddelhåndtering på poliklinikker og dagenheter**

Helseforetaket skal drive kontinuerlig forbedringsarbeid innen legemiddelområdet og i samarbeid med Sykehusapotekene HF, medvirke til å sikre gode og effektive pasientforløp og arbeidsprosesser for å oppnå god pasientsikkerhet og økt effektivitet. Sykehusapotekene HF vil bistå i å gjennomføre en «fellesrevisjon» ved flere helseforetak i Helse Sør-Øst. Det planlegges 10 enkelt revisjoner ved poliklinikker og dagenheter. Farmasøyter ved Sykehusapoteket i Oslo vil være fagrevisorer i revisjonene som planlegges utført høst 2017.

- **Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet**

Gjennomføre årlig Questback-revisjon som omfatter ledere på nivå 2, 3 og 4 samt ansatte med journaltilgang for systematisk å kunne følge opp sentrale spørsmål innen personvern og informasjonssikkerhet. Dette for å ivareta lovpålagte krav om systematisk oppfølging av hvordan krav innen disse fagområder følges opp, herunder om det er behov for endringer og tillegg i førende dokumenter og opplæring. Revisjonen vil danne grunnlaget for å vurdere om det er deler av foretaket det er aktuelt å gjennomføre stedlig revisjon ved.

Det vil i løpet av året gjennomføres revisjon av tilgang til journal som en videre oppfølging av Riksrevisjonens kontroll for tilgang til journal.

Videre vil det som en oppfølging av Datatilsynets brevtilsyn på interne kvalitetsregistre i 2016, gjennomføres oppsøkende revisjon på minimum 2 langvarige interne kvalitetsregistre. Dette vil omfatte hva som registreres, og at dette er i samsvar med aktuelt registers interne formål, samt en revidering av at teknisk løsning oppfyller nødvendige krav til informasjonssikkerhet.

Det vurderes om det skal gjennomføres revisjoner av forskningsområdet med fokus på personvern og informasjonssikkerhet avhengig av hva Questback-revisjonen nevnt i første avsnitt viser.

Det vil bli gjennomført en stedlig revisjon i Oslo universitetssykehus som omhandler informasjonssikkerhet og tilgangskontroll som følge av revisjon av disse områdene i Sykehuspartner.

Medisinskteknisk utstyr vil i mange tilfeller generere sensitive personopplysninger, noe som stiller krav til planlagte og systematiske tiltak for forsvarlig behandling av personopplysninger, herunder revisjon. Det vil i samarbeid med Medisinsk teknisk virksomhet utarbeides forslag til områder hvor revisjonen kan gjennomføres i forbindelse med den regelmessige gjennomgang av det medisinsktekniske utstyret for å ivareta sertifisering av dette.

6. Gjennomføring

Prioritering av avdelinger og klinikker

Hvor revisjonene skal utføres vil bli besluttet og prioritert etter en risikobasert tilnærming.

Ressurser

Oslo universitetssykehus gjennomfører interne revisjoner med egne ressurser. Internrevisjonen har ansvar for organisering, utøvelse og rapportering av revisjonsplanen, og i tillegg benyttes ressurser fra stab og klinikkene ved gjennomføring.

Det er gjennom årene bygget opp et nettverk av medarbeidere som bistår i revisjonsoppdrag. Dette har vist seg nyttig og effektivt i det kontinuerlige lærings- og forbedringsarbeidet som pågår i sykehuset. Uavhengigheten blir sikret ved at medarbeiderne ikke reviderer egne avdelinger. Revisorene bidrar også til kompetanseheving i egne klinikker.

Oppbygging av revisjonskompetanse

Som et ledd i å understøtte linjens arbeid med intern styring og kontroll, tilbys alle klinikker bistand i oppbygging av revisjonskompetanse tilpasset egen klinikk. Det blir tatt utgangspunkt i klinikkens egenart og vurderinger av risiko i den enkelte klinikken. Dette skal bidra til god virksomhetsstyring i den enkelte klinikk.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 4. mai 2017

Saksbehandler: Leder Internrevisjon

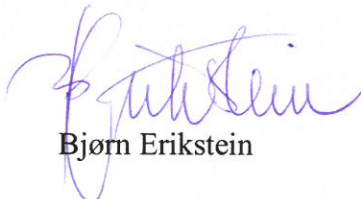
Vedlegg: Konsernrevisjon - Rapport 5/201: Revisjon av
Legemidler Oslo Universitetssykehus HF

SAK 30/2017 REVISJONRAPPORT - LEGEMIDLER OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Forslag til vedtak:

Styret tar revisjonsrapporten til etterretning.

Oslo, den 27. april 2017



Bjørn Erikstein

Sammendrag

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst har gjennomført en revisjon og kartlagt og vurdert i hvilken grad det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll knyttet til anvendelse av nye, kostbare legemidler ved Oslo universitetssykehus HF.

Revisjonen er gjennomført i perioden januar til mars 2017 og har vært gjennomført i direktørens stab, Kreftklinikken og Oslo sykehusservise (Avdeling for aktivitetsdata og analyse).

Spesialisthelsetjenesten har fått ansvar for stadig flere dyre behandlingsmetoder, spesielt legemidler. I de nærmeste årene forventes det en kraftig økning av kostnader til nye kreftmedikamenter og hepatitt C-behandling. Det er derfor viktig at det er etablert god styring og kontroll knyttet til anvendelse av kostbare legemidler for å sikre at disse benyttes i tråd med gjeldende føringer. Det er også viktig å sikre korrekt koding som grunnlag for rapportering og finansiering.

Revisjonen hadde følgende problemstillinger:

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

Konsernrevisjonens vurdering:

Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at Oslo universitetssykehus har etablert intern styring og kontroll som sikrer etterlevelse av krav og føringer for forskrivning av og koding knyttet til behandling med de aktuelle legemidlene. Konsernrevisjonen anbefaler at helseforetaket formaliserer deler av internkontrollen i noe større grad.

Administrerende direktørs vurdering

Vurderingen er at helseforetaket har intern styring og kontroll som i tilstrekkelig grad sikrer etterlevelse av krav og føringer for forskrivning av og koding knyttet til behandling med de aktuelle legemidlene. Anbefalingene i rapporten blir fulgt opp.

Faktabeskrivelse

Revisjonen har undersøkt helseforetakets praksis ved behandling med to kreftlegemidler (PD-1 hemmerne Nivolumab og Pembrolizumab). Forskrivning og koding er testet ved gjennomgang av journaler. I tillegg ble det gjennomført intervjuer og gjennomgått dokumenter for å vurdere systemet for styring og kontroll ved anvendelse av nye, kostbare legemidler.

Konsernrevisjonens vurderinger:

- *Gjeldende føringer for forskrivning av legemidlene fremstår som godt kjent.* Kreftklinikken har høy grad av spesialisering på seksjonsnivå, og ledere på alle nivåer er onkologer. Fagpersoner og ledere har god kjennskap til gjeldende føringer, og i klinikken er det kommunisert tydelige forventninger til at disse skal

etterleves. Konsernrevisjonen vurderer at dette samlet bidrar til å redusere risikoen for uønsket forskrivningspraksis, og dermed også behovet for formalisering av intern styring og kontroll.

- *Tydlig fordeling av ansvar og oppgaver knyttet til koding i Seksjon for poliklinikker.* Sykepleiere i Seksjon for poliklinikker som er ansvarlige for å kode ved behandling med de aktuelle legemidlene. Seksjonsleder tar ansvar både for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos de som utfører kodingen og for å følge opp at kodepraksis er i tråd med føringer.
- *Tester av journaler viste at føringer for forskrivning og koding var etterlevd* Konsernrevisjonen undersøkte praksis for forskrivning og koding i journalen til 17 pasienter fra et uttrekk av 130 pasienter som har fått behandling med de aktuelle legemidlene i Kreftklinikken. For alle 17 var føringer for forskrivning etterlevd. All koding var også korrekt, med unntak et ett tilfelle der særkode for legemiddel var utelatt.

Konsernrevisjonens anbefalinger:

Vedrørende «i hvilken grad sikrer helseforetaket at Beslutningsforums vedtak om ibruktakelse av nye legemidler etterleves?»

- Ansvar og oppgaver knyttet til å sikre korrekt legemiddelforskrivning tydeliggjøres.
- Det etableres styringsinformasjon som kan benyttes til å følge opp at forskrivningspraksis av nye, kostbare legemidler er i tråd med krav og føringer, og det tydeliggjøres hvordan oppfølgingen skal gjennomføres.

Vedrørende «i hvilken grad sikrer OUS korrekt grunnlag for ISF-finansiering gjennom etterlevelse av rapporteringskrav til Norsk pasientregister knyttet til rekvirering av legemidler?»

- Ansvar som er tillagt seksjonsleder poliklinikker knyttet til å sikre at koding er korrekt formalisert i stillingsinstruks eller liknende.


Oppfølging av anbefalingene som er gitt av konsernrevisjonen

Anbefalingene er fulgt opp ved presisering i aktuell eHåndboksprosedyre nivå 1: «Helsepersonells ansvar og oppgaver innen legemiddelhåndtering» er oppdatert med hensyn til klinikkleders rolle.

Det samme gjelder for nye eHåndboksprosedyre nivå 1 vedrørende forskrivning av de ulike H-reseptområdene som er under utarbeidelse.

Rapport 5/2017

Revisjon av Legemidler Oslo Universitetssykehus HF



Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
13.3.2017

| | |
|------------------|---|
| Rapport nr. | 5/2017 |
| Revisjonsperiode | Desember 2016 – februar 2017 |
| Virksomhet | Oslo Universitetssykehus HF (OUS) |
| Rapportmottaker | Styret i OUS v/styreleder Administrerende direktør OUS |
| Kopi | Administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF Revisjonsutvalget Helse Sør-Øst RHF |
| Rapportavsender | Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst |
| Oppdragsgiver | Styret i Helse Sør-Øst RHF |
| Revisor | Astrid Johnsen (intern-/fagrevisor), Anders Ledsaak Nordlund (oppdragsleder) og Espen Anderssen (oppdragseier) |

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | Konklusjoner fra revisjonen | 3 |
| 1.1 | Om revisjonen..... | 3 |
| 1.2 | Konklusjoner..... | 3 |
| 1.3 | Anbefalinger..... | 4 |
| 2. | Innledning | 5 |
| 2.1 | Bakgrunn og beskrivelse av revisjonen..... | 5 |
| 2.2 | Mål og problemstillinger..... | 5 |
| 2.3 | Omfang og avgrensning..... | 6 |
| 2.4 | Revisjonsgrunnlag og metode..... | 6 |
| 3 | Oppsummering av revisjonen | 7 |
| 3.1 | I hvilken grad sikrer helseforetaket at Beslutningsforums vedtak om ibruktakelse av nye legemidler etterleves? | 7 |
| 3.2 | I hvilken grad sikrer helseforetaket korrekt grunnlag for ISF-finansiering gjennom etterlevelse av rapporteringskrav til Norsk pasientregister (NPR) knyttet til rekvirering av legemidler?..... | 11 |
| | Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling..... | 14 |

1. Konklusjoner fra revisjonen

1.1 Om revisjonen

Denne rapporten presenterer resultatene av konsernrevisjonens revisjon «Legemidler» ved Oslo Universitetssykehus HF (OUS). Revisjonen har kartlagt og vurdert i hvilken grad det etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll knyttet til anvendelse av nye, kostbare legemidler.

Revisjonen hadde følgende problemstillinger:

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

Revisjonen har undersøkt helseforetakets praksis ved behandling med to kreftlegemidler for å vurdere problemstillingene (PD-1 hemmerne Nivolumab og Pembrolizumab). Forskrivning og koding er testet ved gjennomgang av journaler. I tillegg har vi gjennomført intervjuer og gjennomgått dokumenter for å vurdere systemet for styring og kontroll ved anvendelse av nye, kostbare legemidler.

1.2 Konklusjoner

Konsernrevisjonens overordnede vurdering er at det er etablert intern styring og kontroll som i tilstrekkelig grad sikrer etterlevelse av krav og føringer for forskrivning av og koding knyttet til behandling med de aktuelle legemidlene. Vi anbefaler likevel at helseforetaket formaliserer deler av internkontrollen i noe større grad.

Konsernrevisjonens vurdering begrunnes med følgende:

- **Gjeldende føringer for forskrivning av legemidlene fremstår som godt kjent i Kreftklinikken**

Kreftklinikken har høy grad av spesialisering på seksjonsnivå, og ledere på alle nivåer er onkologer. Det fremkommer i revisjonen at fagpersoner og ledere har god kjennskap til gjeldende føringer, og at det i klinikken er kommunisert tydelige forventninger til at disse skal etterleves. Det er konsernrevisjonens vurdering at dette samlet bidrar til å redusere risikoen for uønsket forskrivningspraksis, og dermed også behovet for formalisering av intern styring og kontroll.

- **Tydelig fordeling av ansvar og oppgaver knyttet til koding i Seksjon for poliklinikker**

Det er sykepleiere i Seksjon for poliklinikker som er ansvarlige for å kode ved behandling med de aktuelle legemidlene. Seksjonsleder tar ansvar for både for å sikre tilstrekkelig kompetanse hos de som utfører kodingen og å følge opp at kodepraksis er i tråd med føringer.

- **Tester av journaler viste at føringer for forskrivning og koding var etterlevd**

Konsernrevisjonen undersøkte praksis for forskrivning og koding i journalen til 17 pasienter fra et uttrekk av 130 pasienter som har fått behandling med de aktuelle legemidlene i Kreftklinikken. For alle 17 var føringer for forskrivning etterlevd. All koding var også korrekt, med unntak et ett tilfelle der særkode for legemiddel var utelatt.

1.3 Anbefalinger

Konsernrevisjonen har gitt anbefalinger knyttet til formalisering av deler av internkontrollen:

- Det innhentes/genereres ikke tilstrekkelig styringsinformasjon til å kunne følge opp at forskrivningspraksis av de aktuelle legemidlene er i tråd med føringer. Videre vurderer vi at ansvar og oppgaver knyttet til å sikre korrekt forskrivningspraksis ikke er tilstrekkelig tydeliggjort. Dette kan medføre at eventuell uønsket forskrivningspraksis ikke fanges opp tilstrekkelig raskt.

Konsernrevisjonen anbefaler derfor at ansvar og oppgaver knyttet til å sikre korrekt legemiddelforskrivning tydeliggjøres. Videre anbefaler vi at det etableres styringsinformasjon som kan benyttes til å følge opp at forskrivningspraksis av nye, kostbare legemidler er i tråd med krav og føringer, og at det tydeliggjøres hvordan oppfølgingen skal gjennomføres.

- Ansvar tillagt seksjonsleder poliklinikk for å sikre korrekt kodepraksis er ikke beskrevet eller formelt delegert i stillingsinstruks, lederavtale eller liknende. Ansvar og oppgaver synes å være knyttet til person og ikke til rolle. Dette kan medføre risiko for at oppgaver ikke blir tilstrekkelig ivare tatt ved eventuelt fravær hos seksjonsleder.

Konsernrevisjonen anbefaler derfor at ansvaret for å sikre korrekt koding i Seksjon poliklinikker blir formalisert i stillingsinstruks eller liknende. Anbefalingen må sees i sammenheng med pågående forbedringsarbeid etter tidligere revisjoner i OUS knyttet til medisinsk koding.

2. Innledning

2.1 *Bakgrunn og beskrivelse av revisjonen*

Revisjonen *Legemidler* er gjennomført i henhold til revisjonsplan 2016-2017 for konsernrevisjonen. Revisjonsplanen er fastsatt av styret i Helse Sør-Øst RHF (HSØ RHF).

Spesialisthelsetjenesten har fått ansvar for stadig flere dyre behandlingsmetoder, spesielt legemidler. I de nærmeste årene forventes det blant annet en kraftig økning av kostnader til nye kreftmedikamenter og hepatitt C-behandling. Det er på denne bakgrunn viktig at det er etablert god styring og kontroll knyttet til anvendelse av kostbare legemidler for å sikre at dette gjøres i tråd med gjeldende føringer. Det er også viktig å sikre korrekt koding som grunnlag for rapportering og finansiering.

Innføring av nye legemidler i spesialisthelsetjenesten.

Bestillerforum, som består av Helsedirektoratet og fagdirektørene i de regionale helseforetakene (RHFene), behandler forslag til metodevurdering av ulike nye metoder i spesialisthelsetjenesten, herunder legemidler. Basert på metodevurderingene er det opp til Beslutningsforum (de fire administrerende direktørene i RHFene) å avgjøre om legemiddelet skal bli en del av behandlingen i helsetjenesten. Dersom svaret er ja, kan legemiddelet tas i bruk ved norske sykehus. Hvis svaret er nei, kan legemiddelet ikke forskrives som standardbehandling. RHFene og helseforetakene har interne prosesser og rutiner for å implementere beslutninger. De ansatte i spesialisthelsetjenesten skal bruke metoder i samsvar med de beslutninger som tas på ulike nivåer i systemet. Metoder som er til vurdering skal som hovedregel ikke tas i bruk, men fagdirektør i helseforetakene kan i enkelte tilfeller godkjenne unntak for enkeltpasienter etter egen prosedyre.

Dersom Beslutningsforum godkjenner innføring av flere legemidler for samme indikasjon og som vurderes som likeverdig behandling vil Sykehusinnkjøp HF, ved LIS, gjennomføre en prisforhandling eller en anbudsprosess. På bakgrunn av dette gis anbefaling om at rimeligste behandlingsalternativ benyttes. Disse føringene skal følges ved forskrivning på aktuell indikasjon. Eventuelle avvik fra anbefalingene skal begrunnes og dokumenteres i journal.

Rekvirering av legemidler skal rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Rapporteringskrav fremgår av regelverket for innsatsstyrt finansiering (ISF).

2.2 *Mål og problemstillinger*

Formålet med revisjonen følger av helseforetaksloven § 37a Internrevisjon, og har vært å bekrefte helseforetakets styring og kontroll, risikostyring og virksomhetsstyring, og bidra til forbedring.

Målet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere om det er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll knyttet til anvendelse av kostbare legemidler.

For å svare opp dette er det definert følgende problemstillinger:

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

2.3 Omfang og avgrensning

Revisjonen har omfattet følgende to legemidler:

- Nivolumab
- Pembrolizumab

Revisjonen har ikke omfattet viderefakturering mellom helseforetak eller økonomiske konsekvenser av eventuelle feil og mangler som avdekkes.

Følgende nivåer/enheter ved OUS har vært inkludert i revisjonen:

- Fagdirektør
- Kreftklinikken
 - Avdeling for kreftbehandling
 - Seksjon for sarkom og melanom
 - Seksjon for lungeonkologi
 - Seksjon for poliklinikker
- Avdeling for aktivitetsdata og analyse

Oversikt over gjennomførte intervjuer fremgår av vedlegg 1.

2.4 Revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonsgrunnlaget har vært relevante lover og forskrifter, rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst og:

- LIS – anbefalinger knyttet til de aktuelle legemidlene.
- Vedtak i Beslutningsforum knyttet til de aktuelle legemidler.
- Nyemetoder.no: Bruk av metoder som er til metodevurdering. Prosedyre for unntak.
- Regelverket for innsatsstyrt finansiering (ISF) 2016.

Revisjonskriterier er utledet fra revisjonsgrunnlaget. I hvilken grad det er etablert tilstrekkelig og hensiktsmessig styring og kontroll i prosessene med behandling og koding har vært kartlagt og vurdert, med utgangspunkt i følgende revisjonskriterier:

- Ansvar og roller er hensiktsmessig fordelt og kjent.
- Det sikres at personell med roller i prosessene har fått tilstrekkelig opplæring.
- Det er gjort en vurdering av risiko for manglende etterlevelse av føringer, eller at feil oppstår, som et grunnlag for å vurdere behovet for å etablere risikoreducerende tiltak (risikovurdering).
- Det er etablert tilstrekkelige og hensiktsmessige tiltak for å sikre at praksis er i tråd med føringer, og disse tiltakene gjennomføres.
- Det sikres at de med ansvar knyttet til behandling og koding får tilgang til nødvendig informasjon til rett tid, og det innhentes/genereres informasjon fra prosessene som kan benyttes til oppfølging.
- Det følges opp at praksis er i tråd med krav og føringer.

Revisjonsmetoder har vært dokumentundersøkelse, intervju og journalgjennomgang. Det har i tillegg vært oversendt og besvart oppfølgingsspørsmål og gjort avklaringer pr. epost.

3. Oppsummering av revisjonen

3.1 I hvilken grad sikrer helseforetaket at Beslutningsforums vedtak om ibruktakelse av nye legemidler etterleves?

PD-1 hemmerne Nivolumab og Pembrolizumab ble 16. november 2015 godkjent av Beslutningsforum til behandling av lokalavansert og metastaserende malignt melanom (sak 57- og 58/2015). Pembrolizumab er i tillegg godkjent for andrelinjebehandling av ikke-småcellet lungekreft 26. september 2016 (sak 81/2016).

Det er mulig for fagdirektør i helseforetak å godkjenne unntaksvis behandling for enkeltpasienter med diagnoser som er til metodevurdering og der det er gitt markedsføringstillatelse (MT) for aktuelle indikasjon. Pasienten må da skille seg klart fra pasientgruppen for øvrig. RHFet ved fagdirektør skal informeres om eventuelle godkjente unntak.

Behandlingen med de aktuelle legemidlene gjennomføres hver 2. eller hver 3. uke så lenge det observeres klinisk effekt og pasienten tolererer behandlingen. Legemidlene kjøpes inn til sykehuset fra sykehusapoteket. Ved OUS er det Avdeling for kreftbehandling som utfører behandling med de aktuelle legemidlene. Leger ved relevante seksjoner forskriver legemidlene, og behandling utføres hovedsakelig som infusjon administrert av sykepleiere ved Seksjon for poliklinikker. Behandling av pasienter med de godkjente indikasjonene lungekreft og malignt melanom initieres av leger fra Seksjon for lungeonkologi og Seksjon for sarkom og melanom. Behandlingen administreres i det elektroniske verktøyet Cytodose. Dette er i ferd med å utfases til fordel for det nye programmet CMS.

3.1.1 Utforming av intern styring og kontroll ved legemiddelforskrivning

Konsernrevisjonen har kartlagt og vurdert intern styring og kontroll i form av ansvar og roller, opplæring, risikovurdering, kontrolltiltak, informasjon/kommunikasjon og oppfølging som beskrevet i kapittel 1.4. I tillegg har vi testet etterlevelse av vedtak i Beslutningsforum og prosedyre for unntak knyttet til bruk av metoder som er til metodevurdering (nyemetoder.no), samt etterlevelse av LIS – avtale (tabell 1).

Ansvar og roller

I nivå 1-retningslinje *Helsepersonells ansvar og oppgaver innen legemiddelbåndtering* fremkommer det at det er lege som skal ordinere alle legemidler. Nivå 1-retningslinje *Innkjøpsavtaler på legemidler (LIS-avtaler)* presiserer at lege skal ordinere i tråd med innkjøpsavtalene og anbefalinger. Ansvar og roller knyttet til å sikre at legemiddelforskrivning i OUS er i tråd med krav og føringer er ikke nedfelt i retningslinje på noe nivå, men det fremkommer i intervjuer at dette følger faglinjen. I malen for stillingsbeskrivelser for fagansvarlige overleger i seksjonene fremkommer det at disse har ansvar for at vedtatte behandlingsretningslinjer følges, samt for utarbeidelse av endringer i disse basert på nasjonale og institusjonelle føringer. Det fremstår imidlertid noe uavklart hvordan ansvar og oppgaver knyttet til å sikre korrekt legemiddelforskrivning er fordelt mellom lederne på de ulike nivåene og fagansvarlige overleger i seksjonene.

Søknader om individuell unntaksvís behandling med de aktuelle legemidlene skal sendes i faglinjen til fagdirektør som beslutter. Søknader kan stanses på alle nivåer dersom linjeleder ser at kravene som ligger til grunn for å kunne innvilge unntak ikke er innfridd. Dersom søknaden innvilges er det fagdirektør som skal varsle HSØ RHF om dette.

Opplæring

Informasjon om nye føringer og endringer formidles til ledere på de ulike nivåene pr. epost og i ledermøter. Leger i de aktuelle seksjonene er spesialisert på sine fagområder og opplyser at de holder seg oppdatert på føringene for forskrivning av de aktuelle legemidlene som del av faglig oppdatering. Det er ikke definert særskilte kompetansekrav eller opplæringstiltak for å kunne ordinere de aktuelle legemidlene.

Risikovurdering

Det er ikke gjennomført systematisk vurdering av risiko for at forskrivning av aktuelle legemidler ikke følger krav og føringer. Det fremkommer at ledere anser risikoen for at dette skal forekomme som lav. Dette baseres på at fagpersoner i avdelingen er godt oppdatert og at de opplever å ha gitt klare signaler om at føringer skal følges.

Tiltak for å sikre god praksis

Leger som forskriver aktuelle legemidler forholder seg til nasjonale handlingsprogrammer for kreft. Det er noen ganger en forsinkelse i oppdatering av nasjonale føringer etter godkjenning i Beslutningsforum om ibruktakelse av nye legemidler. Da er det faglig konsensus i Kreftklinikken basert på vedtaksteksten som er førende for forskrivning.

Det er fagansvarlige overleger med administratorrettigheter som kan legge inn eller endre kurdefinisjoner i Cytodose. Leger som skal forskrive behandling for en gitt diagnose skal da velge en forhåndsopprettet kur, men det er mulig for forskriver å omgå dette. I nytt system CMS er det mulig å legge inn automatiske sperrer som hindrer at man kan forskrive annet enn forhåndsgodkjente kurer for gitte indikasjoner, men det er ikke besluttet at denne kontrollmuligheten skal tas i bruk.

Når lege har forskrevet kur blir denne tilberedt av apotek og gitt som infusjon av sykepleier. Det er ikke lagt inn noen kontrollrutiner knyttet til å sikre at forskrivning er i tråd med føringer for dette i disse leddene, men det kan forekomme at apotek eller sykepleier stiller spørsmål til forskrivning dersom de tror noe kan være feil.

Det er etablert en egen retningslinje for søknad om godkjenning av særtilfeller for unntaksvís behandling med blant annet nye, kostbare legemidler ved Kreftklinikken; *Individuell godkjenning av bruk av medikamenter som ikke er vurdert av beslutningsforum eller er under metodevurdering*. Retningslinjen er tenkt brukt for eksempel ved ønske om å behandle sjeldne tilstander der det er lite sannsynlig at indikasjonen for et nytt legemiddel meldes til metodevurdering, men hvor det foreligger vitenskapelig dokumentasjon for at det er minst like effektivt ved indikasjonen som ved annen godkjent indikasjon. Søknader etter denne retningslinjen skal følge samme beslutningsvei som søknader om godkjenning av unntaksvís behandling med legemidler som er under metodevurdering. Kreftklinikken opplyser at retningslinjen er ment å sikre en forutsigbar vurdering og en likeverdig og forsvarlig behandling av pasienter uavhengig av hvilken krefttype pasienten har.

Klinikken opplyser at man for en tid tilbake oppdaget at det ble startet behandling av pasienter med Nivolumab som del av named patient program (NPP) uten at avdelingsledelsen var informert. Det er i etterkant blitt innskjerpet at bruk av NPP eller liknende ordninger alltid skal klareres med seksjonsleder.

For å avdekke eventuell forskrivning til ikke godkjente diagnoser, eller ikke godkjent bruk av legemidlene i NPP, må det gjennomføres journalgjennomganger. Det har ikke vært gjennomført slike gjennomganger for de aktuelle legemidlene.

Informasjon og kommunikasjon

Informasjon om beslutninger i Beslutningsforum mottas fra HSØ RHF pr. epost og videreformidles i faglinja. Ledere og fagansvarlige på alle nivåer følger i tillegg selv aktivt med på nyemetoder.no, der det også fremgår hvilke legemidler som er til metodevurdering til enhver tid. Om det foreligger MT følger man med på via nettsider der informasjon om dette finnes. LIS-føringene mottas av legemiddelkomiteen og videreformidles i faglinja. Ledermøter og møter på enhetsnivå er kanaler for å videreformidle informasjon i tillegg til epost.

Klinikken mottar regelmessig oversikt fra apoteket over volum på innkjøp av de aktuelle legemidlene. Det er mulig å ta ut mer detaljerte rapporter fra Cytodose som viser forbruk av legemiddel pr. kurdefinisjon på forespørsel, men det er ikke etablert praksis for at dette gjøres regelmessig. Det opplyses at man planlegger å innføre månedlig seksjonsvis rapportering til avdelingsleder på forskrivning av legemiddel pr. diagnose for å få et bedre grunnlag for å følge opp forskrivningspraksis.

Oversikt over innvilgede unntaksvis behandlinger med de aktuelle legemidlene oppbevares lokalt av fagdirektør.

Oppfølging

De fagansvarlige legene oppgir at de følger med på bruken av de aktuelle legemidlene i sine seksjoner ut fra faglig interesse. Klinikksjef og avdelingsleder opplyser også om at de følger med på bruken av de aktuelle legemidlene, men det fremkommer ikke at det er etablert systematisk oppfølging utover at det følges med på innkjøpsstatistikene.

3.1.2 Undersøkelse av forskrivningspraksis og dokumentasjon i journal

Som en test på forskrivningspraksis av de aktuelle legemidlene ved sykehuset har konsernrevisjonen gjennomgått journalene til 17 av totalt 130 pasienter som fikk startet behandling med ett av de aktuelle legemidlene i de reviderte enhetene i tidsrommet 15.12.2014 – 31.12.2016. Oppsummert viste journalgjennomgangen at de aktuelle legemidlene var forskrevet i tråd med krav og føringer. Resultatene fra gjennomgangen er oppsummert under i tabell 1.

I forkant av journalgjennomgangen ba konsernrevisjonen om å få oversendt oversikt over eventuelle unntaksvis behandlinger av enkeltpasienter som OUS hadde innvilget for de aktuelle legemidler, og kopi av saksbehandlingen knyttet til disse unntakene. Konsernrevisjonen mottok kopi av saksbehandlingen knyttet til to slike tilfeller:

- Ett innvilget unntak for behandling av nyrekreft med Nivolumab etter prosedyre for unntaksvis behandling slik det fremkommer på nyemetoder.no.
- Ett innvilget unntak for behandling av Hodgkins lymfom etter lokal prosedyre for unntaksvis behandling ved Kreftklinikken.

| Kriterier som er undersøkt | Resultat fra gjennomgangen |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Om legemidlet var forskrevet for en diagnose som er godkjent av Beslutningsforum (BF). | <p><u>9 pasienter med lungekreft var behandlet.</u> 4 var behandlet med Nivolumab i NPP og videreført med dette. 5 var behandlet med Pembrolizumab etter at godkjenning for dette var gitt i BF. Krav til indikasjon var innfridd i alle 5 tilfellene.</p> <p><u>6 pasienter med malignt melanom var behandlet</u> med enten Nivolumab eller Pembrolizumab etter at godkjenning var gitt av BF.</p> <p><u>1 pasient med nyrekreft var behandlet</u> med Nivolumab.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Om fagdirektør hadde godkjent eventuell behandling med legemidlene for diagnoser som ikke er godkjent av BF. | I det ene tilfellet der Nivolumab var forskrevet for nyrekreft fremgikk det av journal at det var etter godkjenning fra fagdirektør. |
| <ul style="list-style-type: none"> Om legemidlet var til metodevurdering og MT forelå på det aktuelle tidspunktet slik at fagdirektør hadde anledning til å godkjenne unntaksvis behandling. | Nivolumab var til metodevurdering på det aktuelle tidspunktet, men det forelå ikke MT for nyrekreft. Dette var imidlertid før HSØ RHF presiserte kravet til at MT skulle foreligge ved unntaksvis godkjenning i eget brev til helseforetakene. |
| <ul style="list-style-type: none"> Om informasjon om innvilget unntaksvis behandling var oversendt HSØ RHF v/fagdirektør. | Det fremkom i oversendte kopier av eposter at HSØ RHF ble informert om det innvilgede unntaket for behandling av nyrekreft. |
| <ul style="list-style-type: none"> Om LIS-avtalens føringer for valg av legemiddel var etterlevd ved behandling som var påstartet etter at denne ble gjeldende. | Det anbefalte legemidlet Pembrolizumab var valgt ved de 2 behandlingene som var startet etter at LIS-avtalen var gjort gjeldende. |

Tabell 1 Oppsummering journalgjennomgang

3.1.3 Vurdering og anbefalinger

Kartleggingen viste at styring og kontroll knyttet til korrekt forskrivning av de aktuelle legemidlene i stor grad baseres på en forventning om at legene holder seg godt oppdatert på sine spesialiserte fagfelt, og er lojale mot systemet og de føringer som er kommunisert. Det er i mindre grad etablert formalisert internkontroll som obligatorisk opplæring, automatiske eller manuelle kontroller, eller systematisk oppfølging.

Undersøkelse i journal viste at krav og føringer knyttet til forskrivning av de aktuelle legemidlene var etterlevd for alle de 17 pasientene som ble inkludert i gjennomgangen.

Basert på dette er det konsernrevisjonens vurdering at den interne styring og kontroll som er etablert i tilstrekkelig grad ser ut til å sikre etterlevelse av krav og føringer for forskrivning av de aktuelle legemidlene. Vi vurderer likevel at det kan være hensiktsmessig å etablere styringsinformasjon som kan benyttes til å følge opp forskrivningspraksis for nye, kostbare legemidler og å tydeliggjøre ansvar og oppgaver knyttet til å sikre korrekt forskrivningspraksis av legemidler generelt.

Kreftklinikken har etablert en intern retningslinje knyttet til å innvilge unntaksvis behandling med legemidler som ikke er meldt til metodevurdering. Føringene for ibruktakelse av nye, kostbare

legemidler (nyemetoder.no) beskriver ikke eksplisitt hvorvidt det er adgang til å opprette slike lokale unntaksordninger. Det vurderes imidlertid som utenfor rammene av revisjonen å utrede og avklare hva som er den korrekte forståelsen av de gjeldende føringene. Konsernrevisjonen har derfor informert fagdirektør i HSØ RHF om problemstillingen, og overlater til RHFet å vurdere om det er behov for å tydeliggjøre føringene.

På bakgrunn av vurderingen anbefales det følgende:

- Ansvar og oppgaver knyttet til å sikre korrekt legemiddelforskrivning tydeliggjøres.
- Det etableres styringsinformasjon som kan benyttes til å følge opp at forskrivningspraksis av nye, kostbare legemidler er i tråd med krav og føringer, og det tydeliggjøres hvordan oppfølgingen skal gjennomføres.

3.2 I hvilken grad sikrer helseforetaket korrekt grunnlag for ISF-finansiering gjennom etterlevelse av rapporteringskrav til Norsk pasientregister (NPR) knyttet til rekvirering av legemidler?

3.2.1 Koding ved behandling med Nivolumab og Pembrolizumab

Intern styring og kontroll knyttet til å sikre korrekt medisinsk koding ved OUS har siden 2011 vært kartlagt og vurdert i et antall revisjoner, senest i Konsernrevisjonens rapport 11/2016 *Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen*. De ulike revisjonene har pekt på utfordringer blant annet knyttet til avklaring av ansvar og rollefordeling for tilrettelegging og oppfølging, opplæring og gjennomføring av risikovurderinger. Det fremkommer i ledermøtesak 25/2017¹ i OUS at tiltaksarbeid på dette området fortsatt er pågående.

Med bakgrunn i dette ble det ikke vurdert som hensiktsmessig å inkludere overordnet intern styring og kontroll knyttet til medisinsk koding i OUS i denne revisjonen. Revisjonen har derfor kun kartlagt hvordan det på enhetsnivå arbeides med å sikre korrekt koding ved behandling med de aktuelle legemidlene, samt å undersøke status på kodepraksis ved journalgjennomgang.

Ved OUS foregår behandlingen med de aktuelle legemidlene i all hovedsak i Seksjon for poliklinikker som er lokalisert både på Radiumhospitalet og Ullevål. For behandling som gis på Radiumhospitalet er kodingen organisert slik at sykepleier som utfører behandlingen fører opp de koder som skal legges inn i eget skjema. Skjemaet overleveres til en sekretær som fører kodene inn i systemet. Ved behandling som gis på Ullevål er det sykepleierne selv som legger inn kodene.

Kreftklinikken har en kodeansvarlig rådgiver. Dette er en stabsfunksjon med rådgivende ansvar.

3.2.2 Utforming av intern styring og kontroll ved koding i Seksjon for poliklinikker

Konsernrevisjonen har kartlagt og vurdert intern styring og kontroll i form av ansvar og roller, opplæring, risikovurdering, kontrolltiltak, informasjon/kommunikasjon og oppfølging som beskrevet i kapittel 1.4. I tillegg har vi testet etterlevelse av krav til rapportering som fremgår av *Regelverket for innsatsstyrt finansiering (ISF)*.

¹ SAK 25/2017: Instruks for registrering og koding av pasientrettet aktivitet (oppdatering) og ny instruks for kodeansvarlig lege, inkludert opplegg for opplæring

Ansvar og roller

Arbeidsfordeling knyttet til å kode ved behandling med de aktuelle legemidlene fremstår som tydelig definert. Hva angår ansvar og roller knyttet til å legge til rette for og følge opp at kodepraksis er god, underbygger gjennomgangen tidligere revisjoners funn om at dette ikke er helt tydelig fordelt i linja, og mellom stab og linja.

Opplæring

Det er ikke etablert noe enhetlig opplæringsregime for koding i OUS. Det fremkommer i ledermøtesak 25/2017 at det arbeides med å utforme et E-læringsopplegg, men enn så lenge er det opp til den enkelte seksjon/avdeling å sørge for at de som har roller i kodingen har tilstrekkelig kompetanse. I Seksjon for poliklinikker opplyser seksjonsleder at hun løpende gir oppdatert informasjon om føringer for koding til sine ansatte både skriftlig, i møter og ved behov én til én.

Risikovurdering

Seksjonen har ikke gjennomført noen systematisk vurdering av risiko for at det kan oppstå feil/mangelfull koding ved behandling med de aktuelle legemidlene. Det fremkommer i intervjuer at det er bevissthet rundt at det foreligger risiko. Flere av de intervjuede peker på at seksjonsleder poliklinikk er svært sentral i å sikre korrekt koding, og at seksjonen dermed er sårbar dersom vedkommende skulle slutte eller ha lengre fravær.

Tiltak for å sikre god praksis

Tertialrapportering gjennomgås på flere nivåer for å sikre at de påkrevde kodefeltene er fylt ut. For eksempel tar seksjonsleder for poliklinikker ut rapporter fra Cytodose og sammenholder mot rapport fra DIPS for å avdekke potensielt manglende koding, og eventuelle feil rettes opp. Dette er likevel ikke tilstrekkelig til å sikre at korrekte koder er fylt inn, da må det gjøres kvalitetsgjennomganger/revisjoner av koding mot journal. Seksjonen opplyser at slike gjennomganger gjøres i mindre omfang enn tidligere for de aktuelle legemidlene, men det kan forekomme at det gjøres stikkprøver for eksempel etter ferier og ved vikarbruk.

Informasjon og kommunikasjon

Direktoratet for e-helse formidler endringer i kodereglene ut til sektoren gjennom forskjellige kanaler; brev til RHFene, på Helsedirektoratets årlige informasjonsmøter om endringer i neste års ISF-regelverk, samt gjennom publisering av regelverk og endringsdokumentasjon både på e-helse.no og helsedir.no. Informasjonen videreformidles til klinikkene i linja og via kodefaglig nettverk.

På overordnet nivå kan utvikling i DRG-indeks gi indikasjon på endring i kodepraksis. Ut over dette er det opp til enhetsledere å be om/hente ut rapporter som kan benyttes til å følge opp kodepraksis. Ved behandling med de aktuelle legemidler tas det ikke systematisk ut styringsinformasjon til bruk i oppfølgingen av kodepraksis, utover kontroll i forbindelse med tertialrapporteringen som nevnt ovenfor.

Oppfølging

For behandling med de aktuelle legemidler er det seksjonsleder poliklinikker som har fått/tatt ansvar for å følge opp kodingen. Hun følger først og fremst opp den tertialvise rapporteringen og kvalitetsikrer denne.

3.2.3 Undersøkelse av kodepraksis i journal

Som beskrevet i kapittel 2.1.3 ble journalene til 17 pasienter som hadde fått behandling med de aktuelle legemidlene gjennomgått. Det ble ved journalgjennomgang undersøkt om påkrevde koder var registrert:

- tilstandskoder (ICD-10)
- prosedyrekoder (NCSP/NCMP)
- særkoder/ATC

Pasientene hadde fått fra to til mer enn 20 behandlinger. Kodingen knyttet til alle behandlingene for den enkelte pasienten ble undersøkt, totalt i overkant av 50 kodesekvenser.

Journalgjennomgangen viste at kodingen, med unntak av ett tilfelle der særkode for legemiddel manglet, var korrekt utført.

3.2.4 Vurdering og anbefalinger

Kartleggingen av styring og kontroll knyttet til koding ved behandling med de aktuelle legemidler viste at dette i stor grad baseres på at seksjonsleder for poliklinikker sikrer at ansatte som koder har tilstrekkelig kompetanse, og at hun kvalitets sikrer at kodepraksis er god.

Journalgjennomgangen der kodingen ved behandling av 17 pasienter med de aktuelle legemidlene ble gjennomgått viste at kodingen i all hovedsak var utført i tråd med føringene for dette.

Basert på dette er det konsernrevisjonens vurdering at den interne styring og kontroll som er etablert i tilstrekkelig grad ser ut til å sikre at kodingen ved behandling med de aktuelle legemidlene er i tråd med krav og føring. Imidlertid kan det se ut til at det er risiko i prosessen knyttet til at internkontrollen i stor grad er personavhengig, og at dette ansvaret ikke i tilstrekkelig grad er formalisert. Konsekvensen av dette kan være økt risiko for at feil og mangler oppstår ved fravær eller avslutning av arbeidsforhold for seksjonsleder poliklinikker.

På bakgrunn av vurderingen anbefales det følgende:

- Ansvar som er tillagt seksjonsleder poliklinikker knyttet til å sikre at koding er korrekt formaliseres i stillingsinstruks eller liknende.

Anbefalingen må sees i sammenheng med anbefalinger som fremkommer i konsernrevisjonens rapport 11/2016 *Tiltaksarbeid etter revisjoner utført av konsernrevisjonen* og pågående forbedringsarbeid knyttet til intern styring og kontroll med medisinsk koding i OUS.

Vedlegg 1 - Informasjonsgrunnlag, gjennomførte samtaler, saksgang og rapportbehandling

Informasjonsgrunnlag

| |
|---|
| Dokumentasjon |
| Retningslinje - Innkjøpsavtaler på legemidler (LIS-avtaler) OUS nivå 1/Pasientrettet/Legemidler |
| Funksjonsbeskrivelse for fagansvarlig overlege for tillagt eksisterende overlegestilling ved Avdeling for kreftbehandling, Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, Oslo universitetssykehus HF |
| Retningslinje - Helsepersonells ansvar og oppgaver innen legemiddelbehandling OUS nivå 1/Pasientrettet/Legemidler |
| Referat ledermøte 11.8.16 |
| Epost 7.12.16 fra Arne Westgaard |
| Oversendte eksempler på eposter der føringer fra HSØ/LIS videregås internt i OUS |
| Referat ledermøte 27.10.16 |
| Eksempel på tertialstatistikk der det fremkommer legemiddelforbruk |
| Instruks - Registrering og koding av pasientrettet aktivitet (venteliste- og aktivitetsdata) OUS nivå 1/Økonomi |
| Stillingsbeskrivelse - Funksjonsbeskrivelse Kodefaglig rådgiver - klinikknivå OUS nivå Pasientrettet/Pasientadministrasjon og journal - EPJ |
| Individuelt vedlegg til arbeidskontrakt seksjonsleder Poliklinikker |
| Mandat Kodefaglig nettverk OUS nivå 1/Pasientrettet/Pasientadministrasjon og journal - EPJ |
| Oversendte beskrivelser i dokumentet «Dokumentbestilling OUS» 15.12.16 |

Gjennomførte samtaler

| Dato | Navn og tittel/rolle |
|-----------|--|
| 17.1.2017 | Kjell Magne Tveit, Fagdirektør |
| 17.1.2017 | Sigbjørn Smeland, Klinikksjef Kreftklinikken |
| 18.1.2017 | Jørn Ovesen, Avdelingsleder Avdeling for aktivitetsdata og analyse |
| 18.1.2017 | Ellen Kristin Olsen, Kodefaglig rådgiver Kreftklinikken |
| 18.1.2017 | Stein Kaasa, Avdelingsleder Avdeling for kreftbehandling |
| 18.1.2017 | Elbjørg Vorkinn, Seksjonsleder Seksjon for poliklinikker |
| 18.1.2017 | Åslaug Helland, Fagansvarlig lunge |
| 18.1.2017 | Anna Main-Winge, Fagansvarlig melanom |
| 18.1.2017 | Kirsten Sundby Hall, Seksjonsleder for Seksjon for sarkom og melanom |

Saksgang og rapportbehandling

| Dato | Aktivitet |
|-------------------------|---|
| 7.3.2017 | Verifisering gjennomført |
| 7.3.2017 | Oversendt utkast rapport fra revisjonen til administrerende direktør |
| 9.3.2017 | Presentasjon av utkast rapport for administrerende direktør |
| 9.3.2017 | Tilbakemelding på utkast rapport fra administrerende direktør |
| 13.3.2017 | Oversendelse endelig rapport |
| 4.5.2017 (tentativt) | Fremleggelse av endelig rapport og administrerende direktørs oppfølging av tiltaksarbeidet for styret |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 4. mai 2017

Saksbehandler: Medisinsk direktør

Vedlegg:

SAK 31/2017 FREMTIDENS OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

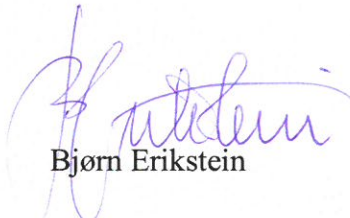
I møte 22. mars 2017 fikk styret en status for arbeidet med prosjektene i fremtidens Oslo universitetssykehus. Det vil bli gitt en ny status i styremøtet 4. mai.

Styret vil behandle konseptfasene for Regional sikkerhetsavdeling og nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet samt oppstart av konseptfase for Aker sykehus og Gaustad i styremøte 24. mai 2017. Helse Sør-Øst RHF legger opp til å behandle konseptfasene i sitt styremøte 15. juni 2017.

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om fremtidens Oslo universitetssykehus HF til orientering.

Oslo, den 27. april 2017



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

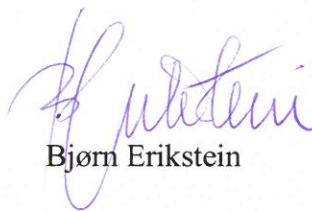
Dato møte: 4. mai 2017
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Årsplan

SAK 32/2017 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 27. april 2017



Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

| Møte | Vedtaksaker | Orienteringssaker |
|-------------------------------|--|--|
| 24. mai 2017 kl 10-16 | Økonomisk langtidsplan Konseptfase for Regional sikkerhetsavdeling Konseptfase for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet Igangsetting av konseptfaser for videre utvikling av Aker og Gaustad | Rapportering per april Plan for styret |
| 22. juni 2017 kl 10-16 | Tidspunkt for styremøter i 2018 Ledelsens gjennomgang 1. tertial | Rapportering per mai Plan for styret Budsjett 2018 |
| 29. september kl 10-16 | Eierskap i selskaper | Tertialrapportering 2. tertial Plan for styret Oppfølging styresaker Møte med Brukerutvalget Budsjett 2018 |
| 26. oktober 2017 kl 10-16 | Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2018 | Rapportering per september Plan for styret |
| 26. oktober 2017 kl 16-20 | Styreseminar | Styreinstruks |
| 15. desember 2017 kl 10-16 | Budsjett 2018 | Rapportering per november Plan for styret |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 4. mai 2017

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 33/2017 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

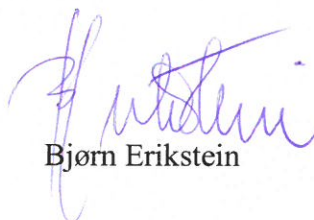
Følgende legges frem til orientering:

1. Prosjekt
2. Comprehensive cancer centre
3. Forskning
4. Juridiske forhold – rettsvister
5. Medieomtale 1. – 31. mars 2017
6. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 27. april 2017



Bjørn Erikstein

1. PROSJEKT

Prosjekt for tilstrekkelig behandlingsskapasitet de neste 5-8 år inkl. vurdering av videre aktivitet på Aker i perioden. DELPROSJEKT 2: Driftskonsept Aker sykehus, med avgrensning mot øvrige sykehuslokalisasjoner

I 2016 ble det etablert et overordnet prosjekt for å sikre tilstrekkelig behandlingsskapasitet ved Oslo universitetssykehus de neste 5-8 år. Det er ventet at kapasiteten i sykehuset vil bli utfordret i økende grad i tiden framover, og arealer av god/brukbar kvalitet må benyttes for å kunne håndtere alle sykehusets framtidige funksjoner inntil nye bygg er på plass.

I første delprosjekt ble det gjort en utredning av kreftområdet, med fordeling av virksomheten ved de ulike lokalisasjoner. Dette lå til grunn for vedtak om å bygge nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet. Deretter har prosjektet vurdert spesifikt hvordan arealene ved Aker sykehus kan benyttes for å løse noen av kapasitetsutfordringene inntil nybygg er på plass, hvilke virksomheter som kan lokaliseres ved Aker og hvilket driftskonsept man bør ha. Målsetningen er god pasientsikkerhet og kvalitet, gode pasientforløp og god driftseffektivitet. De fagområdene som særskilt er vurdert er urologi, endokrinologi og endokrinkirurgi. Fra før er besluttet at størsteparten av karkirurgi (øhj. og «tyngre» elektiv kirurgi) skal flyttes fra Aker til Rikshospitalet i 2018.

Konklusjoner fra prosjektgruppens rapport

Prosjektgruppen anbefaler at Aker sykehus bør utvikles videre basert på elektiv somatisk virksomhet med etablering av Elektivt kirurgisk senter for dagkirurgi og kirurgi med kort liggetid (1-2 døgn), preoperativ poliklinikk og sammedagskirurgi. Felles kirurgisk sengepost med drift 5-6 døgn i uken bør etableres. Dette innebærer flytting av funksjoner innen flere kirurgiske områder fra både Ullevål og Rikshospitalet til Aker. Urologisk øhj. virksomhet og «tyngre» kirurgi bør legges til Ullevål som har gode støttefunksjoner for virksomheten. Elektivt kirurgisk senter vil romme kirurgi innen mange fagområder. Endokrinologisk virksomhet samles i hovedsak på Aker sykehus (med unntak av spesialisert endokrinologi ved Rikshospitalet). I tillegg fortsetter OUS sin virksomhet på Aker innen akutt og elektiv rusbehandling, og Oslo kommune vil fortsatt ha stor aktivitet på Aker. Prosjektgruppen vurderer det slik at den omtalte modellen danner grunnlag for god kvalitet og pasientsikkerhet med god samhandling mellom ulike spesialiteter, god fagutvikling og utdanning i samsvar med nasjonale mål og føringer for framtidig sykehusvirksomhet. Den anbefalte modell med skille mellom elektiv virksomhet og øhj-virksomhet anses å være driftseffektiv, og krever mindre omfattende medisinske støttefunksjoner på Aker enn en modell med 24/7 kirurgisk virksomhet. Modellen krever imidlertid noen bygnings- og utstyrmessige investeringer. Ledermøtet har sluttet seg til at prosjektet arbeider videre langs disse linjer, og forventer en avgjørelse i juni rundt videre prosess og gjennomføring. Det planlegges å orientere styret i egen sak i junimøtet 2017.

2. COMPREHENSIVE CANCER CENTRE

Oslo universitetssykehus søkte i 2016 om å bli akkreditert som Comprehensive Cancer Centre av Organization of European Cancer Institutes (OECI) som er en interessegruppe i EU (se vedlegg). Etter audit høsten 2016 og senere korrespondanse hvor spørsmål og justeringer ble svart opp, mottok Oslo universitetssykehus mail med brev som konkluderer med at OUS fyller kriteriene for å bli akkreditert som Comprehensive Cancer Centre. Det er totalt 16 sentre med slik akkreditering i Europa

og Oslo universitetssykehus er det andre senteret i Norden etter Universitetssykehuset i Helsingfors som har oppnådd denne status.

3. FORSKNING

Nye Sentre for fremragende forskning med Oslo universitetssykehus som partner
Norges forskningsråd offentliggjorde den 15.3.2017 hvilke ti ny sentre som får status som Sentre for fremragende forskning (SFF) – en ordning med sterk nasjonal konkurranse som spenner over alle fagfelt (alt fra musikkvitenskap, til historie, økonomi, medisin osv). Sentrene får årlig i gjennomsnitt 15 millioner kroner hver i ti år. Sentrene er av forskningsrådets ekspertkomiteer vurdert som internasjonalt ledende på sine områder. To av sentrene som er innvilget skal ha Universitetet i Oslo som vertsinstitusjon og ha sin base ved Oslo universitetssykehus (Universitetet i Oslo har totalt fått tildelt 5 av de 10 sentrene).

Oslo universitetssykehus er Universitetet i Oslos hovedsamarbeidspartner i følgende to nye sentre, hvor senterleder også vil ha en bistilling ved Oslo universitetssykehus:

Centre for Cancer Cell Reprogramming

Senterleder er Harald Stenmark. Stenmark har også vært leder for SFFet Senter for kreftbiomedisin, som avsluttes etter 10 år i 2017.

Senteret skal studere hvordan prosesser i cellene, som endres under kreftutvikling, påvirker hverandre. Målet er å finne kreftens svake punkter for å kunne "reprogrammere" kreftcellene til ufarlige celler og slik bane veien for nye typer kreftbehandling. *Senteret er tilknyttet sykehuset ved Institutt for kreftforskning, Kreftklinikken, og senteret vil ha sin hovedlokalisering ved Radiumhospitalet.*

Developing an integrated open access organ on chip platform for drug discovery

Senterleder er Stefan Krauss.

Senteret skal utvikle et "Organ på brikke", en ny teknologi som kan bidra til helt ny forståelse av kroppens organer og hvordan ulike behandlingsformer virker. Denne plattformen skal kunne gjenskape stoffskifteprosesser i kroppen og teste hvordan prosessene responderer på medisinsk påvirkning. *Senterleder er tilknyttet sykehuset ved Mikrobiologisk avdeling, Klinikk for laboratoriemedisin.*

Vitenskapelig kvalitet på høyt internasjonalt nivå er hovedkriteriet for tildeling. Dette gjelder både for forskningen som er planlagt og for sentrets vitenskapelige ledelse. Sentrene må arbeide med ambisiøse ideer og komplekse problemstillinger der samarbeid og langsiktig forskningsinnsats er viktig. Sentrene skal også være aktive i utdanning av forskere og ha omfattende internasjonalt samarbeid.

Oslo universitetssykehus er svært stolt over å ha nådd opp i konkurransen sammen med Universitetet i Oslo, for hele to sentre. Totalt var det 150 søkere til ordningen, hvor 34 gikk videre til finalerunden.

Kilde: Norges forskningsråd.

4. JURIDISKE FORHOLD - RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

- Avtalebrudd - erstatningskrav

Sykehuset er stevnet for tingretten av en tidligere lis-lege med påstand om avtalebrudd og usaklig saksbehandling i arbeidsforholdet. Det er krav om å gjennomføre spesialisering og erstatning for økonomisk tap. Dom ble avsagt 25 mai og resultatet ble

frifinnelse for sykehuset. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og berammet til november.

- 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 beramming avventes.

Arbeidsrettssak – tariff:

- Sykehusets tjenesteplan – arbeidstid

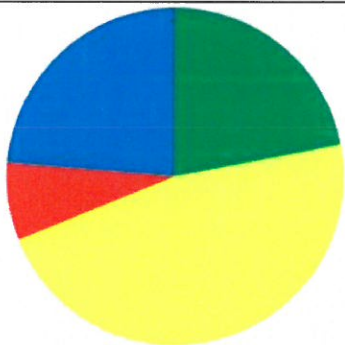
Den Norske Legeforening har tatt ut stevning for Oslo tingrett med påstand om at sykehusets tjenesteplan som gjelder kirurgisk primærvaktteam Radiumhospitalet er ulovlig. Spørsmålet gjelder om omregning av arbeidstid ved passiv tilstedevakt på arbeidsstedet 1:3 er i strid med ufravikelige rettsregler. OUS samarbeider med Spekter i saken som også er partshjelper. Saken var opprinnelig berammet til 1-2. mars men ble utsatt til 1. juni.

Kontraktsforhold:

- Sykehuset er stevnet av en entreprenør med krav om betaling for utførte tilleggs- og endringsarbeider (sluttoppgjør) som er knyttet til prosjekt DP92, rehabilitering av et eldre bygg på Ullevål. Kravet utgjør kr 291 000,- og saken har fått en løsning gjennom rettsmekling.

5. MEDIEOMTALE 1. MARS – 31. MARS

I mars er det registrert 1450 mediesaker om sykehuset, mot 1120 i februar. Medievakten ved sykehuset har i samme periode hatt 119 innkomne henvendelser. Tallene er eksklusiv aktivitet i sosiale medier.

| Periode | Antall saker | Vekting/etterlatt inntrykk | Vekting prosent | Kommentar |
|-----------|--------------|---|--|---|
| Mars 2017 | 1450 |  | Positiv: 22 Nøytral: 47 Negativ: 7 Ikke vektet: 24* | Den store andelen «ikke vektet» skyldes et stort antall hendelser med personskaade som genererer mye medieomtale. |

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

Sentrale saker i perioden:

Resistente bakterier

En forskergruppe ledet av Dag Berild ved infeksjonsmedisinsk avdeling, har sett på

hvordan norske forskere jobber for å bekjempe resistente bakterier. Dette ga flere positive medieoppslag.

Flere kjører i ruspåvirket tilstand

Nye tall fra utrykningspolitiet viste at tre ganger så mange ble tatt for å kjøre i ruspåvirket tilstand i fjor sammenlignet med året før. Stadig flere av disse er påvirket av medikamenter. Saken fikk stor spredning og Hallvard Gjerde ved avdeling for rettsmedisin stilte opp som god fagperson.

Alderstesting ikke god nok

I midten av mars la avdeling for rettsmedisinske fag frem sine funn knyttet til metode for alderstesting av unge asylsøkere. Saken genererte mye debatt, og sykehuset hadde rollen som ekspert i denne saken.

Mye omtale av skadde pasienter

En stor andel av sakene denne måneden handler om skadde pasienter bragt til sykehuset, hvorav tre hendelser var av en slik karakter at de genererte svært mye medieoppmerksomhet.

Tvang i psykiatrien

VG omtalte leder av kontrollkommisjonen på Gaustad, Trond Dale, som påpeker en rekke feil ved dokumentasjon av tvangsbruk ved Gaustad sykehus. Det fikk bred dekning.

Feil i gentest

I mars ble det opprettet tilsynssak mot OUS som følge av at 21 kvinner opererte på feil grunnlag etter en gentest. Saken fikk stor oppmerksomhet i mange medier. Dag Undlien, ved avdeling for medisinsk genetikk, stilte til debatt på NRK Dagsnytt 18 om temaet og forklarte den faktiske hendelsen og tiltak som er iverksatt, og skal iverksettes, for å unngå slike hendelser i fremtiden.

Sykehuset i sosiale medier:

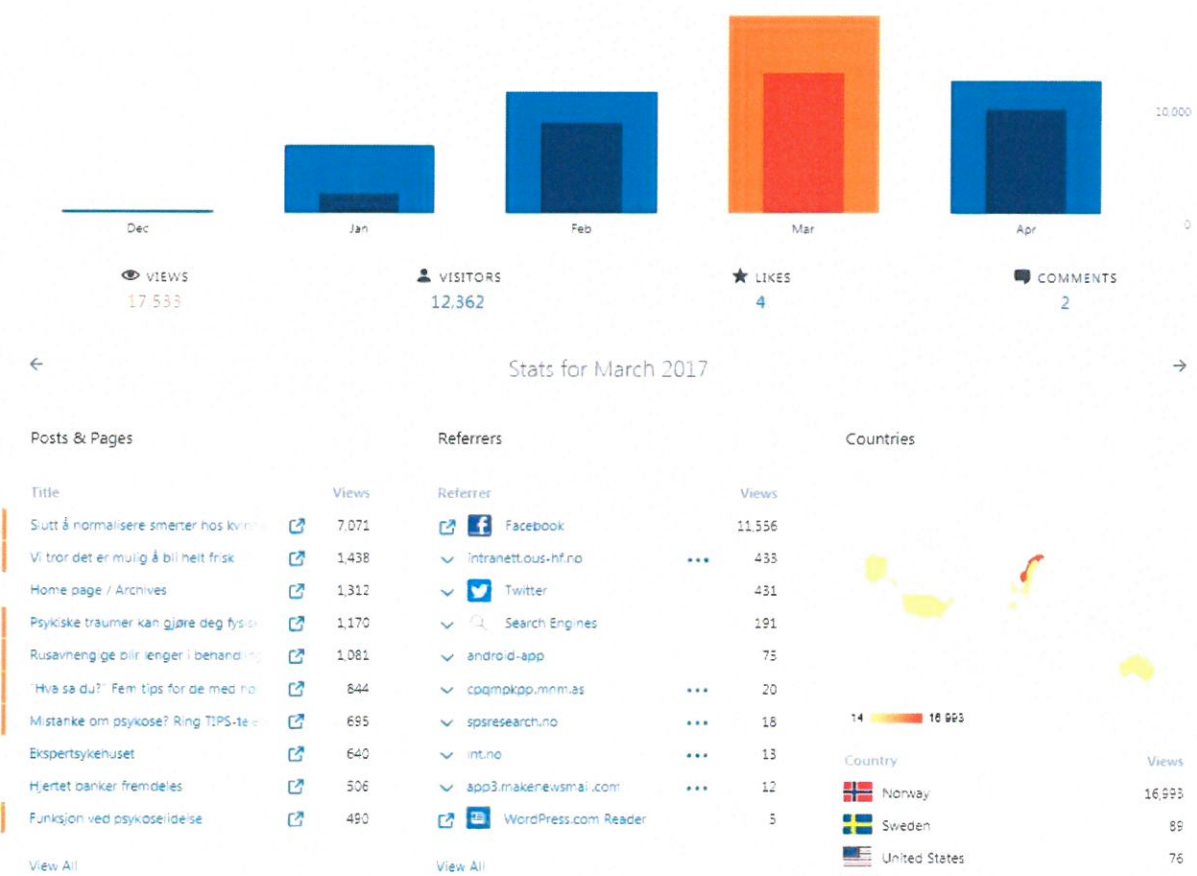
Sykehuset benytter flere kanaler for formidling av faglig stoff for å få frem bredden i sykehusets ekspertise. Her presenteres et mangfold av stemmer fra sykehuset og bredden innen helsefag og støttefunksjoner. Vi viser indre avhengighet og samarbeid, fra ulike vinkler og i ulike kanaler. For å komplementere sykehusets formidlingskanaler, opprettet vi i januar en ny blogg, «Ekspertsykehuset». Bloggen har raskt fått gode lesertall og det er stor interesse internt for å bidra med fagstoff. I oppstartsfasen har vi valgt månedsvise tema for bloggen og vist frem bredden innen temaet. Første måned var det digital fornying, i februar organdonasjon og transplantasjon, og i mars var det psykisk helse og avhengighet. I april står antibiotikaresistens på agendaen en hel måned.

| Kanal | Følgere pr 1.mars 2017 | Følgere pr 1.april 2017 |
|----------------------------|------------------------|-------------------------|
| Facebook OUS | 14499 | 15073 |
| Twitter OUS | 7841 | 7878 |
| Instagram OUS | 3674 | 3923 |
| Facebook Ekspertsykehuset* | 730 | 896 |
| Twitter Ekspertsykehuset* | 224 | 276 |

* Konto åpnet 9.januar 2017

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

| Published | Post | Type | Targeting | Reach | Engagement | Promote |
|---------------------|---|---|---|-------|--------------|----------------------------|
| 04/04/2017 15:52 |  Nøktrem informasjon om sunne matvaner er nyttig, skrømselspro |  |  | 66K | 7.3K 1.5K | Boost post |
| 26/01/2017 07:19 |  Torsdag 26. januar markerer Oslo universitetssykehus Portørene |  |  | 50.6K | 2K 1.4K | Boost post |
| 28/03/2017 07:15 |  Se på TV3 i kveld klokken 20.30. I dagens episode av "En dag i" |  |  | 48.8K | 5K 1.2K | Boost post |
| 01/02/2017 07:00 |  Onsdag 1. februar markerer Oslo universitetssykehus Helsesek |  |  | 43.5K | 1.7K 1.7K | Boost post |
| 20/03/2017 20:00 |  Så mange som 100.000 mennesker får årlig midlertidige smerter, |  |  | 42.7K | 2.1K 731 | Boost post |
| 03/04/2017 15:12 |  Hvis du har driftsansvar for en hjertestarter blir du herved oppfor |  |  | 40.7K | 2.6K 500 | Boost post |
| 08/04/2017 16:17 |  Skadestatistikk fra legevakten i Oslo for både bortoverski og afte |  |  | 39.5K | 3.2K 722 | Boost post |

Mest leste saker på bloggen «Eksperpsykehuset», samt rekkevidden av disse:**6. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG**

- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 20.03 2017 (vedlegg)
- Brev fra OECI datert 27. april 2017

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 20. mars 2017**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 20.3.2017

Dato møte: 20.3.2017

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Lilli-Ann Stensdal, Kjell Silkoset, Stine B. Dybvig, Twinkle Dawes, Arne Olav G. Hope, Veslemøy Ruud, Tommy Sjøfjell, Tayyab Chaudri, Heine Århus, Mari Ourom, Pål Kjeldsen, Kristin Borg Fra OUS: Kari Skredsvig, Stine A. Selfors

Forfall: Kim Fangen

| Sak nr | |
|---------|---|
| 11/2017 | <p>Godkjenning av innkalling og agenda</p> <p>Vedtak Innkalling og agenda er godkjent</p> |
| 12/2017 | <p>Orienteringssaker Invitasjoner om å fremme forslag til kandidater til nytt brukerutvalg sendes ut til brukerorganisasjonene denne uken.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p> |
| 13/2017 | <p>Oppdragsdokumentet 2017 Gjennomgang av oppdrag og bestilling for Oslo universitetssykehus HF gitt i foretaksmøtet 15. februar 2017 v/ leder for avdeling samhandling Kari Skredsvig.</p> <p>Vedtak Tas til orientering</p> |
| 14/2017 | <p>Hjerneslagsforløpet Hege Ihle-Hansen fortalte om hvordan behandlingen av hjerneslag foregår og hva innføringen av at pasientforløp innebærer</p> <p>Vedtak Brukerutvalget ønsker å følge innføringen av hjerneslagsforløpet og resultatene av dette.</p> |
| 15/2017 | <p>Pasient og pårørendeopplæring i pasientforløpene Kjersti Tveten snakket om kreftrehabilitering og pasient- og pårørendetilbud i kreftforløpene. Ønsker brukerutvalget på laget i arbeidet med å sikre samarbeid og oppgavefordeling mellom OUS og Oslo kommune.</p> |

| | |
|---------|--|
| | <p>Vedtak Brukerutvalget ønsker at pasient- og pårørendeopplæring skal være en naturlig del av pasientforløpene. Brukerutvalget vil støtte etablering av senter for kreftrehabilitering og at driften sikres og utvides utover det første prosjektåret.</p> |
| 16/2017 | <p>Styremøtesaker Gjennomgang av styremøtesakene.</p> <p>Vedtak Leder og nestleder av brukerutvalget stiller på styremøtet onsdag 22/3-17. Brukerutvalget oppfordres til å lese styremøtepapirene og komme med eventuelle kommentarer som leder/nestleder kan bringe inn i styremøtet.</p> |
| 17/2017 | <p>Råd/utvalg/konferanser</p> <p>Vedtak Saken ble utsatt til neste møte</p> |
| 18/2017 | <p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det ble fremmet et ønske om skriftlige svar fra direktøren på de skriftlige spørsmålene fra Brukerutvalget. Ønsket viderefremmes til adm.dir. |

Accreditation and Designation Working Group

OECI-EEIG
c/o Fondation Universitaire
11 Rue d'Egmont
1000 Brussels, BELGIUM

Subject: OECI peer review report
Date of issue: 27 April 2017

Dear members of the Board of the Oslo University Hospital,

Congratulations!

The OECI Accreditation and Designation Board has approved the final report and decided on the designation type of your institute.

The peer review took place on 22nd and 23rd of September 2016.

This is the revised final report after postponement of the designation decision, as explained in the letter send to you on the 13th of February 2017. Please find enclosed the final report.

With your approval, we would like to hand over one aluminium certificate plate and one paper certificate during the OECI General Assembly (23 June 2017, Brno, Czech Republic). We can send a paper certificate to your centre.

The certificate will contain the following notification:

*Oslo University Hospital
Oslo, Norway*

meets the quality standards for cancer care and research and it is therefore designated as:
Comprehensive Cancer Centre

The certificate is issued on: *10 April 2017*, and will be valid till: *10 April 2022*.

Please let us know if the name on the plate is the correct one.

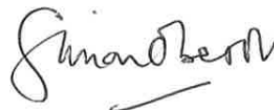
The one year follow-up of the actions and deadlines set in the action plan will take place April 2018.
We look forward to the fruitful continuation of cooperation in the OECI Accreditation and Designation Programme.

If there are any further questions or remarks concerning the report, please contact Harriët Blaauwgeers, OECI A&D Coordinator (h.blaauwgeers@iknl.nl).

On behalf of the OECI and the Accreditation and Designation Working Group,



Dominique de Valeriola
OECI President



Simon Oberst
Chair OECI A&D Programme