

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 24. april 2014

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

---

**SAK 20/2014      GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.**

**Forslag til vedtak:**

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 11. april 2014

Stener Kvinnsland  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

---

|            |  |
|------------|--|
| Møtenavn:  | Styremøte 3/2014                                       |
| Dato møte: | 24. april 2014   |
| Møtetid:   | Kl. 08.00 - 14.00                                      |
| Møtested:  | Radiumhospitalet, Forskningsbygget, Seminarrom 1 og 2. |

---

|         |              |   |
|---------|--------------|---|
| 20/2014 | Beslutning:  | Godkjenning av innkalling og sakliste             |
| 21/2014 | Beslutning:  | Godkjenning av protokoll styremøte 10.4.2014      |
| 22/2014 | Orientering: | Rapport per mars 2014.                            |
| 23/2014 | Beslutning:  | Økonomisk langtidsplan                            |
| 24/2014 | Beslutning:  | Investeringsbudsjett 2015                         |
| 25/2014 | Orientering: | Årsrapport arbeidsmiljø 2013.                     |
| 26/2014 | Beslutning:  | Valg av styre i Kreftregisteret                   |
| 27/2014 | Temasak:     | Status innføring av ny elektronisk pasientjournal |
| 28/2014 | Beslutning:  | Revisjonsplan internrevisjon.                     |
| 29/2014 | Orientering: | Revisjon på lønnsområdet.                         |
| 30/2014 | Orientering: | Administrerende direktørs orienteringer.          |

Stener Kvinnsland  
sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 24. april 2014  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 10. april 2014

---

**SAK 21/2014      GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA  
STYREMØTE 10. APRIL 2014.**

### Forslag til vedtak:

*Styret godkjenner protokoll fra styremøte 10. april 2014.*

Oslo, den 11. april 2014

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## UTKAST

### Protokoll

---

|               |   |
|---------------|---|
| Møtenavn:     | <b>Styremøte</b>                                  |
| Til:          | Styrets medlemmer                                 |
| Dato dok.:    | 10. april 2014                                    |
| Dato møte:    | 10. april 2014 kl 8-11.15<br>på Radiumhospitalet. |
| Offentlighet: |   |
| Referent:     | Jørgen Jansen                                     |

---

Tilstede: Stener Kvinnsland, Bjørg Månnum Andersson, Svein Erik Urstrømmen, Bjørn Wølstad-Knudsen, Aasmund Magnus Bredeli, Nina Bachke, Rita von der Fehr, Ole Petter Ottersen, Merete Norheim Morken, Berit Kjøll, Johan Arnt Vatnan

Forfall: Anne Carine Tanum

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Cathrine Lofthus, Morten Reymert, Tove Strand, Rolv Økland, Christina Rolfheim Bye, Erlend Smeland m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget, revisor og publikum

### **Sak 13/2014 Godkjenning av innkalling og saksliste**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

### **Sak 14/2014 Godkjenning av protokoll**

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 14. februar 2014.

### **Sak 15/2014 Rapportering per februar 2014**

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen til orientering.

## **Sak 16/2014 Årsoppgjør 2013**

Enstemmig vedtak:

1. Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2013.
2. Årsberetning og årsregnskap for 2013 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.

## **Sak 17/2014 Oppdrag og bestilling 2014**

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## **Sak 18/2014 Leie av arealer i innovasjonsparken på Montebello**

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til avtalen om leie av lokaler i Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark.
2. Styret ber administrerende direktør om å oversende avtalen for leie av lokaler i Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark til godkjenning i Helse Sør-Øst RHF.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å underskrive leieavtalen på vegne av Oslo universitetssykehus når avtalen er godkjent i Helse Sør-Øst RHF.

## **Sak 19/2014 Riksrevisjonens utvidete kontroll av omstillingsoppdraget til Oslo universitetssykehus - Dokument 3:2 (2013-2014)**

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken til etterretning.
2. Styret ønsker å bli holdt jevnlig orientert om pasientforløpsarbeidet og organisasjonsgjennomgangen.

Stener Kvinnsland  
Styreleder

Anne Carine Tanum  
Nestleder

Berit Kjøll

Björg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen

Johan Arnt Vatnan

Svein Erik Urstrømmen

Nina Bachke

Merete Norheim Morken

Rita von der Fehr

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølsted-Knudsen

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 24. april 2014  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg:

---

### **SAK 22/2014      RAPPORTERING PER MARS 2014**

Resultatene fra mars var ikke ferdigstilt ved utsendelse av styresakene. Rapportering per mars vil derfor bli ettersendt elektronisk til styret rett etter påske.

Oslo, den 11. april 2014

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 24. april 2014

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

Vedlegg: 1. Tabellvedlegg

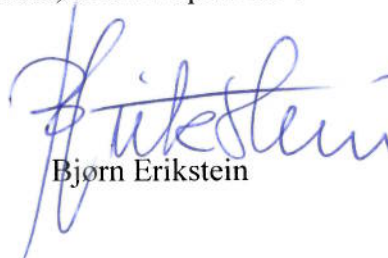
---

### SAK 22/2014 RAPPORTERING PER MARS 2014

#### Forslag til vedtak:

*Styret tar rapporteringen for mars 2014 til orientering.*

Oslo, den 22. april 2014



Bjørn Erikstein



Hovedresultater etter mars ble muntlig lagt frem for styret i møte 10. april. Oppfølgingspunkter fra styremøte 10. april er i hovedsak ikke innarbeidet i saken på grunn av påsken, men vil bli hensyntatt i fremtidige månedsrapporteringer.

## 1. Sammendrag

Gjennomgangen av status og resultater per mars 2014 viser kortfattet følgende:

- Samlet aktivitet innenfor somatikken er 0,1 pst lavere enn aktivitetsmålet i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Det styrevedtatte budsjettet forutsetter imidlertid høyere aktivitet innenfor somatikken i 2014 enn måltallet fra Helse Sør-Øst RHF, og målt mot periodisert aktivitetsbudsjett er det et negativt avvik på 1,4 pst.
- Innenfor psykisk helsevern er liggedøgn og poliklinisk aktivitet høyere enn de periodiserte måltallene både for voksne og for barn/unge.
- Det er registrert færre liggedøgn enn budsjettet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og den polikliniske aktiviteten er lavere enn periodisert måltall.
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling (start helsehjelp) var i mars 85 dager, noe som er om lag på samme nivå som i mars 2013. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode. Ventetid for ventende pasienter er redusert fra 248 dager ved utgangen av mars 2013 til 189 dager ved utgangen av mars 2014.
- Tallet på langtidsventende (ventet i mer enn ett år) er sterkt redusert det siste året. Fra utgangen av mars 2013 til utgangen av mars 2014 er antall langtidsventende redusert fra om lag 5 600 til om lag 2 700, dvs at antallet er mer enn halvert.
- Av antall avviklede pasienter i mars, var det oppstått fristbrudd for 686 pasienter (14 pst) før tidspunkt for start helsehjelp. Antall fristbrudd for ventende pasienter var ved utgangen av mars på 1 030 (11 pst) hvilket er en reduksjon på 1 180(53 pst) fra samme periode i 2013.
- Økonomisk resultat etter mars viser et positivt avvik i forhold til budsjett på om lag 5 millioner kroner.
- Antall brutto månedsverk er i april 17 576 og i gjennomsnitt hittil i 2014 er det 17 485 brutto månedsverk. Etter en økning i månedsverk i perioden januar til mars er antall brutto månedsverk i april samlet på samme nivå som i mars. Det er i gjennomsnitt for 2014 utført 459 flere månedsverk enn i samme periode 2013 og 70 flere enn budsjettet.
- Sykefraværet er til og med februar 2014 på 7,6 pst. Dette er 0,7 pst lavere enn i samme periode i 2013.

## 2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Administrerende direktør registrerer at den samlede aktiviteten hittil i 2014 ikke er som forventet innenfor somatikken. Dette er uheldig og medfører at sykehuset ikke leverer det omfanget av helsetjenester som var forutsatt i budsjettet. Lavere aktivitet enn budsjettet innenfor somatikken har også store konsekvenser for foretakets økonomiske resultat og er hovedårsaken til det negative økonomiske resultatavviket i klinikkene etter mars. Dette er ikke tilfredstillende og følges tett opp med aktuelle klinikker.

Budsjettet for 2014 forutsetter en økt aktivitet uten tilsvarende økning i ressursbruken i de somatiske klinikkene. Etter mars er status i flere av klinikkene at aktiviteten er lavere enn planlagt samtidig som bemanningen samlet sett er noe for høy i forhold til det som ble lagt til grunn i budsjettet. Særlig innleie av arbeidskraft har vært betydelig høyere enn forutsatt. Det vil derfor fortsatt være høyt fokus på stram bemanningsstyring i hele organisasjonen.

Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er aktiviteten fortsatt lavere enn budsjettet. Samlet vurderes imidlertid det polikliniske tilbudet å dekke etterspørselen i foretakets opptaksområde per i dag, da det ikke er ventetid ved poliklinikkene.

Administrerende direktør etablerte høsten 2012 en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset. Dette har gitt resultater, og gjennom det siste året har det vært en betydelig reduksjon av antall langtidsventende og fristbrudd. Omfanget av fristbrudd er imidlertid fortsatt for høyt. For å sikre en markant nedgang i antall fristbrudd og avvikling av langtidsventende i 2014 er det utarbeidet detaljerte klinikkvise planer. Videre er det satt i gang tiltak for å bedre utnyttelse av operasjonsstuekapasiteten og kapasiteten på poliklinikk da dette vurderes å være viktig både for å redusere ventetider og fristbrudd og for å gjennomføre den aktiviteten som var lagt til grunn i budsjettet for 2014.

### **3. Pasientbehandling**

#### **3.1. Aktivitet somatikk**

Innenfor somatikken har aktiviteten hittil i år vært noe lavere enn budsjettet. Per mars var antall rapporterte DRG-poeng 0,1 pst (om lag 55 DRG-poeng) under periodiserte måltall satt i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF. Internt avvik var etter mars om lag 1,4 pst som følge av at det er budsjettet med en noe høyere aktivitet internt enn det som følger av oppdragsdokumentet. Det er erfaringsmessig noe etterslep i registrering av medisinsk informasjon (diagnoser og prosedyrer) på rapporteringstidspunktet. Effekt av dette er estimert å utgjøre 200 DRG-poeng og er inkludert i rapportert aktivitet. Det er flere årsaker til aktivitetsavviket etter mars:

- Forsinkelser i levering av medisinskteknisk utstyr (MTU)
- Relativt mild vinter som har medført færre skader og akuttinnleggelser enn normalt (særlig innenfor ortopedi)
- Redusert pasienttilgang innen åpen hjertekirurgi og færre transplantasjoner enn i 2013
- Omlegging fra døgn- til dagbehandling innenfor Medisinsk klinikk (NSTEMI)
- Forsinkelser i gjennomføring av tiltak for økt aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag

Sammenlignet med de tre første månedene i 2013 viser interne beregninger at aktiviteten innenfor somatikken reelt sett er økt med om lag 5 pst. Dette må imidlertid vurderes på bakgrunn av at påsken i 2014 i sin helhet er i april, mens den i 2013 i hovedsak var i mars. I forbindelse med tertialrapporteringen vil det bli gjennomført en mer detaljert analyse av aktivitetsutvikling fra 2013 til 2014 per klinikk og avdeling.

Rapporterte aktivitetstall per mars 2014 er korrigert ned med 375 DRG-poeng knyttet til beregnet effekt av feil rapportering av flere konsultasjoner samme dag.

Under gis en kort beskrivelse av status i forhold til periodisert budsjett for hver av klinikkene:

Medisinsk klinikk har nærmere 3 pst lavere aktivitet enn budsjettet hittil i år. Avviket skyldes at det er gjennomført 1-2 trachostromier mindre enn budsjettet, omlegging av NSTEMI-sløyfe fra døgnbehandling til dagbehandling og færre øyeblikkelig-hjelp-innleggelses enn forutsatt i budsjettet.

Klinikk for kirurgi og nevrofag har en aktivitet som er 4 pst lavere enn budsjettet. Antall trachestomier hittil i år er på samme nivå som i 2013 og på samme nivå som budsjettet. Den relativt sett milde vinteren har medført færre skader enn normalt. Dette merkes på aktiviteten, og da særlig ved Ortopedisk avdeling. Øyeblikkelig-hjelp-aktiviteten var ganske lav i starten av mars, men er tilbake på normalnivå i siste halvdel av mars. Det er fortsatt noen av tiltakene som skulle medføre økning i aktivitet som er forsinket og dermed ikke har fått effekt ennå. Dette gjelder økning innen nevrokirurgi ved Ullevål (venter på medisinsk-teknisk utstyr), bedre utnyttelse av kapasiteten på Operasjonsgang 3 ved Rikshospitalet (ØNH og Plastikk-kirurgi) samt økt poliklinisk aktivitet generelt, og særlig ved Ortopedisk avdeling. Det forventes derfor en ytterligere økning på aktiviteten på disse områdene utover i 2014.

Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklinikken har hittil i år en aktivitet som er 1,8 pst høyere enn budsjettet. Det er variasjoner mellom avdelingene. Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Avdeling for revmatologi, hud og infeksjon samt Avdeling for blodsykdommer har alle aktivitet klart over plan, mens Avdeling for transplantasjonsmedisin og Avdeling for urologi har en aktivitet som er klart lavere enn planlagt hittil i 2014. Avviket er klart størst for Avdeling for transplantasjonsmedisin som akkumulert har et negativt avvik i forhold til budsjett på 17 pst (nærmere 400 DRG-poeng) og en tilsvarende reduksjon sammenliknet med samme periode i 2013. Reduksjonen i aktivitet for organtransplantasjoner skyldes lav tilgang på donorer så langt i 2014.

Kvinne- og barnekliviken har hittil i år 1 pst høyere aktivitet enn budsjettet. I dette inngår at antall fødsler er 5 pst flere enn budsjettet. Aktiviteten ved Avdeling for gynekologisk kreft og Nyfødtintensiv avdeling er vesentlig lavere enn budsjettet. Innenfor Avdeling for gynekologisk kreft er imidlertid aktiviteten økt siste måned.

Hjerte-, lunge- og karklinikken har om lag 5 pst lavere aktivitet enn budsjettet. Dette knyttes i hovedsak til Thoraxkirurgisk avdeling (TKA) og Kardiologisk avdeling. Ved TKA er hovedårsaken til redusert aktivitet en redusert pasienttilgang til åpen hjertekirurgi. Hittil i år er det gjennomført 5 hjertetransplantasjoner og 5 lungetransplantasjoner, og samlet er det utført 12 færre transplantasjoner enn i samme periode 2013. Ved Kardiologisk avdeling er det planlagt økning med to nye senger og reåpning av et laboratorium som ikke er gjennomført ennå. Økningen i antall senger er forsinket grunnet at leverandør ikke har kunnet levere bestilt telemetriutstyr og ved laboratoriet venter man også på annet medisinskteknisk utstyr.

Sykehusledelsen har igangsatt flere tiltak for å sikre et aktivitetsnivå som planlagt for 2014. De samme tiltakene skal også sikre markant nedgang i fristbrudd, avvikling av langtidsventende og en generell reduksjon i ventetid til vurdering, utredning og behandling. Dette inkluderer blant annet følgende:

- Tiltaksgruppe som gjennomgår avdelinger med utfordringer og analyserer hele driften ved disse. Gruppen rådgir klinikkleder om tiltak som må iverksettes og rapporterer i tillegg til administrerende direktør

- Kirurgisk driftsstyre og driftsråd ble etablert i 2013 og har fokus på det kirurgiske området for å bedre koordinering og ressursutnyttelse av operasjonsstuekapasiteten og postoperativ/intensivkapasiteten i helseforetaket
- Bedre ressursutnyttelse på poliklinikk med fokus på å få ned andel pasienter som ikke møter, gjennomgang av kontrollrutiner og bedret logistikk samt reduksjon av flaskehalser. Dette er et område som også er prioritert høyt av Helse Sør-Øst RHF.
- Bedret tilgang på styringsdata om aktivitet innenfor operasjon, sengeposter og poliklinikker.

### 3.2. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For *voksenpsykiatrien* er det hittil i år skrevet ut 79 flere pasienter (19,6 pst) enn plantall og antall liggedøgn har vært 7,8 pst (1 417 liggedøgn) høyere enn budsjettert. Sammenlignet med 2013 er antall utskrevne pasienter økt med 99 (25,8 pst), mens antall liggedøgn døgntilbud er redusert med 3 321. En stor del av reduksjonen knyttes til avvikling av kjøp av døgnplasser fra private fra 2. halvår 2013. Frem til dette tidspunktet kjøpte Oslo universitetssykehus HF døgnplasser fra Kirkens bymisjon. Bakgrunnen for at avtalen med Kirkens bymisjon ble sagt opp var at tilbudet ikke kunne defineres som et spesialisthelsetjenestetilbud. Pasientene som på avviklingstidspunktet bodde der, har i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen blitt overført til et bo- og omsorgstilbud i sin respektive bydel. Pasienter som har behov av spesialisthelsetjenestetilbud, mottar dette fra DPS'ene. Antall polikliniske konsultasjoner er 3,0 pst (633 konsultasjoner) høyere enn plantall.

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* er hittil i år 6,6 pst (831 konsultasjoner) høyere enn plantall. Sammenlignet med 2013 er antall polikliniske konsultasjoner økt med 1 615 (13,7 pst). Systematisk satsning på pasientflyt og stabil bemanning har hittil i år gitt gode resultater ved enkelte av enhetene. Det jobbes systematisk videre med dette innenfor Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Det er hittil i år skrevet ut 18 flere pasienter enn budsjettert og antall liggedøgn er 21 (1,9 pst) høyere enn budsjettert. Sammenlignet med samme periode i 2013 er det en økning i antall utskrevne pasienter på 23, mens antall liggedøgn er redusert med 252 (18 pst). Volumet er lite innenfor dette området, så små endringer mellom månedene kan gi store prosentvise avvik/endringer og må ikke tillegges for stor vekt.

Innenfor *TSB (tverrfaglig spesialisert rusbehandling)* er det hittil i år skrevet ut 35 færre pasienter (4,8 pst) fra døgnbehandling enn plantall. Sammenlignet med 2013 har det vært en økning i antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling på 2,1 pst (14 pasienter). For antall liggedøgn har det hittil i år vært et negativt avvik i forhold til budsjett på 14,4 pst (1 012 døgn). Avvikene for liggedøgn skyldes lavt belegg og få henvisninger særlig ved Seksjon ung. Antall polikliniske konsultasjoner er 9,9 pst (252 konsultasjoner) lavere enn budsjettert, hvilket er en reduksjon med 0,9 pst (20 konsultasjoner) fra samme periode i 2013. Avdelingen arbeider med ulike former for oppsøkende aktivitet for å fange opp unge pasienter med rusproblemer som ikke fanges opp og henvises til utredning og behandling av primærhelsetjenesten. Arbeidet med å rekruttere pasienter og nå ut til nye brukere som ikke selv oppsøker hjelp har vært høyt prioritert ved Avdeling rus- og avhengighetsbehandling. Formalisert samarbeid har kommet på plass med flere instanser, blant annet private tjenesteytere, annen offentlig spesialisthelsetjeneste og kommune. Medarbeidere ved Seksjon rus- og avhengighetsbehandling ung planlegger å være tilstede på de ulike arenaer der våre samarbeidspartnere møter unge rusavhengige. Mer individuelt

tilrettelagte og differensierte behandlingsforløp er målet for å legge tilrette for økt oppmøte i behandling og økt gjennomføring av planlagte behandling. Dette sammen med øvrige tiltak knyttet til pasientstrøm i hele avdelingen skal bidra til å lukke avvik rundt aktivitet for 2014.

Ved sammenligning av aktivitet med 2013, er det viktig å ta hensyn til at påsken i 2013 i hovedsak var i mars, mens den i 2014 i sin helhet er i april.

### **3.3. Ventelisteutvikling**

#### *Ventetid*

Administrerende direktør har en tett oppfølging av ventelister og fristbrudd i sykehuset.

Gjennomføringsprosjektet ble avsluttet våren 2013, og sluttrapport fra prosjektet ble presentert for styret (sak 27/2013) i april. Resultatene fra prosjektet viste en betydelig bedring i antall langtidsventende og generelt en bedring i andre styringsparametre. Prosjektet har videre bidratt til en markant bedring i kvaliteten på registrerte data i de pasientadministrative systemene gjennom en betydelig kompetanseheving i foretaket med fokus på lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og –system. Foretaket har nå på plass oppdaterte styrende dokumenter for hele henvisningsperioden og det pasientadministrative arbeidet, og det er økt fokus på elektroniske arbeidsprosesser. Pasienters rettigheter og interesser blir således bedre ivaretatt. Det er lagt ned et stort arbeid i klinikkene og avdelingene i forbindelse med Gjennomføringsprosjektet. Det gjenstår imidlertid fortsatt oppfølgingspunkter som det jobbes kontinuerlig med. Klinikklederne har ansvar for videre gjennomføring og oppfølging av egne avdelinger. Ansvaret for oppfølging på foretaksnivå er lagt til Stab medisin, helsefag og utvikling, og oppfølging inngår i administrerende direktørs ordinære oppfølgingsregime med klinikkene. I månedlig oppfølging av ventelister og fristbrudd inngår følgende parametre:

- Antall ventende
- Langtidsventende (12 måneder eller mer)
- Gjennomsnittlig ventetid til avvikling
- Gjennomsnittlig ventetid for ventende
- Fristbrudd
- Forløpstider for enkelte kreftforløp

#### *Antall ventende pasienter*

Antall ventende ved Oslo universitetssykehus HF er per utgangen av mars om lag 21.700, herav er antall som har ventet mer enn 1 år om lag 2.700 (dvs at langtidsventende utgjør om lag 12 pst av alle ventende). Gjennom det siste året har det vært en reduksjon både i totalt antall ventende og antall langtidsventende. Totalt antall ventende er redusert med omlag 6.100 fra mars 2013 til mars 2014. Inkludert i dette er en reduksjon i antall langtidsventende på om lag 2.900. Som en del av Gjennomføringsprosjektet ble det utført både maskinelle og manuelle rettinger av tidligere feilregistreringer mv slik at ventelistene nå viser et mer riktig bilde enn tidligere. I tillegg er kapasiteten økt innen noen fagområder samtidig som det i enkelte avdelinger fortsatt pågår et arbeid knyttet til rettinger og ajourføring av ventelister.

#### *Langtidsventende*

Som det fremkommer ovenfor har det vært en betydelig reduksjon i antall langtidsventende

ved Oslo universitetssykehus HF. Fra mars 2013 til mars 2014 er antall langtidsventende mer enn halvert (reduisert fra 5.600 til 2.700). De siste månedene har den største reduksjonen vært innenfor fagområdene ortopedi, plastikk-kirurgi og øyesykdommer. Det er særskilt oppfølging av de fagområder som fortsatt har langtidsventende (over 20). Det er utarbeidet periodiserte måltall for nedgang i antall langtidsventende for disse fagområdene, som reflekterer bl.a planlagt aktivitetsøkning og overføring av pasienter til andre foretak.

Sykehusets viktigste tiltak for å redusere antallet som venter lenge på behandling eller diagnostikk er:

- a) Øke aktiviteten, både operativ aktivitet og poliklinisk aktivitet. God utnyttelse av operasjonsstuene og god ressursutnyttelse på poliklinikk inngår i dette.
- b) Kartlegge hvilke pasienter som kommer inn på helseforetakets ventelister, for å sikre at pasienter som burde vært henvist til andre sykehus blir henvist til disse direkte uten å gå via Oslo universitetssykehus' ventelister. Dette gjøres primært ved at alle fagområder utarbeider tydelig, skriftlig og nettbasert informasjon om hvilke pasienter som bør henvises til Oslo universitetssykehus HF og hvilke som med fordel kan henvises til andre sykehus (offentlige eller private) eller private spesialister pga begrenset kapasitet ved Oslo universitetssykehus.

Innenfor ortopedi pågår det et samarbeidsprosjekt med Kontoret for fritt sykehusvalg, for å arbeide for overføring av langtidsventende til foretak som har ledig kapasitet innen dette fagområdet. Som en del av dette overføres det kompetanse fra kontoret for Fritt sykehusvalg til ansatte i helseforetaket, slik at man raskere kan henvise aktuelle pasientene videre. Det er videre etablert en samarbeidsavtale med Martina Hansens Hospital for å avlaste for kapasitetsproblemer innenfor ortopedi og nevrokirurgi. Avtalen omfatter inntil 600 pasienter for første halvår 2014 og overføring av pasienter er startet. Innenfor nevrokirurgi overføres også enkeltpasienter til vurdering og behandling ved St. Olavs hospital.

#### *Gjennomsnittlig ventetid til avvikling*

For 2014 er målet at gjennomsnittlig ventetid til helsehjelpen starter skal reduseres til 65 dager. Gjennomsnittlig ventetid (for pasienter både med og uten rett til prioritert helsehjelp) er i mars 85 dager og om lag på samme nivå som i samme periode 2013. Så lenge arbeidet med avvikling av langtidsventende pågår må man forvente at gjennomsnittlig ventetid til avvikling vil være høy og variere til dels betydelig fra periode til periode. Reduksjon i antall som har ventet mer enn 1 år er også knyttet til ikke-ordinær avvikling fra venteliste. Ikke-ordinære avviklinger påvirker ikke gjennomsnittlig ventetid til avvikling.

#### *Gjennomsnittlig ventetid for ventende*

Ventetid for de som venter på start helsehjelp følges også tett opp. Ved utgangen av mars 2014 er ventetid for alle ventende 189 dager, hvilket er en reduksjon på 24 pst fra samme periode i 2013 (248 dager i mars 2013). Det forventes ytterligere reduksjon i ventetid for ventende som resultat av at langtidsventende pasienter avvikles. Det er stor forskjell i ventetid for ventende med og uten rett til prioritert helsehjelp (81 dager for ventende med rett til prioritert helsehjelp og 271 dager for ventende uten rett til prioritert helsehjelp). Reduksjonen i ventetid for ventende pasienter gjelder i hovedsak for pasienter uten rett til prioritert helsehjelp.

Tiltak i arbeidet med å redusere ventetid til helsehjelpen starter er bedre planlegging av aktivitet i avdelingene og mer aktiv bruk av ventelistene i løpende planlegging av driften. I tillegg arbeides det med tiltak for å bedre kapasiteten innenfor enkelte fagområder, og fagområder med lang ventetid er prioritert i forbindelse med aktivitetsøkning for 2014 (konf over). Det regionale helseforetaket har dessuten nedsatt midlertidige fagråd/regionale prosjekt for ortopedi, nevrologi, øre-, nese- og halssykdommer, øyesykdommer og plastikk-kirurgi som bl.a. skal se på kapasitetsutnyttelsen i regionen. Dette er alle fagområder hvor Oslo universitetssykehus HF har lange ventelister.

Innenfor plastikk- kirurgi er foretaket tildelt ekstra midler til tiltak for å redusere ventelistene innenfor brystrekonstruksjon. Dette har hatt en svært god effekt på ventetiden for disse pasientene og arbeidet kontinuertes i 2014.

Generelt er det også et økt fokus på hvordan bedre samarbeid med andre foretak i regionen kan sikre at pasienter som nærmer seg fristbrudd og behovspasienter som har stått lenge på venteliste, kan få tilbud ved sykehus med ledig kapasitet. Inntil langtidsventende er avvirket, vil gjennomsnittlig ventetid for ventende være høy.

### **3.4. Fristbrudd**

For 2014 er målet at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Dette gjelder både for avviklede og ventende pasienter. For å få til dette følges sykehuset enheter opp på følgende indikatorer:

- Antall og andel fristbrudd for pasienter hvor utredning/behandling er påstartet eller avsluttet (igangsatt helsehjelp/avviklede pasienter)
- Antall og andel fristbrudd for pasienter som fortsatt venter
- Ventetid etter fristbrudd oppstår (Nytt for 2014)
- Fristbrudd som forfaller de neste månedene (Nytt for 2014)

Antall avviklede pasienter (pasienter som fikk helsehjelp påstartet) med fristbrudd var i mars 686 (14 pst av samlet antall pasienter med påstartet helsehjelp) mens antall fristbrudd av ventende pasienter ved utgangen av mars var 1.030 (11 pst). Fristbrudd for ventende pasienter er betydelig redusert gjennom det siste året. Nivået er imidlertid fortsatt for høyt, og det arbeides målrettet med en markant reduksjon av dette i 2014. De viktigste virkemidlene er å bedre forholdet mellom kapasitet og antallet pasienter som mottas på ventelister (jf omtale av langtidsventende), bedre systematikken rundt hvilke frister som settes, samt sikre kontinuerlig overvåking og oppfølging av ventelistene.

Det er variasjoner i antall fristbrudd mellom klinikker og fagområder. De fem fagområdene med flest fristbrudd ved utgangen av mars er ortopedi (253), nevrokirurgi (171), nevrologi (96), ØNH (86) og plastikk-kirurgi (72) – alle innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag. Innenfor nevrokirurgi knytter fristbruddene seg i hovedsak til nakkepasienter med rett til helsehjelp som venter på utredning. Det en økning i antall fristbrudd i mars etter at det i januar og februar ble gjennomført ekstra kveldspoliklinikker som gav midlertidig økt poliklinisk kapasitet. For å nå målsettingen om null fristbrudd er det utarbeidet avdelingsvise periodiserte måltall med tiltaksplaner, som innebærer reduksjon og krav om fjerning av fristbrudd gjennom 2014. Det er satt måltall for alle avdelinger/fagområder med mer enn 20 registrerte fristbrudd av ventende pasienter. Eksempler på tiltak innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag er:

- Økt utnyttelsesgrad ved poliklinikker på dagtid, inkludert benyttelse av ekstra rom
- Ekstra kveldspoliklinikker
- Økt legekapasitet innenfor nevrologi
- Økt operasjonskapasitet innen nevrokirurgi og ortopedi
- Bedre koordinering og ressursutnyttelse knyttet til operasjonskapasitet og postoperativ/intensiv-kapasitet
- Overføring av pasienter til andre helseforetak
- Bedre oppfølging av ventelister som inkluderer at pasientene får time før det oppstår fristbrudd
- Utvidet samarbeid mellom spesialiteter for pasienter med tverrfaglige problemstillinger (feks nakke og rygg)

### **3.5. Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført**

Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført var 5,5 dager i mars 2014, og 6,0 dager hittil i år. Resultat for samme periode i 2013 var 7,1 dager. Det gjøres oppmerksom på at det pasientadministrative system (PasDoc) for Oslo universitetssykehus HF ikke kan fremstille data som viser hvilke henvisninger som er viderehenvisninger fra andre sykehus, slik at sekundærhenviste pasienter inngår i rapporteringen. Videre er det slik at foretaket fortsatt har utfordringer med å få opplysninger om rettighetsvurderinger som er foretatt på andre sykehus ved viderehenvisning. Tiltak for å redusere vurderingstiden har inngått i Gjennomføringsprosjektet.

I forbindelse med innføringen av DIPS som PAS/EPJ ved Oslo universitetssykehus HF vil det også innføres et sentralt henvisningsmottak i foretaket. Dette vil sikre "en dør inn" for alle henvisninger og rask elektronisk videreformidling til aktuelle avdelinger. I tillegg vil dette tilrettelegge for at foretaket i fremtiden kan motta elektroniske henvisninger. Dette vil være viktige tiltak for å få vurderingstiden ytterligere ned.

### **3.6. Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Per dags dato har ikke Oslo universitetssykehus HF data på hvor stor andel pasienter som får tidspunkt for helsehjelp i samme brev som det gis informasjon om henvisningsvurderingen på grunn av begrensninger i det pasientadministrative systemet (PasDoc). Foretaket innfører DIPS som nytt felles PAS/EPJ i oktober 2014, og videreutvikling av PasDoc vil være svært begrenset i denne perioden. Rapportering av andel pasienter som får bekreftelse på mottatt henvisning og tidspunkt for time til helsehjelp i samme brev vil derfor ikke kunne gjøres før DIPS er tatt i bruk i hele helseforetaket.

I forbindelse med fokus på opplæring og kompetanseheving knyttet til henvisningshåndtering og ventelistedministrering i Gjennomføringsprosjektet, ble også målet om at pasienter skal få tidspunkt for helsehjelp sammen med informasjon om henvisningsvurderingen vektlagt. Etableringen av timebøker minst 12 måneder fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området.

### **3.7. Andel korridorpasienter**

For 2014 er målet at det ikke skal være korridorpasienter. Andelen korridorpasienter hittil i



år er 0,8 pst. Gjennomsnittlig andel korridorpasienter i samme periode 2013 var 1,0 pst.

Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget av korridorpasienter er bedre planlegging av utskrivning, tidligere legevisitter og dermed tidligere utskrivning av pasienter og bedre bruk av senger på tvers av de ulike sengepostene. Det er etablert rutiner for bestilling av transport for utskrivningsklare pasienter, slik at dette skal være garantert.

### **3.8. Utskrivningsklare pasienter**

#### *Somatikk*

Hittil i år er det rapportert 96 utskrivningsklare pasienter (222 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 0,2 pst. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor somatikken 0,5 pst.

#### *Psykisk helsevern for voksne*

Hittil i år er det rapportert 41 utskrivningsklare pasienter (848 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter er 5,4 pst. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern 5,6 pst.

#### *Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*

Hittil i år er det rapportert 11 utskrivningsklare pasienter (137 liggedøgn). Andelen liggedøgn for utskrivningsklar pasienter er 2,3 pst. For samme periode i 2013 var andelen liggedøgn for utskrivningsklare pasienter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2,8 pst.

Den 1. juli 2013 ble det åpnet 10 kommunale akutte døgnplasser (KAD) på Aker og antall senger ble fra september økt til 32.

## **4. Økonomi**

### **4.1. Resultat per mars**

Styret ved Oslo universitetssykehus HF har vedtatt et budsjett med et null-resultat i 2014. Konserninterne regler om periodisering innebærer at det for de enkelte månedene kan være budsjettert med et positivt eller negativt resultat, men altså slik at resultatet på årsbasis er lik null. Det periodiserte budsjettet som foretaket styrer etter er gjengitt i styresak 5/2014, tabell 3.

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter mars et regnskapsmessig overskudd på 72 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 67 millioner kroner, dvs et positivt avvik på 5 millioner kroner. Etter februar rapporterte Oslo universitetssykehus HF et negativt avvik i forhold til budsjett på 6 millioner kroner, slik at periodens resultat er bedret med 11 millioner kroner. I resultatet for mars inngår nærmere 18 millioner kroner i gevinst fra salg av eiendom (Montebello Terrasse 15). Uten denne engangsinntekten ville resultatet hittil i år vært tilsvarende svakere.

Pensjonskostnaden er bokført ut fra NRS-beregninger (aktuarberegninger) benyttet i budsjettet for 2014, og disse er ikke oppdatert med nye økonomiske forutsetninger gjeldende for 2014. Nye beregninger kan først legges til grunn i regnskapet når det foreligger nye beregninger for alle kassene, og for Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet (PKH) er det varslet at dette vil foreligge først senere i april.

Sum driftsinntekter viser et positivt avvik på 31 millioner kroner (0,6 pst). Øremerkede inntekter er 18 millioner kroner høyere enn budsjettet, og det positive avviket knyttet til sum driftsinntekter for ordinær drift er dermed om lag 13 millioner kroner. Avvikene på driftsinntekter for ordinær drift omfatter følgende:

- Gevinst fra salg av eiendom med 18 millioner kroner
- Refusjon for å finansiere Ipilimumab (kreftlegemiddel til behandling av pasienter med føflekkreft) med 6 millioner kroner
- Refusjon for utleie av personell til DIPS-innføringsprosjektet mv er 13 millioner kroner høyere enn budsjettet
- Lavere inntekter som følge av lavere aktivitet innenfor somatikken enn interne måltall så langt i 2014

Sum driftskostnader viser en merkostnad i forhold til budsjett på 35 millioner kroner, hvorav 18 millioner kroner relateres til prosjekter med øremerket finansiering. Det er relativt store avvik innenfor innleie av arbeidskraft og kjøp av kreftlegemidlet Ipilimumab (jf omtale av inntektssiden ovenfor). Netto finans (inklusive resultater fra datterselskaper) bidrar positivt med nærmere 9 millioner kroner som følge av at rentekostnadene er lavere enn budsjettet og større inntekt fra Sophies Minde AS enn budsjettet.

#### Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

I tabellen under omtales avvik i forhold til budsjett etter mars for ulike inntekts- og kostnadstyper:

| Kostnad / inntekt           | Per mars 2014    |                  |                | Kommentarer   |
|-----------------------------|------------------|------------------|----------------|---|
|                             | Faktisk          | Budsjett         | Avvik          |   |
| Basisramme                  | 2 875 492        | 2 875 492        | 0              | Basisramme er inntektsført som budsjett.  |
| Aktivitetsbaserte inntekter | 1 857 788        | 1 862 840        | -5 052         | Aktivitetsbaserte inntekter er 5 mnok lavere enn budsjettet, mens ISF-inntekter er omlag som budsjettet. Inntekt knyttet til budsjettet meraktivitet er budsjettet under Andre inntekter med omlag 5 mnok per måned. Estimert tap knyttet til avregningsutvalgets sak ang. flere konsultasjoner samme dag, inngår i resultatet med om lag 7,6 mnok. Inntekt knyttet til konserninterne gjestepasienter er noe høyere enn budsjettet, mens inntekter knyttet til pasienter fra andre regioner er tilsvarende lavere. |
| Andre inntekter             | 496 569          | 460 296          | 36 272         | Refusjon for legemiddelet Ipilimumab med 6 mnok, refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet mv med om lag 13 mnok (gir tilsvarende økt lønnskostnad), høyere inntekt fra øremerkede aktiviteter og gevinst ved salg av eiendom med 18 mnok, bidrar til positivt avvik. Lavere aktivitet enn budsjettet (inntekt for budsjettet meraktivitet er budsjettet under andre inntekter), bidrar negativt. I tillegg er det flere små negative og positive avvik, som samlet gir en merinntekt på 36 mnok.                    |
| <b>Sum driftsinntekter</b>  | <b>5 229 849</b> | <b>5 198 628</b> | <b>31 221</b>  |   |
| Lønn- og innleiekostnader   | 3 583 311        | 3 566 544        | -16 767        | For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 16 mnok (tilsvarende 0,5 %). Innleiekostnadene er om lag 25 mnok høyere enn budsjettet og også høyere enn på samme tid i fjor. Lønn til fast ansatte og refusjoner har et positivt avvik og bidrar til å redusere merforbruket.   |
| Varekostnader               | 660 443          | 649 822          | -10 622        | Varekostnadene er 10,6 mnok høyere enn budsjettet. I bokførte varekostnader inngår kostnader til behandling av pasienter med føflekkreft med legemiddelet Ipilimumab med omlag 6 mnok. Dette er kostnader som refunderes fra Helse Sør-Øst RHF (merinntekt inngår i andre driftsinntekter). Kjøp av konserninterne helsetjenester er noe høyere enn budsjettet (5 mnok) og avviket er størst innen VOP og TSB.  |
| Andre driftskostnader       | 915 084          | 907 395          | -7 688         | Avskrivningene er noe høyere enn budsjettet (1,7 mnok). Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse. Utover dette er det små avvik på flere poster som gir en total merkostnad på 7,6 mnok.  |
| <b>Sum driftskostnader</b>  | <b>5 158 838</b> | <b>5 123 760</b> | <b>-35 077</b> |   |
| <b>Driftsresultat</b>       | <b>71 011</b>    | <b>74 867</b>    | <b>-3 856</b>  |   |
| Netto finans                | 741              | -8 158           | -8 899         | Avviket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettet (3,9 mnok) og positivt bidrag fra datterselskapene (4,5 mnok).   |
| <b>Resultat</b>             | <b>-71 752</b>   | <b>-66 709</b>   | <b>5 043</b>   |   |

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

#### **4.2. Avkastning for pensjonsmidler**

Investering av pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus HF ble behandlet i styresak 131/2011. Det ble her fattet vedtak om halvårlig rapportering til styret:

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

For året 2013 rapporteres følgende avkastning:

- Statens pensjonsfond utland: 25,1 pst i norske kroner (6,7 pst i 2012) (15,9 pst i internasjonal valuta)
- Kommunal landspensjonskasse: 6,7 pst (6,7 pst i 2012)
- Oslo pensjonsforsikring AS: 8,8 pst (8,6 pst i 2012)

Avkastningen i Statens pensjonsfond utland skyldes en sterk vekst i aksjemarkedene. I tillegg svekket kronekursen seg mot flere av valutaene som fondet investeres og det økte avkastningen målt i norske kroner ytterligere. Faktisk avkastning for alle pensjonsmidlene til Oslo universitetssykehus HF i Statens pensjonskasse (norske statsobligasjoner og andel i Statens pensjonsfond utland) foreligger først senere i år.

Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet overtok medlemmer fra blant andre Kommunal landspensjonskasse fra 1. januar 2013 og avkastningen for pensjonskassen rapporteres neste år.

#### **4.3. Gjennomføring av tiltak 2014**

Klinikkene jobber kontinuerlig med å finne områder som kan bedre driften. Som en del av budsjettinnmeldingen for 2014 rapporterte klinikkene inn noen områder med spesiell innsats/tiltak. Gjennomføringen av innmeldte tiltak rapporteres og følges opp månedlig. Det kan være vanskelig å beregne effekten av enkelte av tiltakene dersom de eksempelvis ikke går på reduksjon i antall stillinger eller det er lett identifiserbare kostnader som tas ut, men er koblet til endring i aktivitet eller marginal endring i kostnader. Rapporteringen gir likevel en god indikasjon om status for gjennomføringen av planlagte endringer.

For mars isolert rapporterer klinikkene at det er gjennomført tiltak for nærmere 14 millioner kroner. Hittil i år rapporteres en akkumulert effekt av tiltak på 39 millioner kroner mot budsjettet 61 millioner kroner. Gjennomføringsprosenten er økt fra 62 pst etter februar til 63 pst etter mars.

Noe av avviket skyldes at klinikkene har periodisert effekten av tiltakene flatt for alle 12 måneder i budsjettet selv om enkelte tiltak var planlagt å først gi en effekt etter februar. De fleste klinikkene har likevel enkelte tiltak som er forsinket (bl.a grunnet forsinket levering av utstyr). Klinikkene blir fulgt opp på gjennomføring av de forsinkede tiltakene.

#### **4.4. Investeringer**

*Investeringer til videreføring av drift*

Ved utgangen av mars var det regnskapsført investeringer for 194 millioner kroner, mot

budsjettet 320 millioner kroner. Avviket forklares med forsinket gjennomføring av prosjekter og at det tar tid fra en anskaffelse besluttes og til medisinsk-teknisk utstyr er levert. Avviket er noe større enn det var ved utgangen av februar.

Anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr ved sammenbrudd gjøres fortløpende og det er ved utgangen av mars gjort vedtak om anskaffelser for om lag 90 millioner kroner. Årsbudsjettet til sammenbrudd av medisinsk-teknisk utstyr er om lag 100 millioner kroner.

#### *Omstillingsinvesteringer*

Totalt budsjett (for årene 2011-2015) for omstillingsinvesteringer er 1 575 millioner kroner (2012-kroner), inklusive investeringer knyttet til samhandlingsarena Aker. Ved utgangen av mars var det fattet vedtak om gjennomføring av omstillingsprosjekter for om lag 1 200 millioner kroner. I tillegg er det satt i gang flere utredninger av delprosjekter som det foreløpig ikke er anslått en kostnadsramme for. Dette gjelder spesielt to store virksomhetsendringer, samling av døgnvirksomhet innen karkirurgi ved Rikshospitalet og etablering/samling av virksomhet knyttet til brystsenter ved Radiumhospitalet. I tillegg er det planlagt overflytting av urologisk døgnvirksomhet fra Aker til Ullevål, hvor operativ og postoperativ kapasitet vil dekkes gjennom nytt Akuttbyggprosjektet (etablering av nye operasjonsstuer og ombygging av tidligere intensivavdeling), mens forprosjekt for sengekapasitet vil påstartes om kort tid.

#### **4.5. Likviditet**

Periodisert kontantstrømsbudsjettet for 2014 ble lagt frem for styret i sak 5/2014. Gjennom 2014 er det budsjettet med en svekkelse av likviditeten på om lag 84 millioner kroner (i hovedsak knyttet til forskjell mellom pensjonspremie og –kostnad).

Ved utgangen av mars var benyttet driftskreditt om lag 2 680 millioner kroner mot budsjettet om lag 2 440 millioner kroner, dvs 240 millioner kroner høyere enn budsjettet. Dette er en netto reduksjon som i hovedsak skyldes endringer i arbeidskapitalen (omløpsmidler og kortsiktig gjeld). Foreløpig er estimert likviditetsbeholdning ved utgangen av 2014 forverret med om lag 40 millioner kroner, i hovedsak som følge av en anslått økning av investeringsoverheng fra 2013. Det estimerte likviditetsbehovet er innenfor bevilget driftskredittramme.

### **5. Bemanning og sykefravær**

#### **5.1 Utvikling månedsverk**

Antall brutto månedsverk er uendret på sykehusnivå fra mars til april. I april er antall brutto månedsverk 17 576 og hittil i år er gjennomsnittlig antall brutto månedsverk 17 485. Dette er 459 flere enn i samme periode i 2013. Deler av økningen fra 2013 er knyttet til økt inntak til videreutdanning av spesialsykepleiere, samtidig som nye deltakere på videreutdanningen fra og med 2014 får lønn som genererer årsverk, mot tidligere stipend som ikke gav årsverk. Dette bidrar til en økning i registrerte årsverk på om lag 60 månedsverk. Videre er det frikjøpt om lag 20 flere månedsverk knyttet til DIPS-prosjektet hittil i år enn i samme periode i 2013. Hittil i år er det i gjennomsnitt frikjøpt om lag 57 månedsverk knyttet til DIPS.

Årsverk med ekstern finansiering inngår i brutto månedsverk med 1 147 hittil i år. Dette er en reduksjon på 20 fra samme periode i 2013.

Beregnet antall årsverk knyttet til innleie av helsepersonell utgjør hittil i år om lag 165, hvilket er en økning på 41 fra 2013.

## **5.2 Sykefravær**

Per februar 2014 er sykefraværet 7,6 pst, fordelt på 2,7 pst korttidsfravær og 4,9 pst langtidsfravær. Det totale sykefraværet er 0,7 prosentpoeng lavere enn på samme tidspunkt i 2013. Januar og februar er normalt måneder med et høyt sesongbasert fravær, et utslag man foreløpig ikke har fått i år.

# Styresak 22/2014 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF  
OUS HF

Månedsrappport mars 2014 (bemanning per april)

# Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

## 1 Innhold i tabellvedlegg

### 2 Pasientbehandling

2.1 Aktivitet

2.2 Ventelisteutvikling

2.3 Fristbrudd avviklede og ventende

### 3 Økonomi og finans

3.1 Økonomisk resultat

3.2 Kommentarer til avvik per ØBAK-linje

3.3 Økonomisk resultat - per klinikk

3.4 Kommentarer til klinikkens avvik

3.5 Avvik og endring hovedkostnadsgrupper

3.6 Tiltaksrapportering

3.7 Likviditet

## 4 Bemanning

4.1 Bemanningsutvikling

4.2 Bemanningsindikatorer, inkl. innleie fra vikarbyrå

4.3 Brutto månedsværk (eks. e.f.) på Stillingsgrupper

4.4 Bemanningsutvikling per klinikk

4.5 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær

4.6 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

## Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

|           |   |
|-----------|---|
| PHA       | Klinikk psykisk helse og avhengighet        |
| MED       | Medisinsk klinikk                           |
| KKN       | Klinikk for kirurgi og nevrofag             |
| KVB       | Kvinne- og barneklubben                     |
| KKT       | Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben |
| HLK       | Hjerte-, lunge- og karklubben               |
| AKU       | Akuttklubben                                |
| KDI       | Klinikk for diagnostikk og intervensjon     |
| KRG       | Kreftregisteret                             |
| OSS       | Oslo sykehusservice                         |
| STA       | Direktørens stab                            |
| FPO (SPO) | Fellesposter                                |
| Konsern   | Datterselskap                               |
| OUS       | Oslo universitetssykehus HF                 |

## Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

## 2.1 Aktivitet somatikk

| RAPPORTERINGSPERIODE: MARS                  | BUDSJETT       | Denne periode |                  | HITIL I ÅR   |                  | SAMMENLIGNING<br>2013<br>(aktivitet utført i<br>OUS) |              |
|---|----------------|---------------|------------------|--------------|------------------|--|--------------|
|   |                | 2014          | Avvik            | Avvik i %    | Avvik            | Avvik i %  | Endring      |
| <b>Klinikk</b>                              | <b>2014</b>    | <b>Avvik</b>  | <b>Avvik i %</b> | <b>Avvik</b> | <b>Avvik i %</b> | <b>Endring</b>                                       | <b>i %</b>   |
| Medisinsk klinikk                           | 26 817         | -41           | -1,7 %           | -225         | -3,2 %           | 275  | 4,3 %        |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag             | 63 600         | -279          | -4,7 %           | -677         | -4,0 %           | 940  | 6,4 %        |
| Kvinne- og barneklubben                     | 36 952         | -75           | -2,3 %           | 125          | 1,3 %            | 844  | 9,7 %        |
| Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben | 58 803         | -9            | -0,2 %           | 265          | 1,8 %            | 817  | 5,6 %        |
| Hjerte-, lunge- og karklubben               | 32 547         | -104          | -3,6 %           | -470         | -5,5 %           | -240   | -2,9 %       |
| Akuttklubben                                | 4 717          | -169          | -44,1 %          | -258         | -24,9 %          | -132   | -14,5 %      |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon     | 151            | -3            | -21,4 %          | 4            | 9,8 %            | 6  | 13,9 %       |
| Estimert etterregistrering                  |                | 200           |                  | 200          |                  | 200  |              |
| <b>Sum interne måltall</b>                  | <b>223 713</b> | <b>-332</b>   | <b>-1,6 %</b>    | <b>-805</b>  | <b>-1,4 %</b>    | <b>2 699</b>   | <b>5,0 %</b> |
| <b>Måltall HSØ</b>                          | <b>220 825</b> | <b>-71</b>    | <b>-0,4 %</b>    | <b>-55</b>   | <b>-0,1 %</b>    |  |              |

### Kommentarer:

Helsedirektoratet har varslet at det er en feil i DRG 802 U (gjelder bruk av medikamentet Eylea ved Øyeavdelingen) som vil bli rettet før endelig rapportering av 1. tertial. Det er justert for dette i rapporteringen ut fra estimat fra KKN.

Sammenligning med 2013: 2013 fremstilt med 2014-logikk og vektorer.

Sammenligning av aktivitet hittil i år med hittil i fjor må vurderes på bakgrunn av at påsken i 2013 i hovedsak var i mars, mens den i 2014 i sin helhet er i april.



## 2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

| Rapporteringsperiode: Mars                        | Denne periode |          |      |          | Hittil i år |          |        |         | 2014 mot 2013 |          |         |         |
|---|---------------|----------|------|----------|-------------|----------|--------|---------|---------------|----------|---------|---------|
| Oslo universitetssykehus HF                       | Resultat      | Budsjett | Awik | %        | Resultat    | Budsjett | Awik   | %       | HiÅ 2014      | HiÅ 2013 | Endring | %       |
| <b>Psykisk helsevern - voksen</b>                 |               |          |      |          |             |          |        |         |               |          |         |         |
| Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling | 191           | 135      | 56   | 41,5 %   | 482         | 403      | 79     | 19,6 %  | 482           | 383      | 99      | 25,8 %  |
| Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling           | 6 555         | 6 244    | 311  | 5,0 %    | 19 503      | 18 086   | 1 417  | 7,8 %   | 19 503        | 22 824   | -3 321  | -14,6 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling                | 0             | 4        | -4   | -100,0 % | 30          | 12       | 18     | 150,0 % | 30            | 105      | -75     | -71,4 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner                | 7 498         | 7 264    | 234  | 3,2 %    | 21 912      | 21 279   | 633    | 3,0 %   | 21 912        | 20 391   | 1 521   | 7,5 %   |
| <b>Psykisk helsevern - barn og unge</b>           |               |          |      |          |             |          |        |         |               |          |         |         |
| Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling | 14            | 7        | 7    | 100,0 %  | 38          | 20       | 18     | 90,0 %  | 38            | 15       | 23      | 153,3 % |
| Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling           | 472           | 385      | 87   | 22,6 %   | 1 149       | 1 128    | 21     | 1,9 %   | 1 149         | 1 401    | -252    | -18,0 % |
| Antall oppholdsdager dagbehandling                | 286           | 283      | 3    | 1,1 %    | 789         | 840      | -51    | -6,1 %  | 789           | 795      | -6      | -0,8 %  |
| Antall polikliniske konsultasjoner                | 4 700         | 4 721    | -21  | -0,4 %   | 13 429      | 12 598   | 831    | 6,6 %   | 13 429        | 11 814   | 1 615   | 13,7 %  |
| <b>TSB</b>  |               |          |      |          |             |          |        |         |               |          |         |         |
| Antall utskrevne pasienter døgntilleggsbehandling | 230           | 242      | -12  | -5,0 %   | 689         | 724      | -35    | -4,8 %  | 689           | 675      | 14      | 2,1 %   |
| Antall liggedøgn døgntilleggsbehandling           | 2 068         | 2 354    | -286 | -12,1 %  | 5 994       | 7 006    | -1 012 | -14,4 % | 5 994         | 5 942    | 52      | 0,9 %   |
| Antall oppholdsdager dagbehandling                | 40            | 52       | -12  | -23,1 %  | 88          | 135      | -47    | -34,8 % | 88            | 160      | -72     | -45,0 % |
| Antall polikliniske konsultasjoner                | 762           | 830      | -68  | -8,2 %   | 2 298       | 2 550    | -252   | -9,9 %  | 2 298         | 2 318    | -20     | -0,9 %  |

## 2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

| Modaliet | 2013 mar |       | 2014 mar |       | HiÅ 2013 |       | HiÅ 2014 |       | %vis endring<br>2013-2014 mar |         | %vis endring<br>2013-2014 HiÅ |         |
|----------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|-------------------------------|---------|-------------------------------|---------|
|          | H        | TS    | H        | TS    | H        | TS    | H        | TS    | H                             | TS      | H                             | TS      |
| Angio    | 232      | 4     | 305      | 3     | 747      | 9     | 834      | 13    | 31,5 %                        | -25,0 % | 11,6 %                        | 44,4 %  |
| CT       | 4 363    | 1 021 | 5 040    | 1 324 | 13 579   | 3 430 | 14 627   | 3 936 | 15,5 %                        | 29,7 %  | 7,7 %                         | 14,8 %  |
| MG       | 590      | 11    | 631      | 5     | 2 210    | 32    | 1 952    | 22    | 6,9 %                         | -54,5 % | -11,7 %                       | -31,3 % |
| MR       | 2 098    | 750   | 2 861    | 857   | 6 758    | 2 374 | 8 120    | 2 573 | 36,4 %                        | 14,3 %  | 20,2 %                        | 8,4 %   |
| NM       | 564      | 18    | 650      | 37    | 2 044    | 58    | 1 939    | 83    | 15,2 %                        | 105,6 % | -5,1 %                        | 43,1 %  |
| PET      | 231      | 7     | 277      | 29    | 752      | 22    | 805      | 47    | 19,9 %                        | 314,3 % | 7,0 %                         | 113,6 % |
| RG       | 14 087   | 277   | 14 707   | 266   | 42 919   | 859   | 42 070   | 836   | 4,4 %                         | -4,0 %  | -2,0 %                        | -2,7 %  |
| Ukjent   | 11       | -     | 6        | -     | 30       | -     | 13       | -     | -45,5 %                       | -       | -56,7 %                       | -       |
| UL       | 3 155    | 68    | 3 464    | 92    | 9 461    | 265   | 10 212   | 265   | 9,8 %                         | 35,3 %  | 7,9 %                         | 0,0 %   |

H = henvisninger

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

TS = tilsendte

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

## 2.1 Aktivitet radiologi per modalitet og klinikk

| Mars  |           | Bruk av radiologi 2014 |     | HiÅ 2013 |       | HiÅ 2014 |       | Δ 2014/2013 |     |
|-------|-----------|------------------------|-----|----------|-------|----------|-------|-------------|-----|
| Enhet | Indikator | mar                    |     | pr. mar  |       | pr. mar  |       | pr. mar     |     |
|       |           | H                      | TS  | H        | TS    | H        | TS    | H           | TS  |
| PHA   | CT        | 10                     | -   | 22       | -     | 28       | -     | 6           | -   |
|       | MR        | 38                     | -   | 86       | -     | 155      | -     | 69          | -   |
|       | RG        | 13                     | -   | 24       | -     | 39       | -     | 15          | -   |
| MED   | CT        | 705                    | 71  | 1 787    | 271   | 2 023    | 252   | 236         | -19 |
|       | MR        | 270                    | 20  | 668      | 69    | 757      | 56    | 89          | -13 |
|       | RG        | 1 622                  | 14  | 4 170    | 60    | 4 464    | 46    | 294         | -14 |
| KKN   | CT        | 1 338                  | 274 | 3 768    | 577   | 3 889    | 727   | 121         | 150 |
|       | MR        | 1 092                  | 303 | 2 473    | 863   | 3 085    | 873   | 612         | 10  |
|       | RG        | 6 543                  | 80  | 19 539   | 304   | 18 693   | 240   | -846        | -64 |
| KVB   | CT        | 211                    | 149 | 545      | 296   | 585      | 413   | 40          | 117 |
|       | MR        | 237                    | 68  | 633      | 214   | 707      | 237   | 74          | 23  |
|       | RG        | 945                    | 25  | 2 727    | 88    | 2 618    | 87    | -109        | -1  |
| KKT   | CT        | 1 533                  | 687 | 3 687    | 1 796 | 4 460    | 2 126 | 773         | 330 |
|       | MR        | 810                    | 442 | 2 047    | 1 001 | 2 327    | 1 317 | 280         | 316 |
|       | RG        | 1 631                  | 130 | 4 369    | 325   | 4 754    | 409   | 385         | 84  |
| HLK   | CT        | 325                    | 103 | 942      | 310   | 1 010    | 283   | 68          | -27 |
|       | MR        | 99                     | 14  | 249      | 30    | 265      | 47    | 16          | 17  |
|       | RG        | 2 138                  | 8   | 5 979    | 47    | 5 954    | 20    | -25         | -27 |
| AKU   | CT        | 790                    | 26  | 2 309    | 19    | 2 252    | 82    | -57         | 63  |
|       | MR        | 55                     | -   | 148      | 2     | 152      | 2     | 4           | -   |
|       | RG        | 1 533                  | 2   | 4 863    | 7     | 4 635    | 5     | -228        | -2  |
| KDI   | CT        | 6                      | 3   | 21       | 7     | 16       | 9     | -5          | 2   |
|       | MR        | 133                    | 2   | 156      | 16    | 355      | 12    | 199         | -4  |
|       | RG        | 15                     | -   | 126      | 4     | 54       | 4     | -72         | -   |

H = henvisninger

TS = tilsendte

RG = konvensjonell røntgen

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

Aktivitet på radiologi knyttes til fagansvar og ikke stedansvar

## 2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

| Aktivitetsdataberapport for 2014      |               |             |            |                            |                                | Oslo sykehuservice |               |   |   |
|---------------------------------------|---------------|-------------|------------|----------------------------|--------------------------------|--------------------|---------------|---|---|
| Aktivitet i Oslo sykehuservice        | Måleenhet     | mars i fjor | mars i år  | Endring mars 2014 mot 2013 | Endring mars 2014 mot 2013 i % | Per mars 2013      | Per mars 2014 | Endring hittil i 2014 mot hittil i 2013 | Endring hittil i 2014 mot hittil i 2013 i % |
| Kostnader pr. liggedøgn               | Kr            | 3 833       | 3 633      | -200                       | -5,2 %                         | 3 838              | 3 860         | 22                                      | 0,6 %                                       |
| Kostnader pr. liggedøgn m/dagbeh.     | Kr            | 3 377       | 2 805      | -572                       | -16,9 %                        | 3 347              | 3 156         | -191                                    | -5,7 %                                      |
| Arealer                               | Kvm           | 1 003 755   | 1 003 755  | -                          | 0,0 %                          | 1 004 144          | 1 006 270     | 2 126                                   | 0,2 %                                       |
| Forbruk av energi                     | KWH           | 31 850 000  | 30 910 000 | -940 000                   | -3,0 %                         | 92 200 000         | 91 320 000    | -880 000                                | -1,0 %                                      |
| Forbruk av tekstiler                  | Tonn          | 268         | 291        | 23                         | 8,6 %                          | 884                | 830           | -54                                     | -6,1 %                                      |
| Middager                              | Antall        | 71 818      | 73 598     | 1 780                      | 2,5 %                          | 189 848            | 188 833       | -1 015                                  | -0,5 %                                      |
| Sengevask/reing                       | Antall        | 10 295      | 12 679     | 2 384                      | 23,2 %                         | 33 969             | 37 116        | 3 147                                   | 9,3 %                                       |
| Hotellbelegg Pasienthotellet          | %             | 78,7 %      | ikke klart | -                          | -                              | 83,1 %             | -             | -                                       | -   |
| Hotellbelegg Sykehotellene            | %             | 74,0 %      | ikke klart | -                          | -                              | 75,0 %             | -             | -                                       | -   |
| Portøroppdrag                         | Antall        | 38 267      | 43 630     | 5 363                      | 14,0 %                         | 120 765            | 125 547       | 4 782                                   | 4,0 %                                       |
| Faktura forfall u.anvisning           | %             | 16,0 %      | 22,0 %     | 6,0 %                      | 37,5 %                         | 17,3 %             | 23,4 %        | 6,0 %                                   | 34,9 %                                      |
| Antall bur i forskningsprosjekter/uke | Antall -snitt | 2 573       | 2 618      | 45                         | 1,7 %                          | 2 416              | 2 610         | 194                                     | 8,0 %                                       |
| Antall søknader BHM                   | Antall        | 284         | 327        | 43                         | 15,1 %                         | 823                | 827           | 4                                       | 0,5 %                                       |
| Pasienttilstrømming                   | Antall        | 89          | 115        | 26                         | 29,2 %                         | 259                | 229           | -30                                     | -11,6 %                                     |
| Utlån MTU                             | Antall        | 279         | 355        | 76                         | 27,2 %                         | 859                | 906           | 47                                      | 5,5 %                                       |
| <b>OUS aktivitetsdata</b>             |               |             |            |                            |                                |                    |               |   |   |
| Opphold dgr dagbehandling             | Antall        | 5 434       | 6 763      | 1 329                      | 24,5 %                         | 17 720             | 19 996        | 2 276                                   | 12,8 %                                      |
| Liggedøgn somatikk                    | Antall        | 39 933      | 43 186     | 3 253                      | 8,1 %                          | 120 941            | 122 940       | 1 999                                   | 1,7 %                                       |

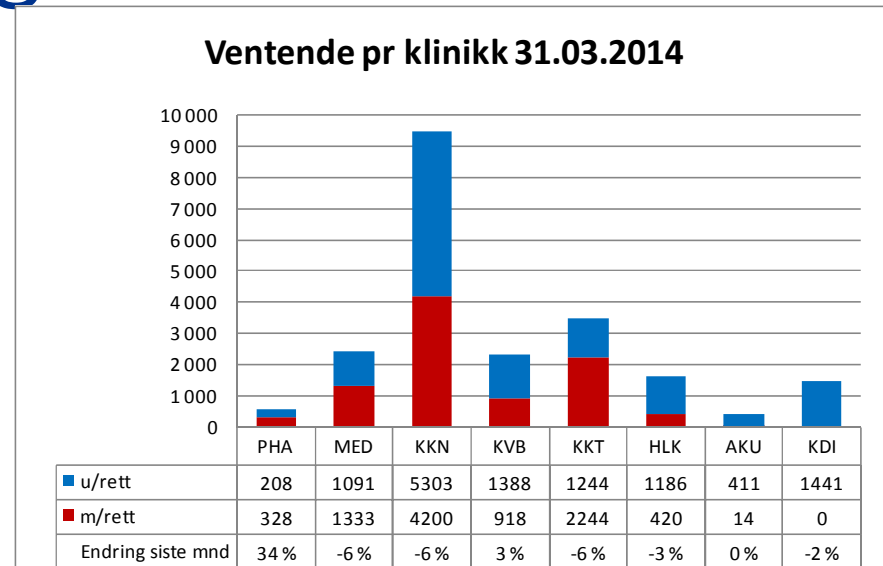
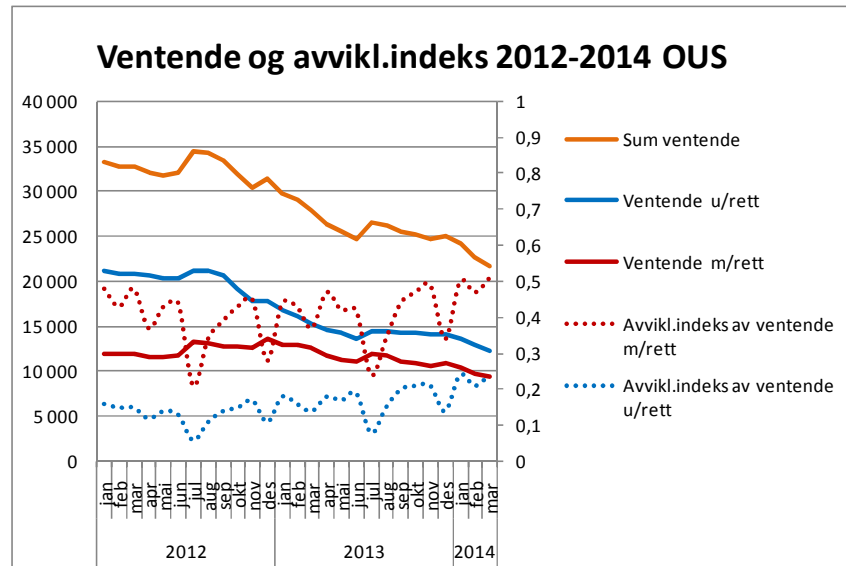
Data fra Hotellene er ikke inkludert

## 2.1 Aktivitet PO/Intensiv Akuttklinikken

| Klinikk | Aktivitet                        | Mars 2014  | Akkumulert aktivitet Mars 2014 | Mars 2013  | Akkumulert aktivitet Mars 2013 | Akkumulert endring 2013-2014 | Endring 2013-2014 i % |
|---------|----------------------------------|------------|--------------------------------|------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------|
|         | Antall intensivpasienter         | 278        | 750                            | 256        | 805                            | -55                          | -6,8 %                |
|         | Antall intensivdøgn              | 1 149      | 3 355                          | 1 143      | 3 471                          | -116                         | -3,3 %                |
|         | <b>Antall respiratordøgn:</b>    |            |                                |            |                                |                              |                       |
|         | PO, Aker                         | 1          | 3                              | 6          | 8                              | -5                           | -62,5 %               |
|         | Generell Intensiv UL             | 181        | 444                            | 129        | 413                            | 31                           | 7,5 %                 |
|         | Nevrointensiv, Ullevål           | 100        | 224                            | 93         | 287                            | -63                          | -22,0 %               |
|         | Generell int 1, RH               | 190        | 592                            | 237        | 668                            | -76                          | -11,4 %               |
|         | Barneintensiv, RH                | 65         | 256                            | 58         | 224                            | 32                           | 14,3 %                |
|         | Generell int 2, RH               | 79         | 297                            | 110        | 337                            | -40                          | -11,9 %               |
|         | PO, RH                           | 0          | -                              | -8         | -                              | 0                            |                       |
|         | PO, Ullevål                      | 18         | 44                             | 10         | 33                             | 11                           | 33,3 %                |
|         | <b>SUM Antall respiratordøgn</b> | <b>634</b> | <b>1 860</b>                   | <b>635</b> | <b>1 970</b>                   | <b>-110</b>                  | <b>-5,6 %</b>         |

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

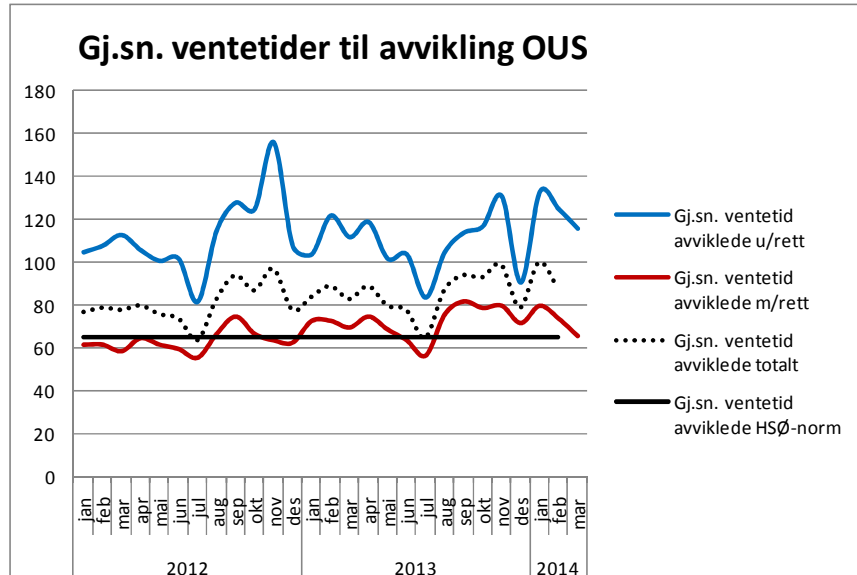
## 2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



| Sum ventende         | 2013          |               |               |               | 2014          |               |               |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                      | jan           | feb           | mar           | apr           | jan           | feb           | mar           |
| PHA                  | 379           | 424           | 491           | 484           | 382           | 400           | 536           |
| MED                  | 2 946         | 2 927         | 2 947         | 2 917         | 2 782         | 2 591         | 2 424         |
| KKN                  | 15 351        | 15 008        | 15 121        | 14 030        | 11 058        | 10 150        | 9 503         |
| KVB                  | 2 277         | 2 238         | 2 431         | 2 365         | 2 253         | 2 235         | 2 306         |
| KKT                  | 3 618         | 3 520         | 3 559         | 3 450         | 3 884         | 3 716         | 3 488         |
| HLK                  | 2 685         | 2 533         | 2 404         | 2 282         | 1 870         | 1 658         | 1 606         |
| AKU                  | 182           | 165           | 172           | 163           | 408           | 423           | 425           |
| KDI                  | 622           | 586           | 720           | 636           | 1 386         | 1 464         | 1 441         |
| <b>Sum klinikker</b> | <b>28 060</b> | <b>27 401</b> | <b>27 845</b> | <b>26 327</b> | <b>24 023</b> | <b>22 637</b> | <b>21 729</b> |
| <b>Diff vs. 2013</b> |               |               |               |               | <b>-4 037</b> | <b>-4 764</b> | <b>-6 116</b> |
| <b>Diff %</b>        |               |               |               |               | <b>-14 %</b>  | <b>-17 %</b>  | <b>-22 %</b>  |

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

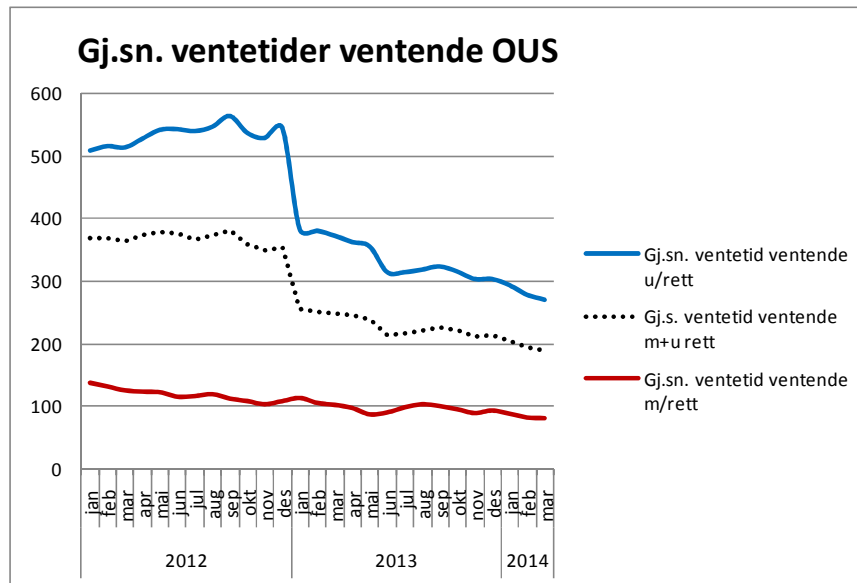
## 2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



| Gj.sn. v.tid<br>til avvikling | 2013      |           |           |           | 2014       |            |           |
|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|
|                               | jan       | feb       | mar       | apr       | jan        | feb        | mar       |
| PHA                           | 56        | 44        | 43        | 45        | 46         | 46         | 43        |
| MED                           | 66        | 52        | 59        | 73        | 71         | 63         | 70        |
| KKN                           | 116       | 142       | 120       | 124       | 145        | 125        | 110       |
| KVB                           | 63        | 59        | 57        | 65        | 56         | 58         | 56        |
| KKT                           | 64        | 59        | 61        | 65        | 88         | 74         | 74        |
| HLK                           | 115       | 98        | 107       | 100       | 118        | 105        | 112       |
| AKU                           | 77        | 68        | 70        | 79        | 94         | 85         | 105       |
| KDI                           | 37        | 49        | 52        | 32        | 34         | 39         | 36        |
| <b>OUS</b>                    | <b>84</b> | <b>89</b> | <b>83</b> | <b>89</b> | <b>100</b> | <b>88</b>  | <b>85</b> |
| <b>Diff vs. 2013</b>          |           |           |           |           | <b>16</b>  | <b>-1</b>  | <b>2</b>  |
| <b>Diff %</b>                 |           |           |           |           | <b>19%</b> | <b>-1%</b> | <b>2%</b> |

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

## 2.2 Gjennomsnittlig ventetid for ventende

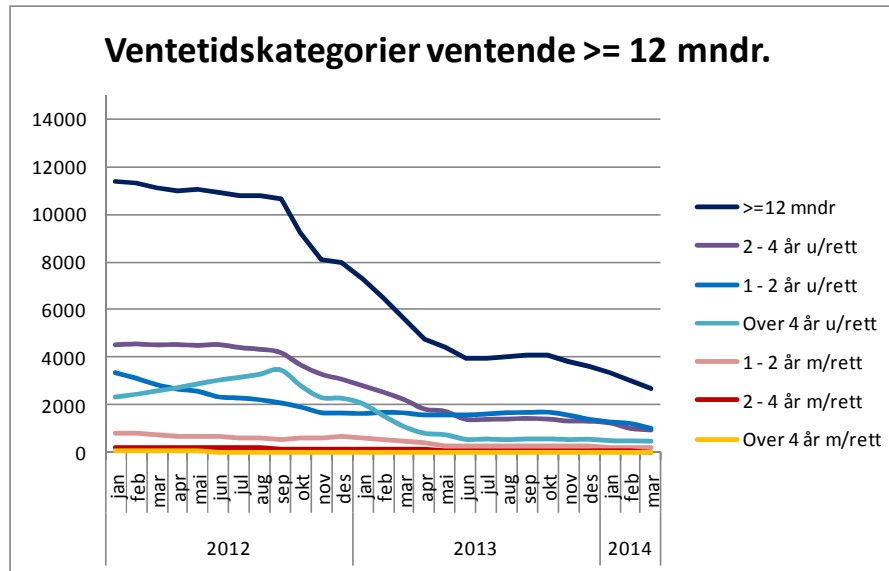


| Gj.sn. v.tid ventende | 2013       |            |            |            | 2014         |              |              |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|
|                       | jan        | feb        | mar        | apr        | jan          | feb          | mar          |
| PHA                   | 44         | 40         | 43         | 42         | 41           | 40           | 68           |
| MED                   | 82         | 82         | 84         | 78         | 86           | 73           | 63           |
| KKN                   | 391        | 389        | 386        | 388        | 337          | 325          | 323          |
| KVB                   | 90         | 88         | 86         | 81         | 69           | 69           | 69           |
| KKT                   | 66         | 62         | 62         | 56         | 81           | 76           | 76           |
| HLK                   | 124        | 116        | 118        | 111        | 126          | 121          | 111          |
| AKU                   | 79         | 81         | 100        | 100        | 87           | 89           | 89           |
| KDI                   | 149        | 125        | 128        | 135        | 136          | 142          | 131          |
| <b>OUS</b>            | <b>256</b> | <b>252</b> | <b>248</b> | <b>245</b> | <b>204</b>   | <b>194</b>   | <b>189</b>   |
| <b>Diff vs. 2013</b>  |            |            |            |            | <b>-52</b>   | <b>-58</b>   | <b>-59</b>   |
| <b>Diff %</b>         |            |            |            |            | <b>-20 %</b> | <b>-23 %</b> | <b>-24 %</b> |

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.



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



| Antall ventet $\geq 1$ | 2013         |              |              |              | 2014          |               |               |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|
|                        | jan          | feb          | mar          | apr          | jan           | feb           | mar           |
| PHA                    | 0            | 2            | 3            | 3            | 2             | 3             | 10            |
| MED                    | 69           | 94           | 86           | 55           | 62            | 44            | 35            |
| KKN                    | 6 782        | 6 218        | 5 284        | 4 538        | 3 016         | 2 670         | 2 420         |
| KVB                    | 209          | 41           | 56           | 45           | 14            | 7             | 10            |
| KKT                    | 24           | 30           | 30           | 22           | 99            | 97            | 91            |
| HLK                    | 62           | 69           | 77           | 64           | 39            | 43            | 40            |
| AKU                    | 2            | 2            | 3            | 2            | 1             | 1             | 0             |
| KDI                    | 111          | 44           | 62           | 34           | 119           | 150           | 87            |
| <b>Sum</b>             | <b>7 259</b> | <b>6 500</b> | <b>5 601</b> | <b>4 763</b> | <b>3 362</b>  | <b>3 024</b>  | <b>2 705</b>  |
| <b>Diff vs. 2013</b>   |              |              |              |              | <b>-3 897</b> | <b>-3 476</b> | <b>-2 896</b> |
| <b>Diff %</b>          |              |              |              |              | <b>-54 %</b>  | <b>-53 %</b>  | <b>-52 %</b>  |

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

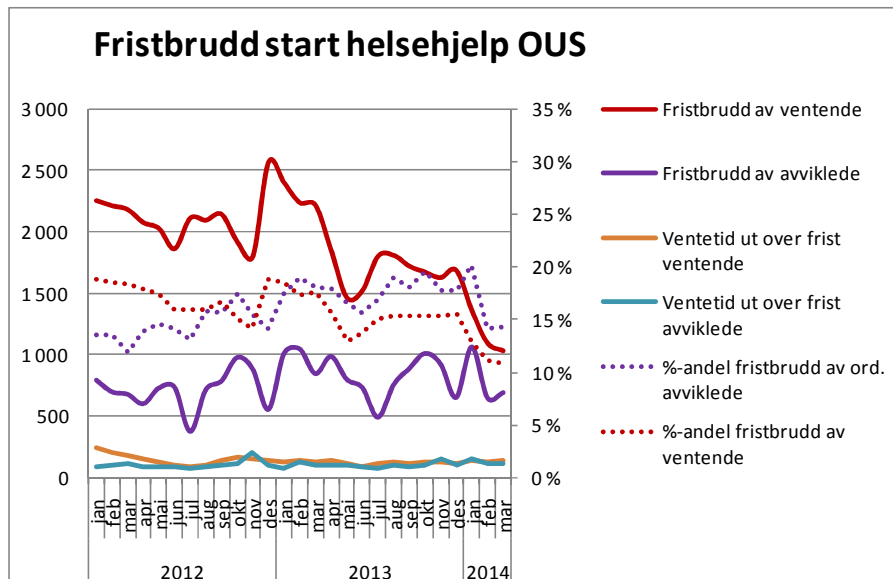
## 2.2 Antall langtidsventende ( $\geq 12$ mnd ) per fagområde

| Fagområde   | 31/12        | 01/14        | 02/14        | 03/14        |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
|   | Over 1 år    | Over 1 år    | Over 1 år    | Over 1 år    |
| 050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)           | 1 494        | 1 281        | 979          | 805          |
| 070 Urologi   | 56           | 53           | 52           | 53           |
| 090 Plastikk-kirurgi                                      | 1 247        | 1 206        | 1 182        | 1 163        |
| 100 Nevrokirurgi  | 43           | 38           | 25           | 23           |
| 130 Endokrinologi   | 29           | 30           | 28           | 21           |
| 150 Hjertesykdommer (Hjerte-, lunge- og karklinikken)     | 37           | 29           | 25           | 30           |
| 250 Nevrologi   | 234          | 224          | 224          | 195          |
| 290 Øre-nese-hals sykdommer                               | 46           | 52           | 45           | 36           |
| 300 Øyesykdommer  | 212          | 188          | 182          | 158          |
| 840 Medisinsk genetikk                                    | 102          | 120          | 150          | 86           |
| <b>Sum for fagområder med mer enn 20 langtidsventende</b> | <b>3 500</b> | <b>3 243</b> | <b>2 892</b> | <b>2 570</b> |
| <b>SUM TOTALT</b>   | <b>3 627</b> | <b>3 362</b> | <b>3 025</b> | <b>2 705</b> |

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 langtidsventende per 31. mars 2014.

## 2.3 Utvikling fristbrudd



| Fristbrudd<br>ordinært<br>avviklede | 2013         |              |            |            | 2014         |            |            |              |
|-------------------------------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|
|                                     | jan          | feb          | mar        | apr        | Antall       |            |            | Andel        |
|                                     | Antall       |              |            |            | jan          | feb        | mar        | mar          |
| PHA                                 | 16           | 12           | 3          | 6          | 10           | 5          | 4          | 2,0%         |
| MED                                 | 117          | 130          | 108        | 81         | 114          | 71         | 61         | 8,4%         |
| KKN                                 | 539          | 587          | 489        | 587        | 633          | 383        | 350        | 18,8%        |
| KVB                                 | 56           | 59           | 43         | 53         | 25           | 21         | 38         | 6,8%         |
| KKT                                 | 168          | 140          | 115        | 163        | 173          | 125        | 200        | 17,1%        |
| HLK                                 | 110          | 112          | 79         | 89         | 97           | 37         | 30         | 10,6%        |
| AKU                                 | 0            | 1            | 2          | 2          | 2            | -          | 1          | 10,0%        |
| KDI                                 | 0            | 0            | 0          | 0          | -            | 1          | 1          | 100,0%       |
| <b>Sum</b>                          | <b>1 006</b> | <b>1 041</b> | <b>839</b> | <b>981</b> | <b>1 054</b> | <b>643</b> | <b>686</b> | <b>14,3%</b> |
| <b>Diff vs. 2013</b>                |              |              |            |            | 48           | -398       | -153       |              |
| <b>Diff %</b>                       |              |              |            |            | 5%           | -38%       | -18%       |              |

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

| Fristbrudd<br>ventende | 2013         |              |              |              | 2014         |              |              |              |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                        | jan          | feb          | mar          | apr          | Antall       |              |              | Andel        |
|                        | Antall       |              |              |              | jan          | feb          | mar          | mar          |
| PHA                    | 6            | 7            | 8            | 13           | 14           | 2            | 10           | 3,0%         |
| MED                    | 101          | 143          | 115          | 58           | 59           | 35           | 57           | 4,3%         |
| KKN                    | 1 995        | 1 753        | 1 630        | 1 403        | 991          | 814          | 740          | 17,6%        |
| KVB                    | 56           | 71           | 81           | 71           | 19           | 13           | 19           | 2,1%         |
| KKT                    | 115          | 134          | 199          | 165          | 159          | 160          | 126          | 5,6%         |
| HLK                    | 116          | 116          | 170          | 146          | 108          | 62           | 74           | 17,6%        |
| AKU                    | 3            | 3            | 6            | 7            | 4            | 3            | 1            | 7,1%         |
| KDI                    | 1            | 1            | 1            | 0            | 3            | 1            | 0            | 0,0%         |
| <b>Sum</b>             | <b>2 393</b> | <b>2 228</b> | <b>2 210</b> | <b>1 863</b> | <b>1 357</b> | <b>1 094</b> | <b>1 030</b> | <b>10,9%</b> |
| <b>Diff vs. 2013</b>   |              |              |              |              | -1 036       | -1 134       | -1 180       |              |
| <b>Diff %</b>          |              |              |              |              | -43%         | -51%         | -53%         |              |

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

## 2.3 Fristbrudd per fagområde

| Fagområde   | Des          | Januar       | Februar      | Mars 2014    |             |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
|   | Antall       | Antall       | Antall       | Antall       | Andel       |
| <b>Total</b>  |              |              |              |              |             |
| <u>050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</u>                                    | 387          | 400          | 309          | 253          | 24          |
| <u>070 Urologi</u>  | 46           | 35           | 59           | 56           | 5,4         |
| <u>090 Plastikk-kirurgi</u>   | 83           | 90           | 69           | 72           | 27,3        |
| <u>100 Nevrokirurgi</u>   | 312          | 127          | 151          | 171          | 27,6        |
| <u>140 Fordøyelsesykdommer</u>  | 47           | 22           | 25           | 41           | 13,7        |
| <u>150 Hjertesykdommer</u>  | 161          | 102          | 46           | 62           | 12,7        |
| <u>250 Nevrologi</u>  | 230          | 151          | 116          | 96           | 18,9        |
| <u>260 Klinisk nevrofysiologi</u>   | 9            | 17           | 21           | 21           | 11,9        |
| <u>290 Øre-nese-hals sykdommer</u>  | 139          | 124          | 98           | 86           | 15          |
| <u>320 Psykisk helsevern voksne</u>   | 34           | 28           | 22           | 21           | 8,8         |
| <u>853 Terapeutisk onkologi og radioterapi</u>  | 33           | 47           | 33           | 28           | 23,9        |
| <b>Sum fristbrudd av ventende pasienter for fagområder hvor det er over 20 fristbrudd</b> | <b>1 562</b> | <b>1 230</b> | <b>1 004</b> | <b>907</b>   | <b>-</b>    |
| <b>Sum fristbrudd</b>   | <b>1 684</b> | <b>1 358</b> | <b>1 090</b> | <b>1 030</b> | <b>10,9</b> |

Merknad:

Tabellen omfatter kun fagområder med mer enn 20 fristbrudd per 31. mars 2014.

## 2.3 Fristbrudd som forfaller

| Utløpsliste frist helsehjelp med antall frister forfalt ved utgangen av mars 2014 | Periode for frist helsehjelp |         |         |         |         |
|---|------------------------------|---------|---------|---------|---------|
|   | 2014-07                      | 2014-06 | 2014-05 | 2014-04 | Forfalt |
| <b>SUM</b>  | 752                          | 1 987   | 2 347   | 1 972   | 1 075   |
| <b>Klinikk psykisk helse og avhengighet</b>                                       | 6                            | 53      | 141     | 115     | 10      |
| <b>Medisinsk klinikk</b>  | 127                          | 254     | 366     | 308     | 62      |
| <b>Klinikk for kirurgi og nevrofag</b>  | 366                          | 783     | 855     | 713     | 766     |
| <b>Kvinne- og barneklubben</b>  | 104                          | 325     | 288     | 135     | 21      |
| <b>Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben</b>                                | 132                          | 476     | 604     | 598     | 137     |
| <b>Hjerte-, lunge- og karklubben</b>  | 16                           | 91      | 91      | 100     | 75      |
| <b>Akuttklubben</b>   | 1                            | 5       | 2       | 3       | 1       |

## 3.1 Økonomisk resultat

| Tall i hele 1000 kr                                     | Budsjett 2014 | Mars          |               |                |              | Hittil i 2014 |               |                |              |
|---|---------------|---------------|---------------|----------------|--------------|---------------|---------------|----------------|--------------|
|   |               | Resultat      | Budsjett      | Avvik budsjett | Avvik i %    | Resultat      | Budsjett      | Avvik budsjett | Avvik i %    |
| Basisramme  | -11 151 802   | 966 749       | 966 749       | 0              | 0,0 %        | 2 875 492     | 2 875 492     | 0              | 0,0 %        |
| Aktivitetsbaserte inntekter                             | -7 160 551    | 645 972       | 645 154       | 819            | 0,1 %        | 1 857 788     | 1 862 840     | -5 052         | -0,3 %       |
| Andre inntekter   | -1 807 922    | 189 523       | 155 811       | 33 712         | 21,6 %       | 496 569       | 460 296       | 36 272         | 7,9 %        |
| Sum driftsinntekter                                     | -20 120 275   | 1 802 245     | 1 767 714     | 34 531         | 2,0 %        | 5 229 849     | 5 198 628     | 31 221         | 0,6 %        |
| Lønn -og innleiekostnader                               | 13 884 836    | 1 200 134     | 1 184 630     | -15 504        | -1,3 %       | 3 583 311     | 3 566 544     | -16 767        | -0,5 %       |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 2 578 750     | 238 308       | 227 621       | -10 687        | -4,7 %       | 660 443       | 649 822       | -10 622        | -1,6 %       |
| Andre driftskostnader                                   | 3 636 059     | 304 822       | 303 882       | -940           | -0,3 %       | 915 084       | 907 395       | -7 688         | -0,8 %       |
| Sum driftskostnader                                     | 20 099 645    | 1 743 263     | 1 716 133     | -27 131        | -1,6 %       | 5 158 838     | 5 123 760     | -35 077        | -0,7 %       |
| Driftsresultat  | 20 630        | 58 981        | 51 581        | 7 400          | 0,4 %        | 71 011        | 74 867        | -3 856         | -0,1 %       |
| Netto finans  | 20 630        | 2 216         | -1 382        | 3 598          | 260,3 %      | 741           | -8 158        | 8 899          | 109,1 %      |
| <b>Resultat OUS <sup>1)</sup></b>                       | <b>0</b>      | <b>61 197</b> | <b>50 199</b> | <b>10 998</b>  | <b>0,6 %</b> | <b>71 752</b> | <b>66 709</b> | <b>5 043</b>   | <b>0,1 %</b> |

1) Resultat for foretaksgruppen

## 3.2 Kommentarer til økonomisk resultat

| Art_ØBAK                              | Regnskap         | Budsjett         | Avvik         | Kommentarer til de største avvikene   |
|---------------------------------------|------------------|------------------|---------------|---|
| Basisramme                            | 2 875 492        | 2 875 492        | 0             | Basisramme er inntektsført som budsjett   |
| ISF egne pasienter                    | 791 909          | 795 068          | -3 159        | De totale ISF-inntektene er omtrent som budsjettet. Inntekt knyttet til budsjettet meraktivitet utover måltall fra HSØ er budsjettet  |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet    | 119 870          | 117 672          | 2 198         | under Andre inntekter med omlag 5 mnok per måned. Estimert tap knyttet til sak angående flere konsultasjoner samme dag, inngår i resultatet med om lag 7,6 mnok.  |
| ISF-refusjon kommunal medfinansiering | 160 402          | 161 353          | -951          |   |
| ISF-inntekt kostnadskrevene           | 13 536           | 11 581           | 1 955         |   |
| Utskrivningsklare pasienter           | 430              | 1 045            | -615          | Antall utskrivningsklare pasienter er lavere enn forventet, derfor også noe lavere inntekt.   |
| Gjeste pasienter                      | 153 358          | 157 983          | -4 624        | Gjestepasientinntekter for pasienter fra andre regioner 4,6 mnok lavere enn budsjettet.   |
| Salg av konserninterne helsetjenester | 480 875          | 476 780          | 4 095         | Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er 4 mnok høyere enn budsjettet. Det er positivt avvik på kurddøgn og lab-/røntgenområdet, mens det er negative avvik innenfor dag-/døgnbehandling innenfor somatikk og psykiatri.  |
| Polikliniske inntekter                | 137 407          | 141 358          | -3 951        | De polikliniske inntektene er 4 mnok lavere enn budsjettet. Det er et lite positivt avvik innenfor lab.rtg.-området, det negative aviket gjelder somatikken for øvrig..   |
| Øremerkede tilskudd raskere tilbake   | 9 940            | 10 738           | -798          | Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Aviket skyldes i hovedsak aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag, Nevrokirurgisk avdeling.   |
| Andre øremerkede tilskudd             | 262 242          | 254 917          | 7 325         | Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er noe høyere enn budsjettet. Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).  |
| Andre driftsinntekter                 | 224 386          | 194 641          | 29 745        | Inntektsføring av refusjon for legemiddelet Ipiliumab med om lag 6 mnok, inntektsført refusjon for frikjøp til DIPS-prosjektet med om lag 13 mnok (gir tilsvarende økt lønnskostnad) og gevinst ved salg av eiendom med 18 mnok, bidrar til positivt avvik.   |
| <b>Sum driftsinntekter</b>            | <b>5 229 849</b> | <b>5 198 628</b> | <b>31 221</b> |   |
| Kjøp av off helsetjenester            | 10 835           | 10 766           | 69            | Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er om lag som budsjettet.  |
| Kjøp av private helsetjenester        | 56 501           | 49 250           | 7 251         | Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 7,2 mnok lavere enn budsjettet og aviket er relatert til kjøp av behandling i utlandet faktura for behandling kommer normalt en stund etter at behandling er utført).   |
| Varekostnader                         | 578 489          | 580 371          | -1 882        | Varekostnadene er noe lavere enn budsjettet. Kostnader til Ipiliumab er imidlertid ikke budsjettet og inngår med 6 mnok (se også Andre inntekter). Noe lavere aktivitet enn budsjettet bidrar til lavere varekostnader.   |
| Innleid arbeidskraft                  | 48 581           | 23 840           | 24 741        | Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettet og er 11 mnok høyere enn for samme periode i 2013. Merforbruket er størst innenfor nevrokirurgisk avdeling, nyfødtintensiv og barnemedisin. Det arbeides med tiltak for å redusere innleiekostnadene, ut over i året. De høye innleiekostnadene må også sees i sammenheng med lavere kostnader til lønn fast ansatte. |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester | 14 618           | 9 434            | 5 184         | Kjøp av konserninterne helsetjenester er om lag 5 mnok høyere enn budsjettet. Aviket er hovedsakelig innenfor psykisk helsevern, voksne.  |
| Lønn til fast ansatte                 | 2 430 841        | 2 453 532        | -22 692       | For samlede lønnskostnadene er det et mindreforbruk på om lag 8 mnok selv med et merforbruk for øremerkede midler.  |
| Overtid og ekstrahjelp                | 276 174          | 230 189          | 45 985        | Mindreforbruket må sees i sammenheng med høyere innleiekostnader. Det er refundert lønnskostnader til klinikkene knyttet til DIPS-prosjektet med omlag 13 mnok kroner. Pensjon er bokført som budsjettet i påvente av nye NRS-beregninger for 2014.   |
| Pensjon                               | 556 467          | 556 461          | 6             |   |
| Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft | -161 862         | -134 111         | -27 751       |   |
| Annen lønn                            | 433 110          | 436 632          | -3 523        |   |
| Avskrivninger                         | 202 630          | 200 900          | 1 730         | Avskrivningene er noe høyere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.  |
| Nedskrivninger                        | 57               | 0                | 57            |   |
| Andre driftskostnader                 | 712 397          | 706 495          | 5 901         | Det er små merforbruk på flere poster som til sammen gir et negativt avvik på om lag 6 mnok.  |
| <b>Sum driftskostnader</b>            | <b>5 158 838</b> | <b>5 123 760</b> | <b>35 077</b> |   |
| Finansinntekter                       | 25 198           | 20 281           | 4 917         |   |
| Finanskostnader                       | 24 456           | 28 439           | -3 983        | Aviket skyldes lavere rentekostnader enn forutsatt i budsjettet (3,9 mnok) og positivt bidrag fra datterselskapene (4,5 mnok).  |
| Netto finans                          | 741              | -8 158           | 8 899         |   |
| <b>TOTALT</b>                         | <b>71 752</b>    | <b>66 709</b>    | <b>5 043</b>  |   |

### 3.3 Økonomisk resultat – per klinikk

| Rapportering Mars 2014<br>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          | 1 554         | 0             | 1 554         | 1,0 %        | -1 008        | 0             | -1 008       | -0,2 %       |
| Medisinsk klinikk                             | -3 054        | 0             | -3 054        | -3,0 %       | -8 988        | 0             | -8 988       | -3,0 %       |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag               | -8 802        | 0             | -8 802        | -4,5 %       | -21 698       | 0             | -21 698      | -3,8 %       |
| Kvinne- og barneklubben                       | -473          | 0             | -473          | -0,3 %       | -4 484        | 0             | -4 484       | -1,0 %       |
| Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon | -6 238        | 0             | -6 238        | -2,8 %       | -3 586        | 0             | -3 586       | -0,6 %       |
| Hjerte-, lunge- og karklubben                 | -1 722        | 0             | -1 722        | -1,8 %       | -14 468       | 0             | -14 468      | -5,2 %       |
| Akuttklubben                                  | -4 422        | 0             | -4 422        | -2,1 %       | -13 176       | 0             | -13 176      | -2,1 %       |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon       | 2 358         | 0             | 2 358         | 1,2 %        | 3 092         | 0             | 3 092        | 0,5 %        |
| Oslo sykehusservice                           | 6 166         | 0             | 6 166         | 3,5 %        | 4 155         | 0             | 4 155        | 0,8 %        |
| Konsern                                       | 1 358         | 441           | 917           | -            | 1 722         | -2 792        | 4 514        | -            |
| Fellesposter                                  | 72 679        | 49 758        | 22 921        | 68,8 %       | 120 916       | 69 501        | 51 415       | 39,2 %       |
| Direktørensstab                               | 1 793         | 0             | 1 793         | 1,4 %        | 9 275         | 0             | 9 275        | 2,6 %        |
| <b>Sum OUS</b>                                | <b>61 197</b> | <b>50 199</b> | <b>10 998</b> | <b>0,6 %</b> | <b>71 752</b> | <b>66 709</b> | <b>5 043</b> | <b>0,1 %</b> |



## 3.4 Kommentarer til klinikkenes avvik per mars

| Klinikk                                      | Avvik i mill kr | Overordnet beskrivelse av avvik   |
|--|-----------------|---|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet         | - 1             | Resultat om lag som budsjettert.  |
| Medisinsk klinikk                            | - 9             | Om lag halvparten av avviket er knyttet til lavere aktivitet enn budsjettert (vesentlig øyeblikkelig hjelp- virksomhet, som er vanskelig å styre). Aktiviteten vil følges nøye fremover. Øvrig avvik skyldes i stor grad høyere lønnskostnader enn budsjettert.   |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag              | - 22            | Klinikkens avvik knyttes i stor grad til lavere aktivitet enn budsjettert. Dette følges tett opp samtidig som det er fokus på avvikling av fristbrudd og langtidsventende. I mars er kostnadene til innleie høyere enn tidligere måneder samtidig som varekostnadene har økt.   |
| Kvinne- og barnekliviken                     | - 4             | Klinikken jobber aktivt for å redusere kostnader til innleie og varekostnader samtidig som økt operasjonsstuekapasitet er prioritert.   |
| Kreft-, kirurgi og transplantasjons- klinikk | - 4             | Klinikkens aktivitet hittil i år er 1,8 pst høyere enn budsjettert. Lønnskostnadene hittil i år er innenfor budsjett, men det er vesentlige avvik på innleid arbeidskraft pga. pleiekrevende pasienter og høy aktivitet i enkelte avdelinger. Varekostnadene er klart høyere enn budsjettert. Den viktigste forklaringen på avviket på varekostnader er kostnader til medikamentet Ipilimumab som ikke er budsjettert. Det er imidlertid avsatt for viderefakturering av kostnader på 6 mnok for pasienter som ikke er inkludert i studie slik at disse kostnadene ikke påvirker klinikkens resultat. |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken              | - 14            | Hovedårsak til avvik er lavere aktivitet enn budsjettert. Dette skyldes forsinkelser i levering av utstyr til Kardiologisk avdeling og nedgang i pasienter til operasjon innenfor hjertekirurgi, samt få transplantasjoner. Nevnte utstyr er under levering. Kapasitet innenfor hjertekirurgi må vurderes dersom avviket fortsetter.  |
| Akuttlinikken                                | - 13            | Klinikken har mindreforbruk for fastlønn og merforbruk av overtid, ekstrahjelp og innleie (vesentlig PO/Intensivavdelingen). Klinikken har fokus på gjennomføring av tiltak som planlagt og god drifts- og ressursutnyttelse på operasjon, anestesi og PO/Intensiv. Om lag 6 mnok av klinikkens merforbruk er knyttet til Prehospitalt senter. Dette inkluderer merforbruk innenfor Pasientreiser økte priser som trådte i kraft fra februar.   |
| Klinikk for diagn. og intervensjon           | + 3             | Resultat noe bedre enn budsjettert.   |
| Oslo sykehusservice                          | + 4             | Resultat noe bedre enn budsjettert.   |
| Stab   | + 9             | Avvik skyldes i hovedsak ubesatte stillinger og generelt lavere driftskostnader enn budsjettert.  |
| Fellesposter mv                              | + 55            | Avvik skyldes i hovedsak budsjettert reserve inkludert midler som senere skal overføres til klinikk og reversering av avsetninger fra 2013 (kostnad bokført på klinikk). I tillegg bidrar gevinst fra salg av eiendom med 18 mnok.  |
| Samlet avvik                                 | + 5             | Gevinst fra salg av eiendom er inkludert i resultatet med 18 mnok.  |

## 3.5 Lønnskostnader ekskl. pensjon

| Total lønn ekskl.<br>pensjon i 1000 kr.<br>Inklusive<br>øremerkede midler | mar 2014       |                       |               | HiÅ              |                       |              | HiF              | Endring        |              |
|---|----------------|-----------------------|---------------|------------------|-----------------------|--------------|------------------|----------------|--------------|
|   | Resultat       | Avvik fra<br>budsjett | Avvik i %     | Resultat         | Avvik fra<br>budsjett | Avvik i %    | Resultat         | I 1000 kr      | i %          |
| PHA   | 120 483        | 787                   | 0,6 %         | 364 383          | 929                   | 0,3 %        | 356 975          | 7 407          | 2,1 %        |
| MED   | 71 139         | -2 578                | -3,8 %        | 212 755          | -5 844                | -2,8 %       | 205 000          | 7 755          | 3,8 %        |
| KKN   | 126 036        | -132                  | -0,1 %        | 378 260          | 1 194                 | 0,3 %        | 355 462          | 22 798         | 6,4 %        |
| KVB   | 99 245         | 33                    | 0,0 %         | 295 768          | 3 369                 | 1,1 %        | 291 862          | 3 907          | 1,3 %        |
| KKT   | 138 663        | -2 871                | -2,1 %        | 416 207          | -7 454                | -1,8 %       | 396 100          | 20 107         | 5,1 %        |
| HLK   | 53 873         | -652                  | -1,2 %        | 160 040          | -359                  | -0,2 %       | 151 624          | 8 416          | 5,6 %        |
| AKU   | 136 352        | -382                  | -0,3 %        | 410 546          | -3 278                | -0,8 %       | 399 581          | 10 965         | 2,7 %        |
| KDI   | 118 950        | 2 578                 | 2,1 %         | 355 615          | 6 972                 | 1,9 %        | 335 259          | 20 356         | 6,1 %        |
| OSS   | 78 527         | -2 587                | -3,4 %        | 232 807          | -4 191                | -1,8 %       | 216 004          | 16 802         | 7,8 %        |
| STAB  | 19 914         | -331                  | -1,7 %        | 57 224           | 10 049                | 14,9 %       | 64 517           | -7 293         | -11,3 %      |
| FPO   | 25 418         | -738                  | -3,0 %        | 70 245           | 5 506                 | 7,3 %        | 31 616           | 38 628         | 122,2 %      |
| <b>OUS</b>  | <b>997 062</b> | <b>-6 577</b>         | <b>-0,7 %</b> | <b>2 978 263</b> | <b>7 980</b>          | <b>0,3 %</b> | <b>2 824 153</b> | <b>154 110</b> | <b>5,5 %</b> |

## 3.5 Innleiekostnader

| Innleie i 1000 kr.<br>Inklusive<br>øremerkede<br>midler | mar 2014      |                       |                 | HiÅ           |                       |                 | HiF           | Endring       |               |
|---|---------------|-----------------------|-----------------|---------------|-----------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|
|   | Resultat      | Avvik fra<br>budsjett | Avvik i %       | Resultat      | Avvik fra<br>budsjett | Avvik i %       | Resultat      | I 1000 kr     | i %           |
| PHA   | 41            | -41                   | 0,0 %           | 153           | -153                  | 0,0 %           | 48 241        | 105           | 217,6 %       |
| MED   | 1 132         | -359                  | -46,4 %         | 2 767         | -388                  | -16,3 %         | 2 934         | -167          | -5,7 %        |
| KKN   | 4 181         | -3 282                | -365,1 %        | 9 339         | -6 705                | -254,6 %        | 6 678         | 2 661         | 39,8 %        |
| KVB   | 2 825         | -1 142                | -67,8 %         | 10 733        | -5 697                | -113,1 %        | 7 191         | 3 542         | 49,3 %        |
| KKT   | 2 768         | -2 017                | -268,3 %        | 5 710         | -3 670                | -179,9 %        | 2 929         | 2 781         | 94,9 %        |
| HLK   | 1 705         | -663                  | -63,6 %         | 4 766         | -1 709                | -55,9 %         | 5 740         | -974          | -17,0 %       |
| AKU   | 3 938         | -1 391                | -54,6 %         | 14 724        | -6 234                | -73,4 %         | 10 482        | 4 242         | 40,5 %        |
| KDI   | 101           | -32                   | -47,0 %         | 405           | -200                  | -98,1 %         | 1 323         | -918          | -69,4 %       |
| OSS   |               |                       | 0,0 %           | -16           | 16                    | 0,0 %           | 10            | -26           | -251,5 %      |
| STAB  |               |                       | 0,0 %           | 379           | -379                  | 0,0 %           | -             | -             | -             |
| FPO   |               |                       |                 |               |                       |                 |               |               |               |
| <b>OUS</b>  | <b>16 692</b> | <b>-8 926</b>         | <b>-114,9 %</b> | <b>48 581</b> | <b>-24 741</b>        | <b>-103,8 %</b> | <b>37 335</b> | <b>11 247</b> | <b>30,1 %</b> |

## 3.5 Varekostnader per klinikk

| Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler | mar            |                    |              | HiÅ            |                    |              | HiF            | Endring       |               |
|---|----------------|--------------------|--------------|----------------|--------------------|--------------|----------------|---------------|---------------|
|   | Resultat       | Avvik fra budsjett | Avvik i %    | Resultat       | Avvik fra budsjett | Avvik i %    | Resultat       | I 1000 kr     | i %           |
| PHA   | 5 874          | -388               | -7,1 %       | 17 433         | -1 089             | -6,7 %       | 18 816         | -1 384        | -7,4 %        |
| MED   | 12 066         | -1 060             | -9,6 %       | 31 807         | 433                | 1,3 %        | 31 646         | 162           | 0,5 %         |
| KKN   | 33 650         | 1 895              | 5,3 %        | 91 361         | 5 761              | 5,9 %        | 84 876         | 6 485         | 7,6 %         |
| KVB   | 10 483         | -1 575             | -17,7 %      | 29 978         | -3 876             | -14,9 %      | 23 621         | 6 356         | 26,9 %        |
| KKT   | 41 595         | -5 389             | -14,9 %      | 119 197        | -16 028            | -15,5 %      | 94 648         | 24 549        | 25,9 %        |
| HLK   | 26 363         | 379                | 1,4 %        | 78 047         | 539                | 0,7 %        | 78 008         | 39            | 0,0 %         |
| AKU   | 17 000         | -653               | -4,0 %       | 48 200         | -1 624             | -3,5 %       | 50 832         | -2 632        | -5,2 %        |
| KDI   | 45 758         | -3 306             | -7,8 %       | 122 648        | -1 355             | -1,1 %       | 113 841        | 8 808         | 7,7 %         |
| OSS   | 10 942         | 2 835              | 20,6 %       | 37 649         | 188                | 0,5 %        | 34 470         | 3 179         | 9,2 %         |
| STAB  | -2 840         | 2 894              | 5364 %       | 36             | 95                 | 72,3 %       | 688            | -652          | -94,7 %       |
| FPO   | 995            | 5 824              | 85,4 %       | 2 134          | 18 839             | 89,8 %       | -13 724        | 15 858        | -115,5 %      |
| <b>OUS</b>  | <b>201 886</b> | <b>1 456</b>       | <b>0,7 %</b> | <b>578 489</b> | <b>1 882</b>       | <b>0,3 %</b> | <b>517 722</b> | <b>60 767</b> | <b>11,7 %</b> |

## 3.5 Andre driftskostnader per klinikk

| Andre driftskostnader i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler. | mar            |                    |               | HiÅ            |                    |               | HiF            | Endring       |              |
|---|----------------|--------------------|---------------|----------------|--------------------|---------------|----------------|---------------|--------------|
|   | Resultat       | Avvik fra budsjett | Avvik i %     | Resultat       | Avvik fra budsjett | Avvik i %     | Resultat       | I 1000 kr     | i %          |
| PHA   | 8 721          | 4 512              | 34,1 %        | 32 081         | 4 959              | 13,4 %        | 33 213         | -1 132        | -3,4 %       |
| MED   | 3 066          | -620               | -25,4 %       | 6 728          | 604                | 8,2 %         | 9 153          | -2 424        | -26,5 %      |
| KKN   | 6 780          | -2 768             | -69,0 %       | 14 686         | -2 658             | -22,1 %       | 12 526         | 2 160         | 17,2 %       |
| KVB   | 4 777          | 1 793              | 27,3 %        | 19 664         | -131               | -0,7 %        | 10 204         | 9 460         | 92,7 %       |
| KKT   | 8 322          | -565               | -7,3 %        | 24 052         | -955               | -4,1 %        | 23 520         | 533           | 2,3 %        |
| HLK   | 2 357          | 339                | 12,6 %        | 5 272          | 3 244              | 38,1 %        | 3 333          | 1 939         | 58,2 %       |
| AKU   | 25 292         | -4 520             | -21,8 %       | 68 745         | -6 700             | -10,8 %       | 63 406         | 5 340         | 8,4 %        |
| KDI   | 9 455          | -687               | -7,8 %        | 28 230         | -2 180             | -8,4 %        | 22 871         | 5 359         | 23,4 %       |
| OSS   | 74 028         | 5 488              | 6,9 %         | 238 682        | 1 336              | 0,6 %         | 245 162        | -6 479        | -2,6 %       |
| STAB  | 91 172         | -5 289             | -6,2 %        | 266 249        | -9 719             | -3,8 %        | 221 824        | 44 425        | 20,0 %       |
| FPO   | 1 167          | -295               | -33,8 %       | 370            | 2 944              | 88,8 %        | 4 107          | -3 737        | -91,0 %      |
| <b>OUS</b>  | <b>238 092</b> | <b>-2 053</b>      | <b>-0,9 %</b> | <b>712 397</b> | <b>-5 901</b>      | <b>-0,8 %</b> | <b>657 982</b> | <b>54 415</b> | <b>8,3 %</b> |

## 3.5 Resultat for AS'ene

| AS'ene i 1 000 kr                  | Budsjett       |              | Regnskap      |              |
|------------------------------------|----------------|--------------|---------------|--------------|
|                                    | Årsbudsjett    | HiÅ          | HiÅ           | Avvik HiÅ    |
| Barnehagebygg AS                   | -374           | -94          | -132          | 38           |
| MEDINNOVA                          | -1 440         | -168         |               | -168         |
| Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS | -1 050         | 390          | 487           | -97          |
| Radpark AS                         | -1 959         | -490         | -1 031        | 541          |
| SMOS                               | -6 617         | 3 302        | -823          | 4 125        |
| Sykehotell AS                      | -592           | -148         | -223          | 75           |
| <b>Totalt</b>                      | <b>-12 032</b> | <b>2 792</b> | <b>-1 722</b> | <b>4 514</b> |

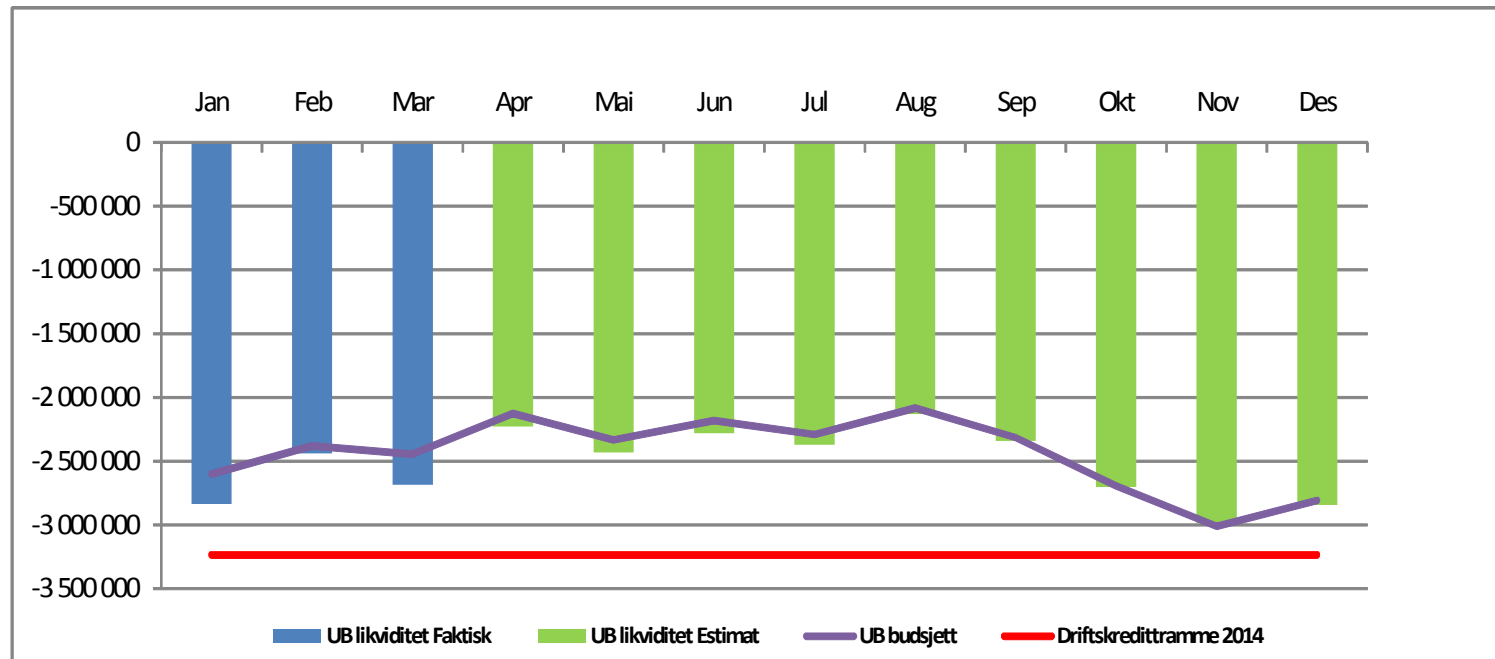
## 3.6 Tiltaksgjennomføring

| Tiltaksgjennomføring per mars (I 1000 KR) |                                 |                                 |                              |                              |
|---|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Klinikk                                   | Budjettert reduksjon i desember | Budjettert reduksjon i perioden | Faktisk reduksjon i perioden | Akkumulert gj.føringsprosent |
| KPHA                                      | 20 300                          | 5 106                           | 3 356                        | 66 %                         |
| MED                                       | 13 143                          | 2 918                           | 1 383                        | 47 %                         |
| KKN                                       | 66 409                          | 16 602                          | 9 569                        | 58 %                         |
| KVB                                       | 37 840                          | 9 609                           | 5 401                        | 56 %                         |
| KKT                                       | 26 535                          | 6 209                           | 5 786                        | 93 %                         |
| HLK                                       | 11 000                          | 2 628                           | 1 590                        | 61 %                         |
| AKU                                       | 29 314                          | 6 189                           | 1 813                        | 29 %                         |
| KDI                                       | 34 584                          | 7 742                           | 5 835                        | 75 %                         |
| OSS                                       | 17 275                          | 4 224                           | 3 949                        | 93 %                         |
| <b>Totalt</b>                             | <b>256 401</b>                  | <b>61 226</b>                   | <b>38 682</b>                | <b>63 %</b>                  |

## 3.7 Likviditet

### Utvikling likviditet

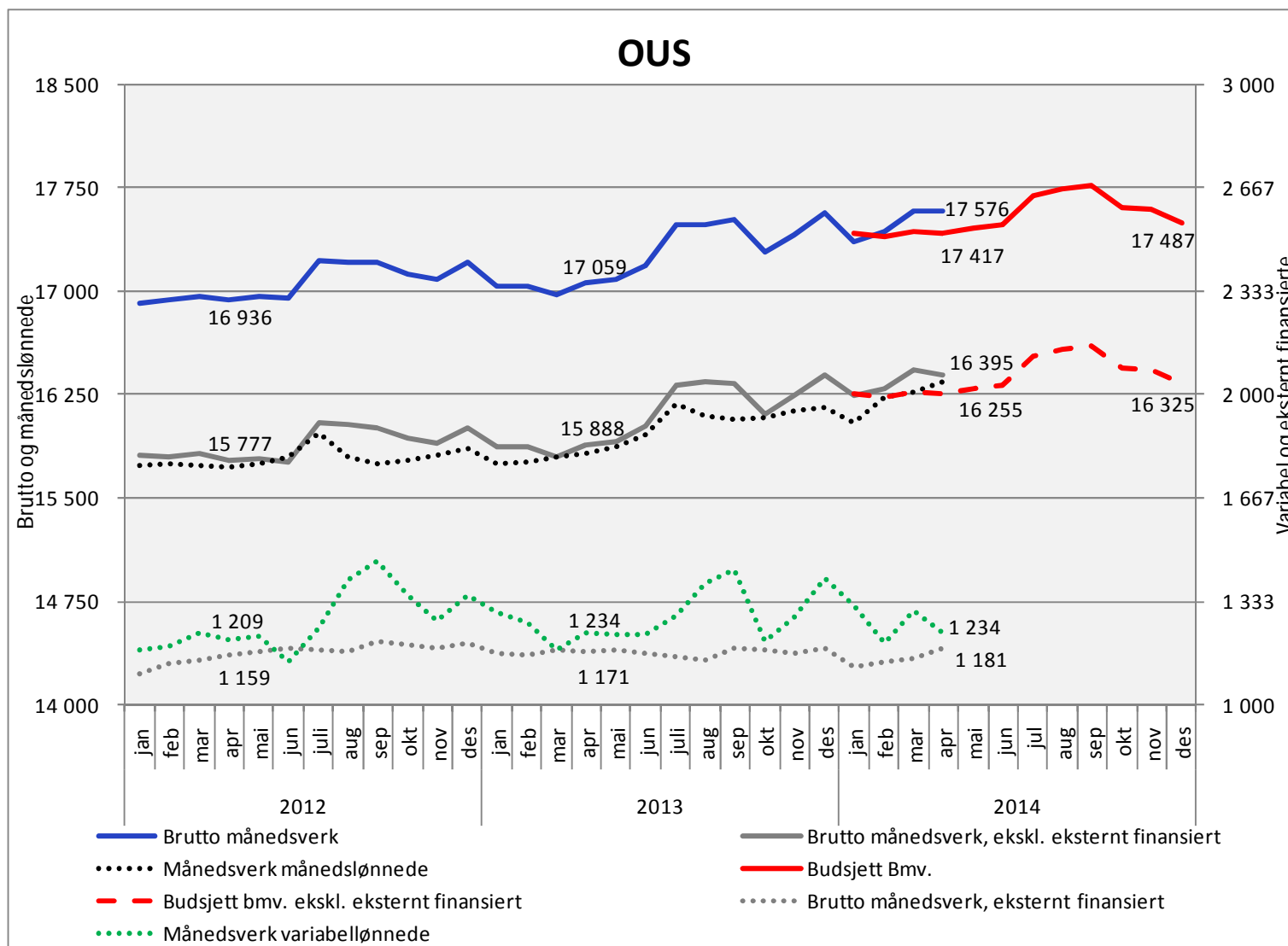
(utgående saldo ved periodeslutt)



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



## 4.1 Bemanningsutvikling



## 4.2 Bemanningsindikatorer

| OUS   |        |        |     |        |        |     |        |      |        |      |        |
|---|--------|--------|-----|--------|--------|-----|--------|------|--------|------|--------|
|   |        |        |     |        |        |     |        |      |        |      |        |
| Brutto månedsværk                             | 17 576 | 17 417 | 159 | 17 485 | 17 415 | 70  | 0,4 %  | 517  | 2,9 %  | 459  | 2,6 %  |
| Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert | 16 395 | 16 255 | 141 | 16 338 | 16 253 | 85  | 0,5 %  | 507  | 3,1 %  | 479  | 2,9 %  |
| Brutto månedsværk, eksternt finansiert        | 1 181  | 1 162  | 18  | 1 147  | 1 162  | -15 | -1,3 % | 10   | 0,9 %  | -20  | -1,8 % |
| Innleie fra vikarbyrå                         | 174    | 86     | 89  | 165    | 87     | 79  | 90,4 % | 50   | 40 %   | 41   | 32,6 % |
| Månedsværk månedslønnede                      | 16 342 | 16 322 | 20  | 16 220 | 16 310 | -90 | -0,5 % | 517  | 3,2 %  | 437  | 2,7 %  |
| Månedsværk variabelønnede                     | 1 234  | 1 095  | 139 | 1 265  | 1 105  | 160 | 14,5 % | -0   | 0,0 %  | 22   | 1,8 %  |
| Netto månedsværk nasj. ind.                   | 14 671 | -      | -   | 14 853 | -      | -   | -      | 435  | 3,0 %  | 494  | 3,3 %  |
| Sykefraværspersent                            | 8,2    | 7,4    | 0,8 | 7,6    | 7,4    | 0,2 | 2,5 %  | -0,1 | -0,8 % | -0,7 | -9,7 % |

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmene Arcplan og ProClarity. Indikator for innleie fra vikarbyrå er beregnet basert på regnskapsarter (se ny definisjon). Se for øvrig lysbilde 3.2 – Innleiekostnader, der avvik fra budsjett fremkommer i KR.

|  | 2 109 | 2 067 | 43  | 2 121 | 2 069 | 52  | 2,5 %  | 53  | 2,5 % | 55  | 2,6 % |
|--|-------|-------|-----|-------|-------|-----|--------|-----|-------|-----|-------|
|  | 1 235 | 1 194 | 42  | 1 226 | 1 197 | 29  | 2,4 %  | 55  | 4,5 % | 36  | 2,9 % |
|  | 2 130 | 2 113 | 17  | 2 107 | 2 107 | 1   | 0,0 %  | 47  | 2,2 % | 44  | 2,1 % |
|  | 1 619 | 1 628 | -9  | 1 601 | 1 631 | -31 | -1,9 % | 31  | 1,9 % | 7   | 0,5 % |
|  | 2 192 | 2 153 | 39  | 2 183 | 2 156 | 27  | 1,2 %  | 84  | 3,9 % | 81  | 3,7 % |
|  | 811   | 800   | 11  | 806   | 797   | 9   | 1,2 %  | 11  | 1,3 % | 18  | 2,2 % |
|  | 2 305 | 2 264 | 41  | 2 308 | 2 272 | 36  | 1,6 %  | 53  | 2,3 % | 61  | 2,6 % |
|  | 1 946 | 1 993 | -47 | 1 938 | 1 979 | -41 | -2,1 % | 71  | 3,6 % | 66  | 3,4 % |
|  | 1 836 | 1 804 | 32  | 1 838 | 1 806 | 32  | 1,8 %  | 112 | 6,1 % | 123 | 6,7 % |

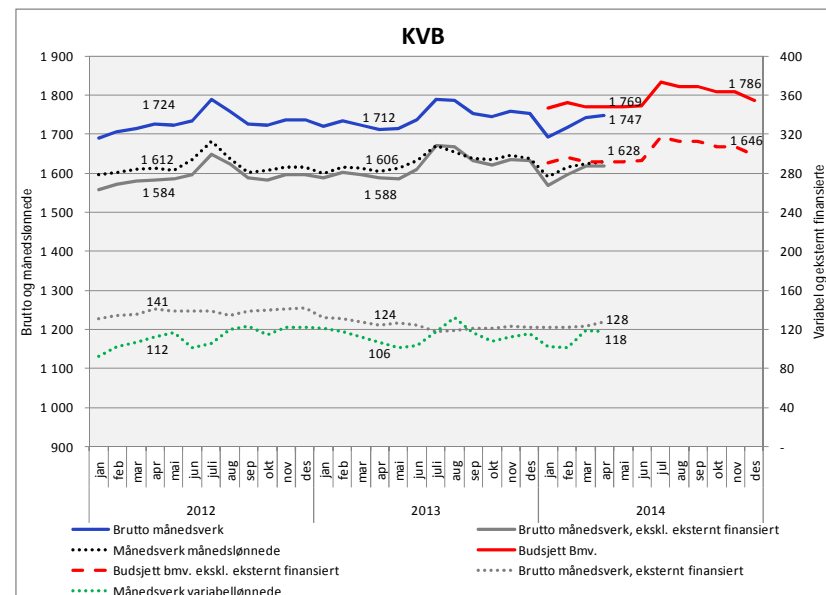
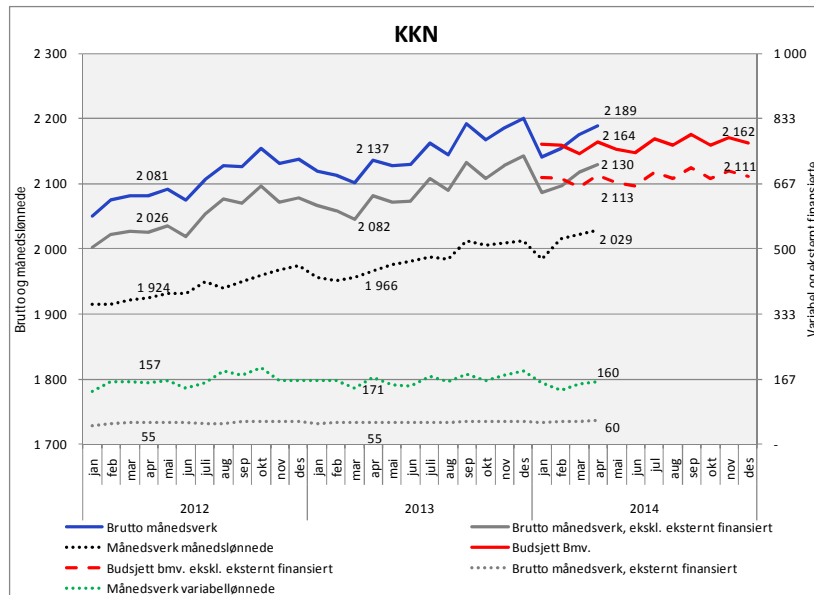
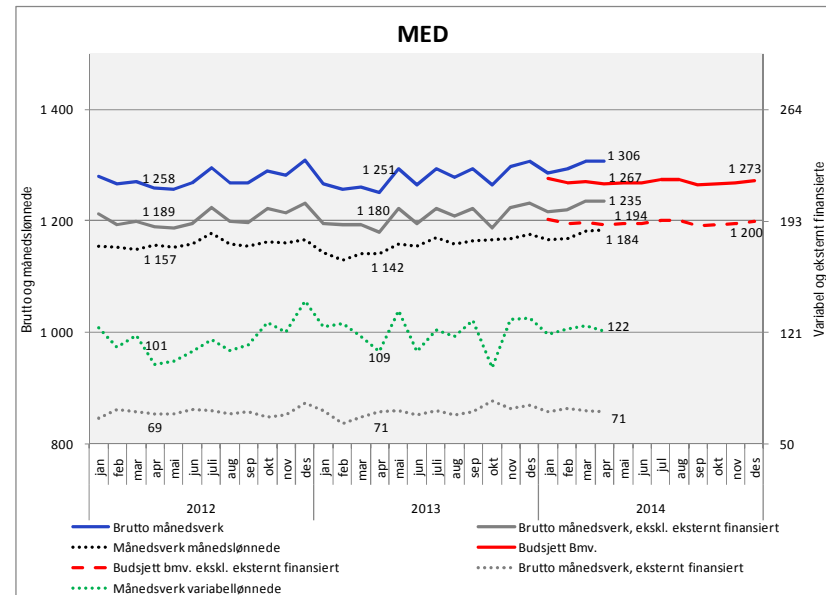
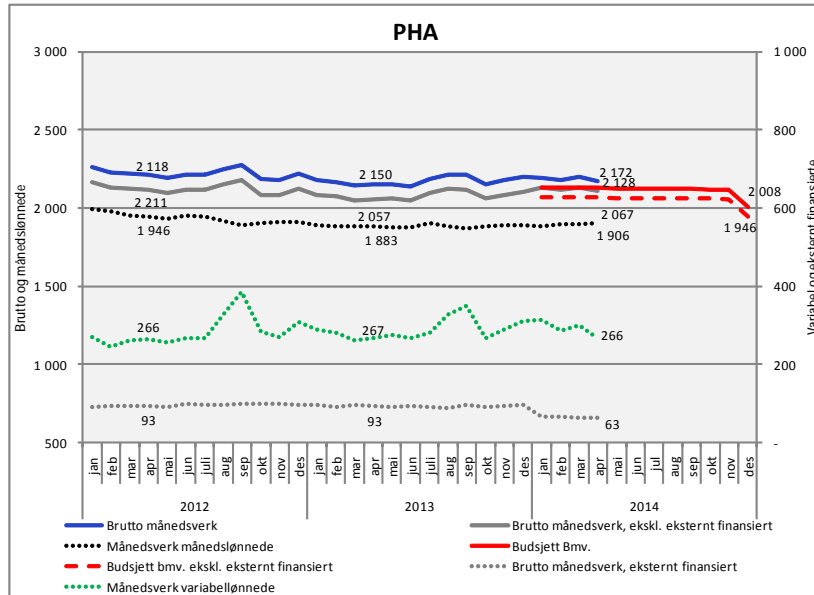
## 4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

| (1) Administrasjon/Ledelse        | 3 020         | 2 918         | 101        | 3,4 %        | 17,3 %       | 17,2 %         |
|-----------------------------------|---------------|---------------|------------|--------------|--------------|----------------|
| (2) Pasientrettede stillinger     | 1 472         | 1 463         | 9          | 0,6 %        | 8,4 %        | 8,7 %          |
| (3) Leger                         | 2 293         | 2 247         | 45         | 2,0 %        | 13,1 %       | 13,1 %         |
| (3a) Overleger                    | 1 407         | 1 374         | 33         | 2,4 %        | 8,1 %        | 8,0 %          |
| (3b) LIS-leger                    | 852           | 840           | 12         | 1,4 %        | 4,9 %        | 4,9 %          |
| (3c) Turnusleger                  | 33            | 33            | -0         | -0,2 %       | 0,2 %        | 0,2 %          |
| (4) Psykologer                    | 260           | 252           | 8          | 2,9 %        | 1,5 %        | 1,5 %          |
| (5) Sykepleier                    | 5 616         | 5 471         | 146        | 2,6 %        | 32,1 %       | 32,0 %         |
| (6) Helsefagarbeider/hjelpepleier | 569           | 578           | -9         | -1,6 %       | 3,3 %        | 3,3 %          |
| (7) Diagnostisk personell         | 1 411         | 1 335         | 76         | 5,4 %        | 8,1 %        | 7,9 %          |
| (8) Apotekstillinger              | 3             | 2             | 1          | 33,8 %       | 0,0 %        | 0,0 %          |
| (9) Drifts/teknisk personell      | 1 499         | 1 460         | 39         | 2,6 %        | 8,6 %        | 8,6 %          |
| (10) Ambulansepersonell           | 484           | 466           | 18         | 3,7 %        | 2,8 %        | 2,7 %          |
| (11) Forskning                    | 808           | 787           | 21         | 2,6 %        | 4,6 %        | 4,6 %          |
| (99) Ukjente                      | 40            | 47            | -7         | -16,8 %      | 0,2 %        | 0,3 %          |
| <b>SUM</b>                        | <b>17 485</b> | <b>17 026</b> | <b>459</b> | <b>2,6 %</b> | <b>100 %</b> | <b>100,0 %</b> |

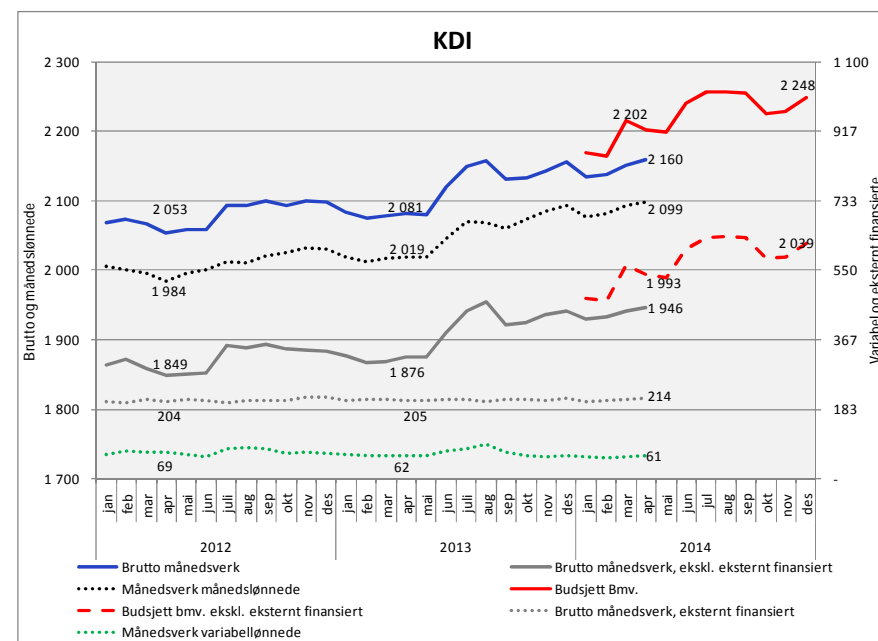
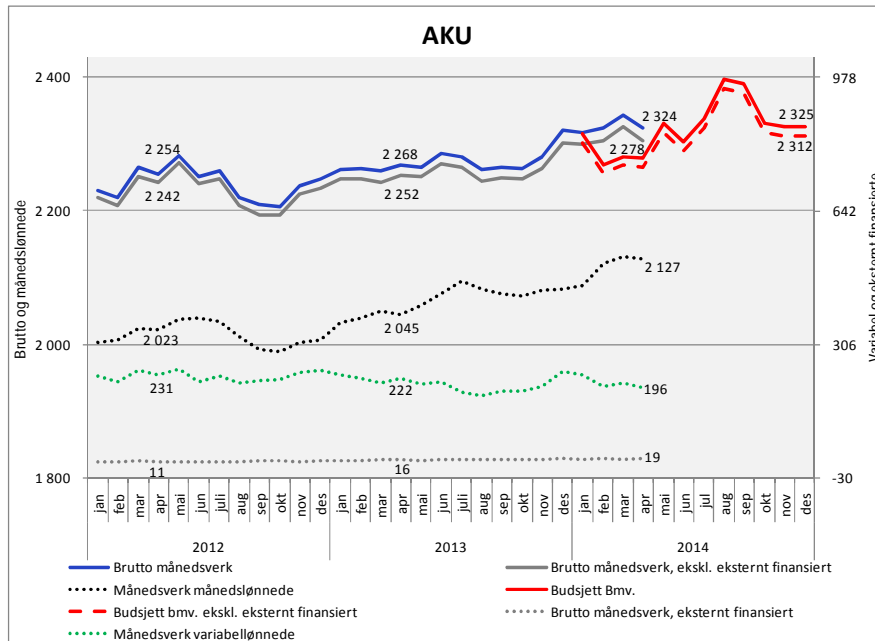
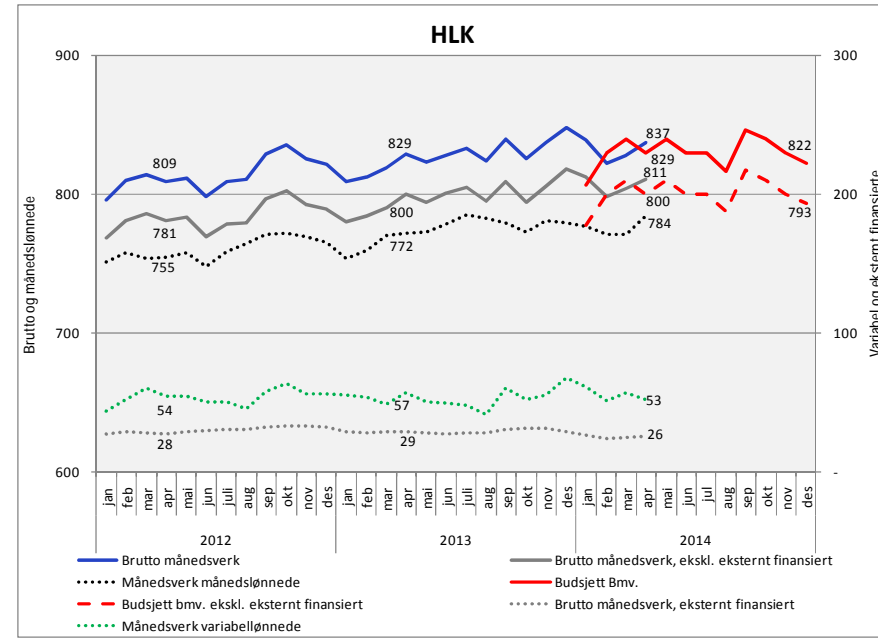
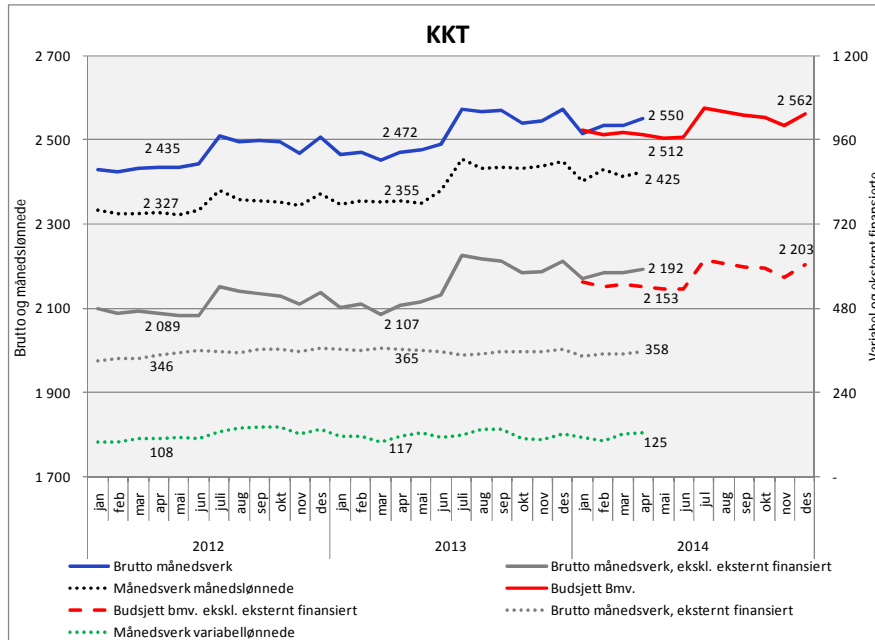
## 4.4 Andel deltid per klinikk

| Deltid - fast ansatte - Totalt apr |                |               |              |                                       |                        |                                    |
|------------------------------------|----------------|---------------|--------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------------------|
| Klinikk                            | Antall ansatte | Hvorav deltid | Andel deltid | Gj.snittlig juridisk stillingsprosent | Korrigert andel deltid | Gj.snittlig korr. Stillingsprosent |
| PHA                                | 3 134          | 531           | 16,9 %       | 93,1 %                                | 15,9 %                 | 94,0 %                             |
| MED                                | 1 686          | 379           | 22,5 %       | 93,0 %                                | 24,6 %                 | 94,1 %                             |
| KKN                                | 2 539          | 666           | 26,2 %       | 92,4 %                                | 18,3 %                 | 93,8 %                             |
| KVB                                | 2 298          | 780           | 33,9 %       | 91,8 %                                | 27,9 %                 | 93,3 %                             |
| KKT                                | 2 950          | 612           | 20,7 %       | 95,6 %                                | 13,7 %                 | 96,6 %                             |
| HLK                                | 1 002          | 164           | 16,4 %       | 97,2 %                                | 8,9 %                  | 98,4 %                             |
| AKU                                | 2 973          | 513           | 17,3 %       | 97,9 %                                | 9,9 %                  | 98,5 %                             |
| KDI                                | 2 386          | 360           | 15,1 %       | 97,0 %                                | 6,4 %                  | 98,2 %                             |
| OSS                                | 3 221          | 281           | 8,7 %        | 97,5 %                                | 4,7 %                  | 98,0 %                             |
| STAB                               | 308            | 28            | 9,1 %        | 97,4 %                                | 5,6 %                  | 98,2 %                             |
| <b>OUS</b>                         | <b>21 909</b>  | <b>4 180</b>  | <b>19 %</b>  | <b>95,6 %</b>                         | <b>14,0 %</b>          | <b>96,7 %</b>                      |

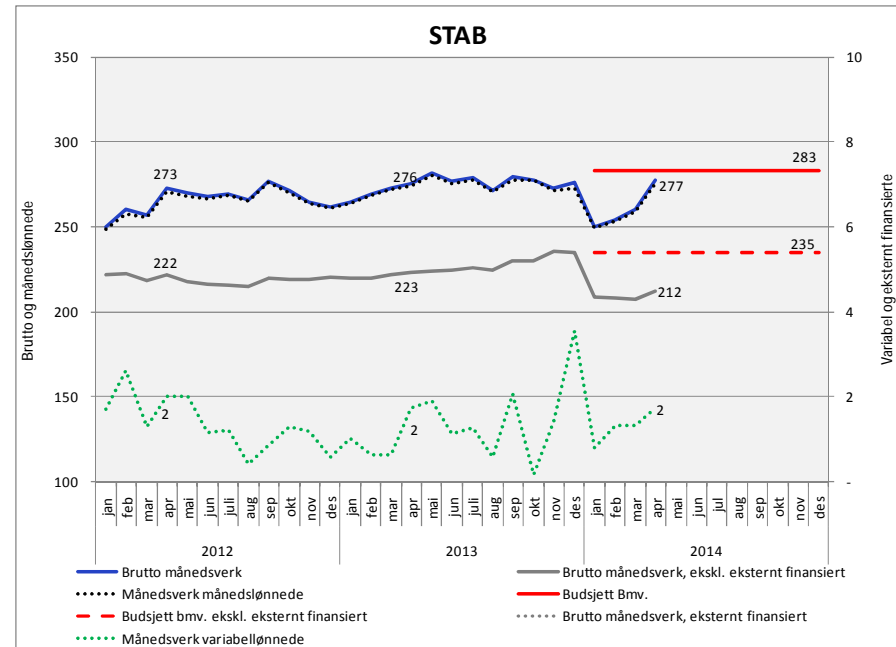
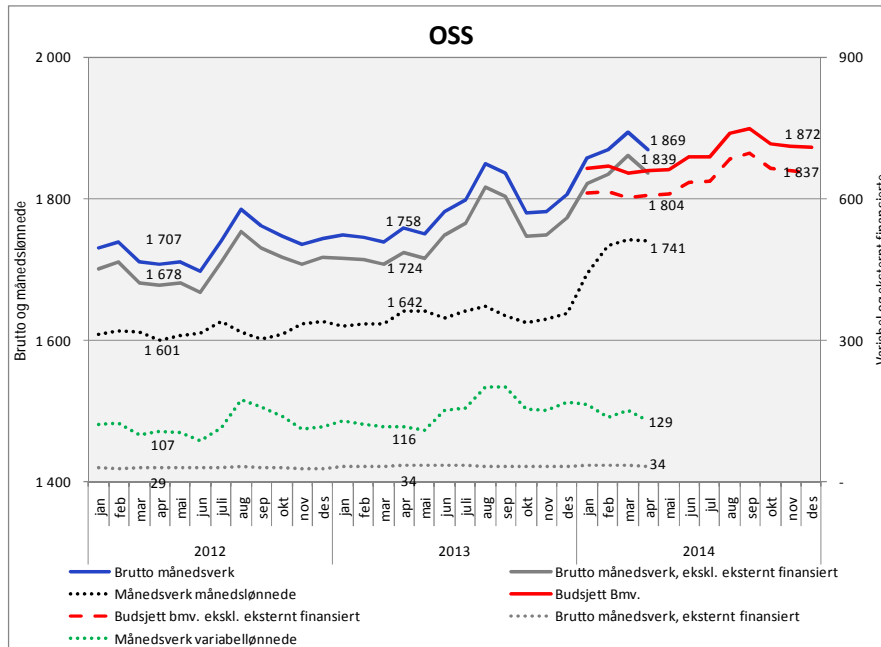
# 4.5 Bemanningsutvikling klinikk



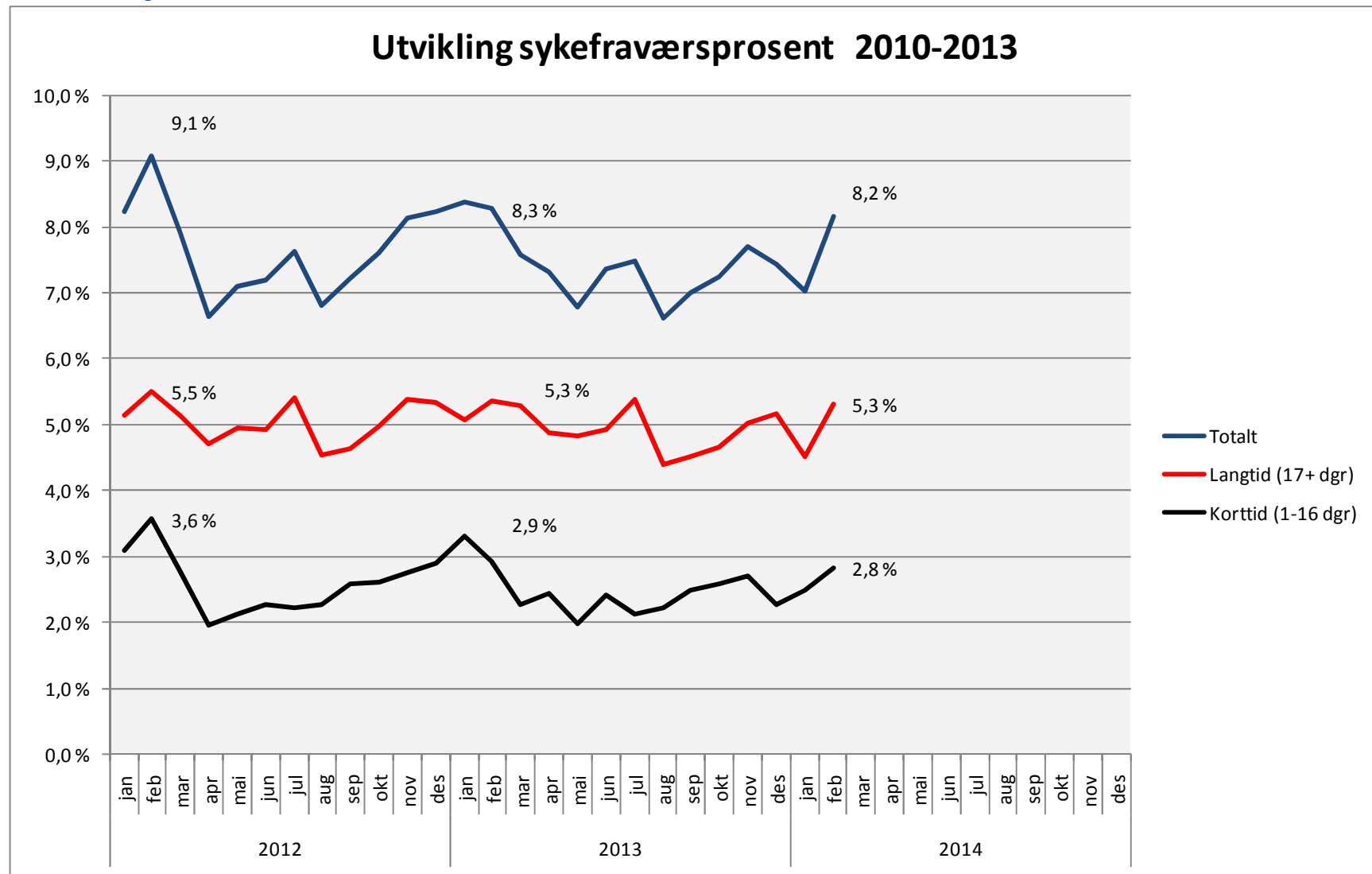
# 4.5 Bemanningsutvikling klinikk



# 4.5 Bemanningsutvikling klinikk



## 4.6 Sykefravær





## 4.7 Sykefravær per klinikk

| Sykefraværs lengde per februar 2014 |                    |              |                    |                   |              |                    |                       |
|-------------------------------------|--------------------|--------------|--------------------|-------------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| Hittil                              | Korttid (1-16 dgr) |              |                    | Langtid (17+ dgr) |              |                    | Totalt sykefravær i % |
|                                     | 1-3 dager          | 4-16 dager   | Sum Korttidsfravær | 17-56 dager       | > 56 dager   | Sum langtidsfravær |                       |
| PHA                                 | 1,5 %              | 1,4 %        | 2,9 %              | 1,5 %             | 3,5 %        | 5,0 %              | 7,9 %                 |
| MED                                 | 1,5 %              | 1,2 %        | 2,7 %              | 1,5 %             | 3,6 %        | 5,1 %              | 7,7 %                 |
| KKN                                 | 1,3 %              | 1,2 %        | 2,5 %              | 1,4 %             | 3,4 %        | 4,8 %              | 7,3 %                 |
| KVB                                 | 1,2 %              | 1,2 %        | 2,3 %              | 1,4 %             | 3,5 %        | 4,9 %              | 7,2 %                 |
| KKT                                 | 1,3 %              | 1,1 %        | 2,3 %              | 1,2 %             | 3,4 %        | 4,6 %              | 7,0 %                 |
| HLK                                 | 1,2 %              | 1,2 %        | 2,4 %              | 1,2 %             | 2,7 %        | 3,9 %              | 6,3 %                 |
| AKU                                 | 1,3 %              | 1,4 %        | 2,7 %              | 1,3 %             | 3,7 %        | 5,0 %              | 7,7 %                 |
| KDI                                 | 1,5 %              | 1,0 %        | 2,5 %              | 1,1 %             | 2,7 %        | 3,8 %              | 6,4 %                 |
| OSS                                 | 1,5 %              | 2,0 %        | 3,5 %              | 2,1 %             | 4,6 %        | 6,8 %              | 10,3 %                |
| STAB                                | 0,6 %              | 0,3 %        | 0,9 %              | 0,7 %             | 2,4 %        | 3,1 %              | 4,0 %                 |
| <b>OUS</b>                          | <b>1,4 %</b>       | <b>1,3 %</b> | <b>2,7 %</b>       | <b>1,4 %</b>      | <b>3,5 %</b> | <b>4,9 %</b>       | <b>7,5 %</b>          |

# Definisjoner årsverksindikatorer

|                                      |                            |   |
|--------------------------------------|----------------------------|---|
| <b>Brutto månedsverk</b>             | <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.<br>Dvs. faste ansatte, vikarer, engasjement, ansatte som har permisjon med lønn, utvidet arbeidstid leger, timelønn/merarbeid, overtid og innleid arbeidskraft.<br><b>Ikke</b> personer som har permisjon uten lønn.<br>Brutto månedsverk nyttes fortrinnsvis til å vurdere inntekter og kostnader vedrørende bemanning<br>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>            |   |
| <b>Månedslønnede månedsverk</b>      | <i>Nasjonal definisjon</i> | Fast lønn som inngår i planlagt arbeidstid  |
|                                      | <i>Forklaring/formål</i>   | Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fastlønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom variabellønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv)<br>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>            |   |
| <b>Variabel lønn månedsverk</b>      | <i>Nasjonal definisjon</i> | Variabel lønn som <b>ikke</b> inngår i planlagt arbeidstid  |
|                                      | <i>Forklaring/formål</i>   | Indikatoren viser forskjellen mellom den bemanningsressurs som gjøres med fast lønnedes normaltid og hva som gjøres gjennom variabellønnsinnsats (Overtid, ekstrahjelp, tillegg osv)<br>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>            |   |
| <b>Netto månedsverk nasj. ind.</b>   | <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.<br>Dvs. brutto månedsverk minus alt fravær.  |
|                                      | <i>HR-kuben</i>            | Brutto månedsverk minus alt fravær. Nasjonal HR-indikator. Periode: Utbetalt eller opparbeidet  |
| <b>Innleie månedsverk</b>            | <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<br>Dvs. helsepersonell som involvert i "produksjonen" av helsetjenesten<br><br>Regnskapsbeløp fra: - ny konto 4680 innleid pleiepersonell fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 437 (erstatte utgående konto 4582 pleiepersonell)<br>-- ny konto art 4681 innleide leger fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 819 (erstatte utgående konto 4583 lege) --- ny konto 4682 innleie annet helsepersonell fra vikarbyrå 154 timer per mnd a kr 437 (ny)   |
|                                      |                            |   |
| <b>Herav eksternt finansierte mv</b> | <i>OUS-indikator</i>       | Brutto 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:     | 24. april 2014  |
| Saksbehandler: | Viseadministrerende direktør økonomi og finans  |
| Vedlegg:       | 1. Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2015-2018 (2035) for Oslo universitetssykehus HF<br>2. Drøftingsprotokoll |

---

### SAK 23/2014 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2015-2018 (35)

#### Forslag til vedtak:

1. *Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.*
2. *Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring i 2015 er krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av nødvendige investeringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr.*
3. *Styret ber administrerende direktør innlede en dialog med Helse Sør-Øst RHF om å sikre tilstrekkelig finansiering av investeringer gjennom disponering av budsjettet overskudd i 2015 og tilgang på ekstraordinære lån.*
4. *Styret konstaterer at det fortsatt er en betydelig utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en bærekraftig økonomisk utvikling de neste årene. Styret ber administrerende direktør om å forberede en sak til styremøtet 26. juni der arbeidet med effektivisering av driften innen de områder som er skissert i forslaget til økonomisk langtidsplan konkretiseres ytterligere.*

Oslo den 11. april 2014

Bjørn Erikstein

## **1. INNLEDNING**

Denne styresaken består av administrerende direktør sin vurdering og kort omtale av hovedpunktene i økonomisk langtidsplan. I vedlegget følger et utkast til dokument som vil følge med oversendelsen av økonomisk langtidsplan til Helse Sør-Øst RHF. I dette vedlegget gis nærmere beskrivelser og tabeller. Det detaljerte tallgrunnlaget som skal sendes Helse Sør-Øst RHF vedlegges ikke, men hovedtallene er identiske med tallene i vedlegget.

Økonomisk langtidsplan for Oslo universitetssykehus HF er basert på forutsetninger og opplegg fra Helse Sør- Øst RHF. Helse Sør-Øst RHF vil behandle sin økonomiske langtidsplan for perioden 2015-2018 på styremøte 19. juni. Forutsatt at denne behandlingen ikke endrer premissene vesentlig for Oslo universitetssykehus HF legges det ikke opp til noen ny behandling av Økonomisk langtidsplan 2015-2018 i styret for Oslo universitetssykehus HF.

## **2. TIDLIGERE VEDTAK**

Det er ikke foretatt tidligere vedtak i denne saken. Økonomisk langtidsplan 2014-2017 (30) ble vedtatt av styret 25. april 2013 som sak 26/2013.

## **3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING**

Administrerende direktør legger med dette fram sitt forslag til økonomisk langtidsplan for 2015-2018. Forutsatt styrets tilslutning vil denne planen oversendes Helse Sør Øst RHF og ligge til grunn for arbeidet i foretaket i planperioden og forberedelsene til arbeidet med budsjett 2015.

Administrerende direktør er fornøyd med at de økonomiske rammebetingelsene for Oslo universitetssykehus HF både i 2014 og de kommende årene er endret fra forrige behandling av økonomisk langtidsplan. Det er likevel slik at gjennomføring av økonomisk langtidsplan 2015-2018 innebærer en utfordring for Oslo universitetssykehus HF. Dette gjelder spesielt det omfattende behovet for gjennomføring av investeringer som medfører et betydelig finansieringsbehov i 2015 og 2016.

En gjennomgang av status i Oslo universitetssykehus HF viser at det er behov for omfattende investeringer i bygninger, MTU og IKT i de kommende årene. Slike investeringer er nødvendige for å få sykehuset til å fungere som en godt organisert enhet og for at foretaket skal kunne gi god og fremtidsrettet pasientbehandling, ha en ledende rolle i medisinsk utvikling, møte lovkrav og andre myndighetspålegg, og for å sikre de ansatte gode og trygge arbeidsvilkår. I økonomisk langtidsplan er det derfor lagt til grunn omfattende investeringer på disse områdene i første del av perioden. For det mer langsiktige investeringsbehovet – investeringer i større nybygg for å samle hele foretaket – vises det til pågående idéfasearbeid.

Administrerende direktør vil understreke at for å kunne finansiere omfattende investeringer er det nødvendig med store endringer i driften av foretaket. Produktiviteten må forbedres betydelig ved at ressursbruken per pasientbehandling reduseres. Samtidig er det et mål at kvaliteten i

pasientbehandlingen skal forbedres og pasientsikkerheten ivaretas. Dette skal oppnås innenfor den gamle bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF og det er en særskilt utfordring. Samtidig vil det i planperioden implementeres nye IKT-systemer som følge av betydelig prioritering av IKT-investeringer til Oslo universitetssykehus HF, og dette legger til rette for bedre produktivitet.

Administrerende direktør konstaterer at behovet for særskilt finansiering av investeringer til bygg og medisinsk teknisk utstyr er spesielt stort for årene 2015 og 2016. Det er derfor nødvendig å gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF om håndtering av konsekvensene av disse investeringsbehovene for disse årene.

#### **4. FAKTADEL**

I denne saken gjengis de viktigste områdene ved behandling av økonomisk langtidsplan. Økonomisk langtidsplan omfatter alle årene 2015 til 2035 med hovedvekt på de nærmeste årene (fram mot 2018).

##### Økonomiske rammer og aktivitetsforutsetninger for budsjett 2014-2017

Det er mottatt økonomiske rammer for Oslo universitetssykehus HF i planperioden. Rammene innebærer en styrking av de økonomiske inntektsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF i planperioden. Fra 2014 budsjett til 2015 budsjett innebærer dette om lag 141 millioner kroner i økt ramme. For påfølgende år er økningen også i gjennomsnitt på 141 mill kroner per år. Økningene er et resultat av oppdateringer i inntektsmodellene i HSØ RHF og i hovedsak fremskriving av befolkning i planperioden.

Det er planlagt med 1,5 pst. vekst i antall DRG-poeng og innsatsstyrt finansiering i planperioden.

Rammene og aktivitetskravet er foreløpige. Endelig ramme og aktivitetskrav for 2015 budsjettet for Oslo universitetssykehus HF besluttes av Helse Sør-Øst RHF og vil først foreligge primo november 2014.

##### Planlagte investeringer i økonomisk langtidsplan

Det er utarbeidet forslag til investeringsbudsjett for planperioden 2015-2018. Foreliggende planer for omstillingsinvesteringer er innarbeidet. I påvente av idéfasearbeidet er det kun innarbeidet ett beregnet investeringsnivå for nybygg fra 2017 til 2035 som er ment å håndtere vekst i aktivitet. Det er ikke lagt inn et bærekraftig investeringsnivå for enten erstatning eller oppgradering av gamle bygg etter planperiodens utløp i 2018 ettersom dette er under utredning i idéfasearbeidet som legges frem for styret 26. juni 2014.

Helse Sør-Øst RHF har stilt tydelige krav til forsvarlig forvaltning av bygg og utstyrsparken. Det er gjennomført et betydelig kartleggingsarbeid i Oslo universitetssykehus HF som grunnlag for de investeringsbehov som legges frem i økonomisk langtidsplan. Investeringsbehovet er betydelig og krever både egen finansiering med planlagt overskudd i driftsresultat og opptak av ekstraordinære lån (avdrag på basisfordring) fra Helse Sør-Øst RHF i planperioden.

### Resultatkrav og resultatbudsjett

Som følge av behov for midler til investeringer både på kort og lang sikt er det i den økonomiske langtidsplan lagt til grunn et positivt resultatkrav i 2015 på 150 mill kroner (mot nullresultat i 2014), 300 mill kroner i 2016, 450 mill kroner i 2017 og hele 600 mill kroner i 2018 og resten av planperioden. Dette er i samsvar med overordnet krav fra Helse Sør-Øst RHF og vurderes å være nødvendig for å kunne finansiere de investeringene i MTU, bygg mv som Oslo universitetssykehus HF har behov for og for å sikre en bærekraftig økonomisk utvikling for sykehuset med det finansieringsregimet som er lagt til grunn.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologikostnadene (IKT) forventes å øke med om lag 280 millioner kroner fra budsjett 2014 til budsjett 2018. Den største kostnadsdriveren er det regionale programmet Digital fornying, der blant annet PAS/EPJ og felles basisplattform inngår.

Forholdene som er omtalt ovenfor stiller store krav til forbedring av driften av foretaket de nærmeste årene. Kravet til effektivisering anslås å være stort for alle årene i planperioden med om lag 1 ½ prosent per år. Dette krever en annen tilnærming til resultatforbedring enn det Oslo universitetssykehus HF har erfart og oppnådd de siste årene. Kostnadene til ordinær lønn må reelt sett for hele planperioden holdes på nivå med 2014 budsjettet samtidig som aktiviteten skal øke.

# Oslo universitetssykehus HF

## Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2015-2018 (2035) for Oslo universitetssykehus HF

### **Innledning - Sammendrag**

Etter behandling av Økonomisk langtidsplan 2014-2017 (30) i 2013 er det kommet flere endringer i inntekts- og kostnadsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF både for 2014 og for årene etter. De viktigste er innføring av renteinntekter på tilgodehavende fra Helse Sør-Øst RHF, høyere aktivitetsbaserte inntekter og lavere pensjonskostnader i 2014.

Selv om inntektsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF er bedret, står foretaket fortsatt overfor store økonomiske utfordringer de kommende årene. Tilstanden for bygningsmasse og medisinsk teknisk utstyr og mange ulike IKT-systemer medfører et omfattende behov for investeringer. Pågående regionale investeringsprosjekter i IKT har også avdekket betydelige investeringsbehov i teknisk infrastruktur i Oslo universitetssykehus HF. For å få et tilstrekkelig økonomisk handlingsrom til å gjennomføre nødvendige investeringer er det derfor viktig å oppnå resultatforbedringer som gir driftsoverskudd og dermed kontantbidrag til investeringer i langtidsplanperioden. Samtidig må det sikres ekstraordinær finansiering av nødvendige investeringer i en overgangsperiode, særlig de første årene (2015 og 2016).

Oslo universitetssykehus HF innfører i 2014 nytt pasientadministrativt system / elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ). Samtidig pågår et omfattende arbeid for å redusere ventetider og antallet fristbrudd. Når den intensive fasen på disse områdene er over vil forholdene ligge bedre til rette for å realisere driftsforbedringer. Ambisjonsnivået for driftsforbedringer og kostnadsreduksjoner må settes høyt, jf omtale av investeringsbehovet ovenfor, og store deler av dette må realiseres før foretaket erstatter gamle bygg og kan få full nytte av ytterligere samlokaliseringer.

Det understrekes at den planen som legges fram i dette dokumentet bærer med seg høy risiko i forhold til gjennomføring. De økonomiske rammene som er stilt til utsikt er imidlertid slik at tross i bedret finansiering de siste årene har ikke foretaket noe annet valg enn å sette svært høye ambisjoner når det gjelder effektivisering av driften. Likevel vil foretaket være avhengig av omfattende ekstraordinær opplåning for å realisere det ambisjonsnivået som er lagt fram i denne økonomiske langtidsplanen.

En stor del av vurderingene som gjøres ved utarbeidelse av økonomisk langtidsplan er knyttet til behovet for fremtidige investeringer. Det gjøres derfor oppmerksom på at Oslo universitetssykehus HF er midt inne i et utredningsarbeid for eventuelle fremtidige nye bygg og ombygginger av eksisterende bygningsmasse. Denne utredningen (idéfasearbeidet) gjennomføres i 2014 og vil bli lagt frem for styret den 26.06.14. Oslo universitetssykehus HF leverer derfor ikke nye beregninger for totale utbyggings- og ombyggingskostnader for perioden 2015-2035 i denne økonomiske langtidsplanen. Det som er lagt inn i langtidsplanen er et investeringsnivå som sikrer forsvarlig drift i planperioden fram til 2018. Dette investeringsnivået er teknisk

videreført om lag uendret fra 2019 til 2035, utover at det i tillegg er estimert et løpende nybygg-behov for å håndtere befolkningsveksten og dermed behov for økt utrednings- og behandlingsskapasitet.

Det fremgår av omtalen nedenfor at Oslo universitetssykehus HF legger opp til betydelig aktivitetsvekst de kommende årene. Dette må særlig sees på bakgrunn av foreliggende befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå som viser en vekst i innbyggertallet i Oslo sykehusområde på hele 41 000 personer (7,7 pst) fra 2014 til 2018 og på 162 000 personer (5,7 pst) i helseregionen i samme periode. utfordringen forsterkes for sykehuset ved at det innenfor enkelte grupper med innvandrerbakgrunn er høyere risiko for blant annet diabetes og hjerte- og karsykdommer. Nødvendigheten av en aktivitetsvekst representerer en stor utfordring for sykehuset. De viktigste virkemidlene for å kunne gjennomføre denne vil være arealprosjekter (og nybygg i slutten av perioden), bedre pasientforløp enn i dag, mer effektiv bruk av sykehusets personale (jf omtale i avsnitt 4) og prioritering av ressursene mot der det er registrert flaskehals. Det understrekes imidlertid at det er risiko knyttet til gjennomføringen av denne planlagte aktivitetsveksten.



## **1. Oppnåelse av foretaksgruppens hovedmål og – krav**

### **a. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd**

Oslo universitetssykehus HF har og vil ha et kontinuerlig fokus på ventelister og frister for start helsehjelp. Målene er at ventetidene skal reduseres, langtidsventende skal avvikles og at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd. Oppfølgingen av klinikkene og avdelingene har gitt gode resultater og vil i planperioden fortsatt være basert på fastlagte indikatorer og rapporter, slik at utviklingen kan følges nøye. Organisasjonen skal være oppdatert på lovverk og regler, og prioriteringsveilederne skal legges til grunn for enhetlig vurdering av rett til prioritert helsehjelp. Kompetanseheving gjennom kontinuerlige opplæringstilbud både knyttet til lovverk/regler og bruk av de pasientadministrative systemer vil bli vektlagt. Ventelistene skal være ajourførte slik at de representerer et godt verktøy i planleggingen av driften opp mot tilgjengelig kapasitet, og det skal arbeides for langtidsplanlegging hvor timebøker skal være etablert minst 12 mnd frem i tid. Sykehuset vil også ha fokus på driftsendringer som bedrer kapasitet, inkl oppgavedeling med andre sykehus og tilpasning av kapasitet til behov ved overordnet prioritering.

### **b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %**

Oslo universitetssykehus HF gjennomfører og planlegger jevnlig registreringer av sykehusinfeksjoner, og målet er at sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 %. Resultatene fra infeksjonsregistreringene inklusive fremstilling av utvikling brukes og vil brukes i oppfølgingen av de enkelte klinikker og avdelinger. Smittevernarbeidet ved sykehuset vil videre vektlegge kartlegging av risikofaktorer, styrket opplæring av personalet i smittevern, utarbeidelse av avdelingsvise infeksjonskontrollprogram, styrket håndhygiene ved å eliminere bruk av ringer og armbåndsur, riktig bruk av antibiotika og forebygging av infeksjoner med resistente bakterier. Sykehusets pasientsammensetning, en til dels nedslitt bygningsmasse og annen suboptimal infrastruktur gjør det imidlertid krevende å nå målet om under 3 % sykehusinfeksjoner.

### **c. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning**

Oslo universitetssykehus HF arbeider for at flest mulig pasienter får informasjon om time for utredning/behandling samtidig som det gis informasjon om vurderingen av henvisningen. Etablering av timebøker fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området. Ajourførte ventelister vil gi grunnlag for god planlegging og logistikk som også vil legge til rette for en positiv utvikling. Målet om at pasientene får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning vil bli vektlagt i det kontinuerlige opplæringstilbud knyttet til henvisninger, ventelister og de pasientadministrative systemer. Innføringen av DIPS som PAS/EPJ den 20.10.14 vil sikre at sykehuset får rapporter på andelen pasienter som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning og dette vil brukes aktivt i oppfølgingen av de enkelte klinikker og avdelinger.

**d. Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet**

I planperioden skal alle medarbeidere ved Oslo universitetssykehus HF få tilsendt og involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen. I tråd med den positive utviklingen i svarprosent fra 2012 til 2013, er det iht HR-strategien for OUS et mål å oppnå en svarprosent på 70 pst for alle enhetene i foretaket i løpet av planperioden. Enkelte enheter vil oppnå langt høyere svarprosent, men 70 prosent er det som regnes som akseptabelt for å kunne bruke medarbeiderundersøkelsen i lokalt forbedringsarbeid. Det sees som viktigere at mange enheter oppnår tilfredsstillende svarprosent enn at den samlede svarprosenten for foretaket er høyt. Antall medarbeidere som deltar i tilbakemeldingsmøter og utviklingssamtaler har også økt fra 2012 til 2013, og målene for planperioden er henholdsvis 80 pst for tilbakemeldingsmøter og 100 pst for utviklingssamtaler (jf. HR-strategien). I 2013 ble elektronisk handlingsplan innført for alle klinikker. Dette vil bidra til å lette det systematiske forbedringsarbeidet i klinikkene, bedre dokumentasjonen og muligheten for samlet rapportering av arbeidet med handlingsplaner. For å nå ambisjonsnivået for oppfølging av medarbeiderundersøkelsen i planperioden jobbes det med følgende tiltak:

- Opplæring og støtte til ledere mht gjennomføring. Dette skjer blant annet ved at klinikkene har dedikerte veiledere som er trent i gjennomføring, analyse av resultater og måten tilbakemeldingsmøter bør gjennomføres på for å legge til rette for forbedring.
- Tett oppfølging av klinikkens fremdrift og gjennomføringskvalitet. Dette gjøres ved at arbeidet med kvalitetssikring av medarbeiderlister og organisasjonskart starter tidlig i gjennomføringsåret. I forbindelse med gjennomføringen av undersøkelsen distribueres det løpende statusrapporter på svarprosentutviklingen. Etter undersøkelsen får klinikkledelsen rapporter over hvilke organisasjonsheter i klinikkene som har lav skår på en eller flere kritiske faktorer.
- Arbeidet forenkles og forbedres ved at alle ledere/enheter fra 2013 får sin egen elektroniske handlingsplan.
- Vurdere å avholde MU bare annethvert år for å få bedre tid til å følge opp resultatene. Spørsmålet avklares med Helse Sør-Øst og i samarbeid med arbeidsmiljøutvalget (AMU).

**e. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer**

Dette er omtalt under kapittel 4 og 8.

## **2. Overordnet vurdering av situasjonen i Oslo universitetssykehus HF**

Rammebetingelsene for drift av Oslo universitetssykehus HF både i 2014 og i årene framover er vesentlig forbedret fra behandling av økonomisk langtidsplan 2013-2016(26) i 2012 og er nå ytterligere forbedret i forhold til de forutsetningene som ble lagt til grunn i fjor. Det er spesielt innføring av rente på foretakets basisfordring til HSØ RHF som slår positivt ut. I tillegg ble pensjonskostnadene for 2014 budsjettet lavere enn det som var forutsatt i ØLP 2014-2017 (30). Sistnevnte forhold vil hvert år

være beheftet med usikkerhet, og er avhengig av de årlige aktuarberegninger som foreligger før sommeren. På dette tidspunkt foreligger ikke de aktuelle beregningene for 2015.

I tabell 1 vises foreløpige inntektsrammer for sykehuset. Rammene øker med 141 mill kroner fra 2014 til 2015. Uttrekk på grunn av samhandlingsreformen refererer til oppbyggingen av kommunal akutt døgnenhet (KAD) som for 2014 budsjetteres som en fakturert kostnad fra Oslo kommune med 15 mill kroner (p.t. er det en kapasitet på 32 senger på Aker). På dette tidspunkt er fordelingen av dette uttrekket mellom Oslo-sykehusene endelig avklart.

| Beregning av foreløpig inntektsramme          | 2015       | 2016       | 2017       | 2018       |
|---|------------|------------|------------|------------|
| Basisramme forrige periode                    | 11 041 373 | 11 181 941 | 11 296 395 | 11 455 798 |
| Endringer fra forrige år:                     |            |            |            |            |
| Justering inntektsmodell fra 2014             | -31 840    |            |            |            |
| Inntektsmodellelementer per 2015              | 181 128    | 159 850    | 159 403    | 150 581    |
| Uttrekk samhandlingsreformen                  | -4 719     | -45 396    |            |            |
| Regional kompetansetjeneste barnehabilitering | -4 000     |            |            |            |
| Foreløpig basisramme                          | 11 181 941 | 11 296 395 | 11 455 798 | 11 606 379 |

Tabell 1: Foreløpige inntektsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF til benyttelse i økonomisk langtidspan 2015-2018

Økende inntektsramme til Oslo universitetssykehus HF har sammenheng med forventet befolkningsøkning i Oslo sykehusområde og Helse Sør-Øst RHF og derav en forventning om økning i aktiviteten i Oslo universitetssykehus HF. Økt aktivitet vil imidlertid også bringe med seg økte kostnader. For de fleste virksomheter er det samtidig slik at forutsetningene for å effektivisere er enklere når aktiviteten i en virksomhet er i vekst.

Som følge av inngangsfarten til 2014 (294 mill kroner i underskudd i helseforetaket i 2013) og store behov for oppgraderinger og nyinvesteringer i Oslo universitetssykehus HF (jfr kapittel 6 og 7) er den økonomiske utfordringen for driften av foretaket likevel meget stor i årene framover. For å kunne gjennomføre nødvendige investeringer må foretaket gå fra et planlagt nullresultat i 2014 til en situasjon med et betydelig overskudd. Det er lagt til grunn et krav til effektivisering av den operasjonelle driften på om lag 1 ½ pst i gjennomsnitt per år i planperioden. Det er en stor utfordring for virksomheten både å finne de riktige tiltakene som gir nødvendige effekter (jfr kapittel 4) og deretter gjennomføre disse. Per i dag er det definert en del områder som skal kunne bidra til resultatforbedring, men det er ikke identifisert og avklart tilstrekkelig med detaljerte operative tiltak for å effektivisere Oslo universitetssykehus HF i denne størrelsesorden i årene framover.

#### a. Vesentlige endringer i resultatposter sammenlignet med historisk nivå

Budsjettet som fremgår av tabell 2 er avstemt med inntektsforutsetningene fra Helse Sør-Øst RHF og målet om resultatforbedring gjennom perioden. Det er videre forutsatt inntektsvekst i innsatsstyrt finansiering som følge av planlagt aktivitetsvekst. IKT-kostnader inngår i totalbudsjettet (dels lønnskostnader og dels andre driftskostnader), men er også presentert på egen linje nederst i tabell 2.

| <b>Resultatbudsjett ØLP 2015 - 2018</b><br>(mill kroner) | <b>Resultat</b><br><b>2013</b> | <b>Budsjett</b><br><b>2014</b> | <b>Budsjett</b><br><b>2015</b> | <b>Budsjett</b><br><b>2016</b> | <b>Budsjett</b><br><b>2017</b> | <b>Budsjett</b><br><b>2018</b> |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Basisramme   | 11 116                         | 11 152                         | 11 292                         | 11 407                         | 11 566                         | 11 717                         |
| Aktivitetsbaserte inntekter                              | 6 644                          | 7 161                          | 7 259                          | 7 358                          | 7 459                          | 7 561                          |
| Andre driftsinntekter                                    | 1 944                          | 1 808                          | 1 864                          | 1 939                          | 1 951                          | 1 924                          |
| <b>Sum driftsinntekter</b>                               | <b>19 704</b>                  | <b>20 120</b>                  | <b>20 415</b>                  | <b>20 704</b>                  | <b>20 976</b>                  | <b>21 203</b>                  |
| Varekostnader inkludert kjøp av                          | 2 753                          | 2 687                          | 2 721                          | 2 755                          | 2 790                          | 2 825                          |
| Lønn- og innleiekostnader                                | 13 742                         | 13 777                         | 13 777                         | 13 777                         | 13 777                         | 13 777                         |
| Avskrivninger og nedskrivninger                          | 804                            | 842                            | 896                            | 955                            | 953                            | 915                            |
| Andre driftskostnader                                    | 2 638                          | 2 794                          | 2 855                          | 2 903                          | 2 995                          | 3 075                          |
| <b>Sum driftskostnader</b>                               | <b>19 936</b>                  | <b>20 100</b>                  | <b>20 249</b>                  | <b>20 390</b>                  | <b>20 515</b>                  | <b>20 593</b>                  |
| <b>Resultat før finans</b>                               | <b>-233</b>                    | <b>21</b>                      | <b>166</b>                     | <b>314</b>                     | <b>462</b>                     | <b>610</b>                     |
| Netto finans   | 58                             | 21                             | 16                             | 14                             | 12                             | 10                             |
| <b>Driftsresultat</b>                                    | <b>-290</b>                    | <b>0</b>                       | <b>150</b>                     | <b>300</b>                     | <b>450</b>                     | <b>600</b>                     |
| <b>IKT kostnader</b>                                     | <b>810</b>                     | <b>961</b>                     | <b>1 026</b>                   | <b>1 082</b>                   | <b>1 169</b>                   | <b>1 241</b>                   |

Tabell 2: Resultatbudsjett 2013-2018 med alle tall i 2014 priser (Resultat 2013 er justert for budsjettert pris-lønnsvekst i 2014)

Den mest fremtredende dreining i kostnader som forventes å finne sted i langtidsplanperioden er økningen i IKT-kostnader på om lag 280 millioner kroner fra budsjett 2014 til budsjett 2018. Oslo universitetssykehus HF har beregnet fremtidig kostnadsnivå innenfor IKT ut blant annet fra tallgrunnlag mottatt fra Sykehuspartner. De største kostnadsdriverne er det regionale programmet Digital fornying der blant annet PAS/EPJ, felles basisplattform (InfrastrukturModernisering), system for medikamentell kreftbehandling, kurve-, radiologi- og -laboratorieløsning inngår. Arbeidet med IKT- budsjettet for 2015 og årene fremover er fremdeles usikkert ift fremdrift og prioriteringer. Det vil bli ført en dialog mellom Oslo universitetssykehus HF og Sykehuspartner for i første rekke å kvalitetssikre budsjettet for 2015 i større grad enn hva som har vært mulig til nå.

Økningen i IKT-kostnader medfører en dreining i kostnadssammensetningen fra lønns- og personalkostnader til andre driftkostnader. Det må imidlertid kunne legges til grunn at den store satsningen på nye IKT-systemer vil gi grunnlag for produktivetsforbedringer, se egen omtale under kapittel 4.

Det er kartlagt hvorvidt klinikkene forventer andre økninger i varekostnader de neste årene ut over det som kan forventes av den generelle aktivitetsveksten. Det fremkommer blant annet at medikamentkostnader innenfor kreft- og øyebehandlingen forventes å øke i planperioden. De innmeldte økningene i varekostnader fra klinikkene, utover det som følger av økt aktivitet, er imidlertid relativt små sammenlignet med det store kostnadsvolumet i Oslo universitetssykehus HF. I planperioden er det derfor planlagt med vare- og medikamentkostnader som følger utviklingen i aktivitet med om lag 1½ pst vekst per år, det vil si om lag 35 millioner kroner i økte vare- og medikamentkostnader per år. Det er forventet at arbeidet med inngåelse av bedre avtaler på eksisterende produkter og bedre logistikk og innkjøpssystemer (jfr kapittel 4) vil få effekter. HINAS vil inngå flere avtaler i langtidsplanperioden slik at en større andel av innkjøp til Oslo universitetssykehus HF blir dekket gjennom disse avtalene. Når HINAS inngår nye avtaler oppnås det ofte bedre prisbetingelser, men det er også erfart at nye avtaler gir dårligere prisbetingelser for Oslo universitetssykehus HF. Den totale effekt av innkjøp på nye HINAS avtaler kan først beregnes når avtalene foreligger, men forventes likevel totalt sett å bidra til en reduksjon i de totale innkjøpskostnadene. Økningen på 35 mill kroner per år er derfor i hovedsak ment å dekke økningen i medikamentkostnader (om lag 6-7 pst økning). Den 4. april mottok Oslo universitetssykehus HF prognose fra Helse Sør-Øst

RHF for utviklingen i legemiddelkjøp utarbeidet av Sykehusapotekene. Denne prognosen viser en årlig økning i legemiddelkjøp på 7 pst eksklusive ny H-resept ordning og 12 pst inklusive mulig effekt av innføring av ny H-resept ordning. Den erfarte økningen i legemiddelkostnader i Oslo universitetssykehus HF i perioden 2006 til 2013 er om lag 4-5 pst vekst per år (justert for overføring av opptaksområder til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken). Det er likevel en risiko for at budsjettert legemiddelkjøp som er lagt til grunn, ikke i tilstrekkelig grad vil fange opp den forventede veksten i legemiddelkjøp.

Avskrivningskostnader tar også en større del av kostnadsbudsjettet i planperioden med en økning på om lag 70 millioner kroner fra 2014 til 2018. Dette følger av et høyere investeringsnivå i spesielt 2014 og 2015 enn det som har vært nivået i perioden 2010-2013. Dette motvirkes av at store deler av de aktiverte byggekostnadene for Rikshospitalet vil være ferdig avskrevet i 2017. Netto finanskostnader går ned med om lag 10 millioner kroner i perioden.

#### **b. Sammenheng mellom utvikling i aktivitet, bemanning og økonomisk resultat – sett i forhold til historisk nivå**

Med de endringer som er omtalt i avsnittet over er det forventet en betydelig dreining i kostnadssammensetningen bort fra lønns- og personalkostnader og over til andre kostnader. Oslo universitetssykehus HF skal samtidig planlegge årlige resultatforbedringer med overskudd på drift for å finansiere nødvendige investeringer i MTU og bygg. Fra 2014-budsjettet til 2018-budsjettet innebærer disse endringene i forutsetningene samlet et krav til å holde lønns- og personalkostnadene om lag på nivå med 2014-budsjettet i langtidsplanperioden.

I planperioden skal det håndteres en vekst i aktivitet som foreløpig er vurdert til 1,5 pst per år innen somatikk parallelt med en bedring av kvaliteten i behandlingen. Basert på de forutsetninger som gjelder må den veksten som er forespeilet i hele langtidsplanperioden fra 2014 til 2018 kunne håndteres med om lag det antall årsverk som arbeider i virksomheten per i dag, dvs at produktiviteten må forbedres tilsvarende veksten i aktiviteten.

I tabell 3 vises beregnet antall årsverk. Årsverk budsjettet er i hovedsak basert på estimat for lønns- og personalkostnader i resultatbudsjettet i tabell 2. Bemanning er avledet fra resultatbudsjettet basert på en fast gjennomsnittlig kostnad per årsverk i Oslo universitetssykehus HF. Årsverksbudsjettet hensyntar ikke mulige vridninger mellom faggrupper med ulike lønnsnivåer. Styret i Oslo universitetssykehus HF har ikke behandlet rammefordelingen internt i sykehuset. Fordeling av årsverk på tjenesteområder slik det fremgår av de mer detaljerte tabellene som blir sendt Helse Sør-Øst RHF som en del av leveransen av økonomisk langtidsplan er derfor kun en foreløpig vurdering.

| Bemanningsutvikling      | Resultat<br>2013 | Budsjett<br>2014 | Budsjett<br>2014 1.<br>kvartal | Resultat<br>2014 1.<br>kvartal | Budsjett |        |        |        |
|--------------------------|------------------|------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------|--------|--------|--------|
|                          |                  |                  |                                |                                | 2015     | 2016   | 2017   | 2018   |
| Brutto månedsverk totalt | 17 258           | 17 518           | 17 414                         | 17 455                         | 17 518   | 17 518 | 17 518 | 17 518 |

Tabell 3: Brutto årsverk inklusive eksternt finansierte årsverk, eksklusive opplæring i ny elektronisk pasientjournal i perioden 2013 til 2015

### **c. Andre spesielle utviklingstrekk.**

Oslo universitetssykehus HF var i årene 2011-2012, som følge av overføringen av opptaksområder, inne i en periode der de økonomiske rammene krevde produktivitetsvekst samtidig som aktiviteten ble redusert. Resultatet ble store driftsunderskudd. Oslo universitetssykehus HF er nå i en vekstsituasjon når det gjelder aktivitet. Sykehuset oppnådde likevel ikke det økonomiske målet i 2013 (et resultat på -200 mill kroner eller bedre) og gjennomføringen av det budsjetterte null-resultatet i 2014 vurderes fortsatt å være beheftet med stor risiko. Vekst i underliggende aktivitet med tilhørende inntektsvekst gir imidlertid bedre forutsetninger for å håndtere kravet til økt produktivitet enn en situasjon med stagnasjon eller nedgang i inntektene.

Som følge av nasjonale og regionale funksjoner forventes det en økning i antallet nye implantater, prosedyrer, medikamenter med mer som gir særskilt høye kostnader for regionsykehusene og i særdeleshet Oslo universitetssykehus HF. Per i dag blir ikke disse kostnadene godt nok dekket gjennom DRG-systemet, og det tilfaller derfor regionsykehusene økte kostnader og aktivitet uten at dette fremkommer av henholdsvis finansiering og aktivitetsstall. Oslo universitetssykehus HF har fått bekreftelse fra Helse Sør-Øst RHF om at de vil gå i dialog med Helsedirektoratet med sikte på å finne frem til mulige løsninger innenfor dagens DRG-system og sikre bedre finansiering også av nye metoder og funksjoner innen medisinen. Den nasjonale finansieringen av aktivitet knyttet til landsfunksjoner som utføres ved Oslo universitetssykehus HF for andre regioner må også sikres en finansiering som dekker kostnadene. Det er et stort antall pasienter fra andre helseregioner som får sin behandling ved Oslo universitetssykehus HF. Pasienter som kommer til behandling fra andre helseregioner har ofte komplekse og sjeldne diagnoser og sykdommer innenfor en rekke fagområder uten at dette nødvendigvis blir kompensert i aktivitetsstatistikken (DRG – vekting).

I arbeidet med Økonomisk langtidsplan er klinikkene bedt om å rapportere andre forhold som medfører risiko for økte kostnader i langtidsplanperioden. Det fremkommer av denne innmelding behov for styrking av personalressurser innen utvalgte områder som følge av tilsyn, særskilt høy vekst eller forventet økt faglig satsing. Det er ikke i vesentlig grad tatt høyde for denne type vurderinger i den økonomiske langtidsplanen på grunn av de økonomiske rammene og kravet om et overskudd.

### Forskning

Oslo universitetssykehus HF er en meget stor aktør innen forskning, utdanning og innovasjon. Det har vært en stor vekst i forsknings- og innovasjonsaktiviteten de siste årene, i henhold til krav fra Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF. Hoveddelen av veksten kommer fra en økning i eksternt finansierte prosjekter. Det er likevel slik at dette krever både infrastruktur og annen tilrettelegging og prioritering av virksomhet i Oslo universitetssykehus HF. Dette gjelder særlig arealer til forskning (kontorer, laboratorier og lagringsplass for forskningsbiobanker), utstyr og IKT. Også ekspansjoner innenfor universitetets forskningsvirksomhet påvirker, gjennom våre universitetssykehusfunksjoner, sykehusets behov for forskningsarealer. Ser man kun på antall vitenskapelige artikler og doktorgrader, flatet veksten ut i 2013 sammenlignet med tidligere år. Dette kan være forårsaket av de begrensninger innenfor areal og infrastruktur som her er omtalt.

Et viktig utviklingstrekk som berører både forskning, diagnostikk og behandling er såkalt persontilpasset medisin. Det introduseres i stigende grad nye og svært kostbare

biologiske legemidler for store sykdomsgrupper, som kreft og autoimmune sykdommer. Det er stor variasjon i dokumentert klinisk effekt, fra markant til minimal klinisk effekt, ofte avhengig av den enkeltes genetiske profil. Det er derfor sterk fokus på å identifisere de pasientene som vil ha gunstig effekt av den spesifikke behandlingen, samt unngå overbehandling og unødige bivirkninger slik at total ressursbruk reduseres. Avanserte storskalaanalyser, som ulike genomikkstudier, er viktige verktøy i mange av disse studiene. Dette krever både utstyr, datalagringskapasitet og analysekapasitet, og særlig er det et økende behov for bioinformatikere som analyserer resultater i samarbeid med sykehusets spesialister. Det utarbeides i 2014 en nasjonal strategi for persontilpasset medisin. Utviklingen belyses også i Helse- og omsorgsdepartementets pågående strategiarbeid, HelseOmsorg21. Oslo universitetssykehus HF må ta høyde for disse nasjonale satsingene og andre teknologiske utviklingstrekk i sin økonomiske og driftsmessig planlegging.

Det er et nasjonalt mål at flest mulig pasienter inngår i kliniske studier. Dette krever bedret logistikk og infrastruktur for kliniske studier i sykehusene og styrket samarbeid med legemiddelindustrien. Spesielt kreves styrket kapasitet hos serviceavdelinger (laboratorier, radiologi etc). Helse Sør-Øst bidrar i en treårsperiode (2013-2015) med kun en begrenset prosjektfinansiering for styrket infrastruktur for kliniske studier ved Oslo universitetssykehus. Behovet for styrket kapasitet til å gjennomføre studier har dermed ikke en avklart framtidig finansiering.

#### Utdanning

Det har vært og vil i langtidsplanperioden fortsatt være et økende behov for å prioritere midler til videreutdanning av spesialsykepleiere til fagområder som er kritisk viktige for driften. Helsedirektoratet arbeider i tillegg med forslag til omfattende endringer innen spesialistutdanning for leger. Forslagene, slik de pr april 2014 presenteres, vil kreve betydelig økte ressurser og legestillinger til alle landets helseforetak. Helsedirektoratet skal levere sin konsekvensutredning til departementet den 18. juni 2014. Konsekvenser og tidspunkt for innføring av nye ordninger er ikke avklart.

#### **d. Finansielle poster, herunder likviditet og tiltak for å holde denne innenfor gitt driftskredittramme.**

I perioden fram mot 2018 er det lagt til grunn et investeringsnivå, nedbetaling av gjeld og overskuddskrav som medfører om lag samme nivå for driftskreditt som ved utgangen av 2013. Etter flere år med lavt investeringsnivå i Oslo universitetssykehus HF, anslås det at bokførte eiendeler innen MTU, inventar, biler mv. vil kunne være oppe på 2009- nivå igjen i løpet av 2015, og dette samsvarer med det foreslåtte investeringsnivået som er lagt til grunn i planperioden (jf omtale i avsnitt 6 og 7). Egenkapitalen styrkes i takt med den positive resultatutviklingen fra 2015 budsjettet.

| <i>(mill. kroner)</i>                      |                   |                   |                                |                           |                           |                           |                           |
|--|-------------------|-------------------|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <b>EIENDELER</b>                           | <b>01.01.2009</b> | <b>31.12.2013</b> | <b>Budsjett<br/>31.12.2014</b> | <b>ØLP<br/>31.12.2015</b> | <b>ØLP<br/>31.12.2016</b> | <b>ØLP<br/>31.12.2017</b> | <b>ØLP<br/>31.12.2018</b> |
| Tomter, bygninger og annen fast eiendom    | 10 316            | 9 515             | 10 110                         | 10 719                    | 10 868                    | 10 981                    | 11 381                    |
| MTU, inventar, transportmidler og lignende | 1 697             | 1 286             | 1 571                          | 1 866                     | 2 042                     | 2 202                     | 2 321                     |
| Anlegg under utførelse                     | 1 696             | 839               | 385                            | 385                       | 385                       | 385                       | 385                       |
| <b>Sum varige driftsmidler</b>             | <b>13 710</b>     | <b>11 640</b>     | <b>12 066</b>                  | <b>12 970</b>             | <b>13 295</b>             | <b>13 567</b>             | <b>14 086</b>             |
| <b>Sum finansielle anleggsmidler</b>       | <b>961</b>        | <b>4 645</b>      | <b>4 962</b>                   | <b>4 360</b>              | <b>4 402</b>              | <b>4 695</b>              | <b>5 042</b>              |
| <b>Sum omløpsmidler</b>                    | <b>2 752</b>      | <b>1 678</b>      | <b>947</b>                     | <b>1 058</b>              | <b>1 058</b>              | <b>1 058</b>              | <b>1 058</b>              |
| <b>SUM EIENDELER</b>                       | <b>17 424</b>     | <b>17 964</b>     | <b>17 975</b>                  | <b>18 388</b>             | <b>18 756</b>             | <b>19 320</b>             | <b>20 187</b>             |
| <b>EGENKAPITAL OG GJELD</b>                | <b>01.01.2009</b> | <b>31.12.2013</b> | <b>Budsjett<br/>31.12.2014</b> | <b>ØLP<br/>31.12.2015</b> | <b>ØLP<br/>31.12.2016</b> | <b>ØLP<br/>31.12.2017</b> | <b>ØLP<br/>31.12.2018</b> |
| <b>Sum egenkapital</b>                     | <b>8 708</b>      | <b>6 781</b>      | <b>6 846</b>                   | <b>6 996</b>              | <b>7 296</b>              | <b>7 746</b>              | <b>8 346</b>              |
| <b>Sum avsetninger for forpliktelser</b>   | <b>1 822</b>      | <b>2 433</b>      | <b>2 673</b>                   | <b>2 810</b>              | <b>2 856</b>              | <b>2 798</b>              | <b>2 739</b>              |
| <b>Sum annen langsiktig gjeld</b>          | <b>1 502</b>      | <b>1 792</b>      | <b>1 944</b>                   | <b>2 017</b>              | <b>2 041</b>              | <b>2 218</b>              | <b>2 543</b>              |
| Driftskreditt                              | 1 448             | 2 711             | 2 798                          | 2 845                     | 2 843                     | 2 839                     | 2 839                     |
| Annen kortsiktig gjeld                     | 3 944             | 4 246             | 3 714                          | 3 720                     | 3 720                     | 3 720                     | 3 720                     |
| <b>Sum kortsiktig gjeld</b>                | <b>5 392</b>      | <b>6 957</b>      | <b>6 512</b>                   | <b>6 565</b>              | <b>6 562</b>              | <b>6 558</b>              | <b>6 559</b>              |
| <b>EGENKAPITAL OG GJELD</b>                | <b>17 424</b>     | <b>17 964</b>     | <b>17 975</b>                  | <b>18 388</b>             | <b>18 755</b>             | <b>19 320</b>             | <b>20 187</b>             |

Tabell 4: Utvikling i balanseposter i langtidspanperioden 2015-2018<sup>1</sup>

### 3. Forventet aktivitetsvekst og konsekvensene av Samhandlingsreformen.

#### Somatikk

Det er lagt til grunn en vekst i pasientbehandlingen målt i antall DRG-poeng på 1,5 pst per år i planperioden. Vekst per klinikk er vist i tabell 5. Vekstforutsetningene er blant annet basert på følgende:

- Det skal oppnås reduksjon i ventelister (særlig langtidsventende) og antallet fristbrudd
- Oslo universitetssykehus gir helsetjenester på nasjonalt-, regions-, flerområde-, område- og lokalsykehusnivå – og forutsetter vekst ihht demografisk utvikling både i Oslo og i regionen. (ingen stor direkte påvirkning av samhandlingsreformen som i hovedsak berører lokalsykehusfunksjoner)
- Oslo sykehusområde har meget høy befolkningsvekst og et stort innslag av 1. og 2. generasjons innvandrere. I dag har 30 pst av befolkningen i Oslo innvandrerbakgrunn (23 pst direkte innvandrere og 7 pst barn av to direkte innvandrere). Samme tall for Norge som helhet er 14 pst (12 + 2pst).
- Samlet bidrar dette til at Oslo har en ung befolkning sammenliknet med landsgjennomsnittet. Den etablerte funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Oslo medfører at sykehuset får mye av veksten (barn, fødsler, kreft, akuttkirurgi, psykisk helse) og lite av effekten av samhandlingsreformen
- Innen noen fagområder forventes det en vekst som går utover befolkningsveksten. Viktige eksempler på dette er kreft, øye (flerområdefunksjon også for A-hus) og nevrologi.

<sup>1</sup> Pensjonsforpliktelsene ved utgangen av 2013 er eksklusive - ikke resultatførte estimat- og planendringer på minus 10 milliarder kroner. Denne ikke resultatførte forpliktelsen er større enn egenkapitalen.



| Antall DRG-poeng 2014 og utvikling i pst 2014-2018 per klinikk | Budsjett 2014  | Budsjett 2015  | Budsjett 2016  | Budsjett 2017  | Budsjett 2018  |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Medisinsk klinikk  | 26 817         | 1,4 %          | 1,4 %          | 1,4 %          | 1,4 %          |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag                                | 63 600         | 1,6 %          | 1,6 %          | 1,6 %          | 1,6 %          |
| Kvinne- og barneklivikken                                      | 36 952         | 1,6 %          | 1,6 %          | 1,6 %          | 1,6 %          |
| Klinikk for kreft og kirurgi og transplantasjon                | 58 385         | 1,9 %          | 1,9 %          | 1,9 %          | 1,9 %          |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken                                | 32 547         | 0,4 %          | 0,4 %          | 0,4 %          | 0,4 %          |
| Øvrige (Akutt, KDI, mv)  | 6 694          | 2,0 %          | 2,0 %          | 2,0 %          | 2,0 %          |
| <b>Sum DRG-poeng</b>   | <b>224 995</b> | <b>228 341</b> | <b>231 743</b> | <b>235 201</b> | <b>238 717</b> |
| Endring fra foregående år                                      |                | 3 346          | 3 402          | 3 458          | 3 516          |
| Endring fra foregående år i prosent                            |                | 1,5 %          | 1,5 %          | 1,5 %          | 1,5 %          |

Tabell 5: Planlagt aktivitet i somatikk uttrykt i antall DRG-poeng for 2014 og prosentvis utvikling for hver somatisk klinikk 2014-2018.

Klinikkene har rapportert forventet vekst i pasientbehandlingen i planperioden. Vurderingene som er gjennomført i klinikkene innebærer en samlet vekst på om lag 2 pst per år og er dermed noe høyere enn den forutsetning som nå er lagt til grunn på sykehusnivå.

Det er forutsatt høyere vekst i dag- og poliklinisk behandling enn døgnbehandling i langtidsplanperioden.

I budsjettskriv fra Helse Sør-Øst RHF er det forespeilet forholdsvis liten vekst i pasientbehandlingen i sykehusene etter effekt av samhandlingsreformen for foretaksgruppen som helhet. For Oslo universitetssykehus HF utgjør imidlertid de regionale og nasjonale tjenestene om lag to tredeler av den somatiske virksomheten, og foretaket er dermed relativt sett mindre påvirket av samhandlingsreformen enn andre helseforetak.

#### Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innføring av inntektsmodell innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling innebar en særskilt utfordring i budsjettene frem til 2014. I arbeidet med inntektsmodellene i Helse Sør-Øst RHF fremkom det ikke spesifikke opplysninger om omfordelingene fra historiske budsjetter til nytt beregnet budsjett mellom sykehusområdene skyldtes enten et for høyt eller lavt; kvalitetsnivå, aktivitetsnivå eller effektivitet. For Oslo universitetssykehus HF innebar de modellene som ble benyttet til fordeling av inntekter til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling en betydelig negativ omfordeling. En stor del av effekten på de samlede inntektene er imidlertid "nøytralisert" når modellen nå er oppdatert med nye befolkningstall. Det planlegges nå med høyere vekst innenfor disse fagområdene i ØLP 2015-2018 enn det som ble planlagt i ØLP 2014-2017, se tabell 4.

|  | Δ B2014-2015 | Δ 2015-2016 | Δ 2016-2017 | Δ 2017-2018 |
|--|--------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Psykisk helsevern</b>   |              |             |             |             |
| <b>Psykisk helsevern for voksne</b>                                    |              |             |             |             |
| Antall utskrivninger døgnbehandling (VOP)                              | 1,4 %        | 1,8 %       | 0,1 %       | 0,1 %       |
| Antall oppholdsdager dagbehandling (VOP)                               | 0,0 %        | 0,0 %       | 0,0 %       | 0,0 %       |
| Antall polikliniske konsultasjoner (VOP)                               | 2,4 %        | 2,6 %       | 2,8 %       | 2,8 %       |
| <b>Psykisk helsevern for barn og unge</b>                              |              |             |             |             |
| Antall utskrivninger døgnbehandling (BUP)                              | 2,6 %        | 2,0 %       | 2,0 %       | 2,0 %       |
| Antall oppholdsdager dagbehandling (BUP)                               | 2,6 %        | 2,0 %       | 2,0 %       | 2,0 %       |
| Antall polikliniske konsultasjoner (BUP)                               | 2,4 %        | 1,9 %       | 1,9 %       | 1,9 %       |
| <b>Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB)</b> | <b>2015</b>  | <b>2016</b> | <b>2017</b> | <b>2018</b> |
| Antall utskrivninger døgnbehandling (TSB)                              | 2,0 %        | 0,0 %       | 0,0 %       | 0,0 %       |
| Antall oppholdsdager dagbehandling (TSB)                               | 1,0 %        | 0,0 %       | 0,0 %       | 0,0 %       |
| Antall polikliniske konsultasjoner (TSB)                               | 2,6 %        | 0,0 %       | 0,0 %       | 0,0 %       |

Tabell 4: Planlagt prosentvis aktivitetsutvikling innen psykisk helsevern fra 2014-2018

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det lagt til grunn en forventet aktivitetsvekst fra 2014 til 2015 med en noe større økning i antall polikliniske konsultasjoner og antall oppholdsdager i dagbehandling, enn i antall utskrivninger. Forventet endring i aktivitetsnivå tar hensyn til forventet økning i befolkningen og effekt av tiltak som er igangsatt blant annen innenfor barne- og ungdomspsykiatrien i 2014. Innenfor voksenpsykiatrien er det lagt til grunn at salg av et fast antall plasser til Akershus universitetssykehus HF opphører fra 1.1.2017. Når det gjelder tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det lagt til grunn en økt aktivitet fra 2014 til 2015 på 2 pst i antall utskrivninger og 2,6 pst for antall polikliniske konsultasjoner. For resten av planperioden er det etter foretakets vurdering usikkerhet om vekst vil komme innenfor helseforetaket eller hos private leverandører. På denne bakgrunn er det foreløpig ikke lagt til grunn økt aktivitet i perioden utover 2015. I budsjettskrivet fra Helse Sør-Øst RHF står det at det innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være særlig fokus på å videreutvikle samarbeidet mellom helseforetakene, de private leverandørene og kommunene for å sikre god gjennomføring av behandlingen og forebygge tilbakefall. Helseforetaket vil følge opp dette.

#### Særskilt om samhandling

Innenfor somatikken er gevinsten ved uttak av utskrivingsklare pasienter allerede tatt ut. Dersom det innføres tilsvarende system innen psykisk helse og avhengighet vil det forventes noe nedgang i antall liggedager for utskrivingsklare pasienter. Det kan muliggjøre noe reduksjon i antall senger og personell i Oslo universitetssykehus HF.

På kort sikt forventer ikke Oslo universitetssykehus HF at den kommunale medfinansieringen vil gi utslag på aktiviteten. Det er bydelene som håndterer potensielle pasienter og pr dato har ikke disse fått ekstra midler til forebyggende aktivitet. Midlene er foreløpig beholdt sentralt i kommunen, og bydelene har følgelig ikke noe økonomisk incitament i forhold til å satse på å forebygge innleggelse.

Oslo universitetssykehus HF forventet ingen stor effekt i form av redusert aktivitet pga åpningen av kommunal akutt døgnenhet (KAD). KAD driftes nå med 32 senger som er ment å avlaste Akershus universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus HF. Oslo kommune planlegger å utvide med 20 senger i løpet av 2014. Det gjennomføres nå en kartlegging som ser på om noen av våre inneliggende pasienter kunne vært ivaretatt ved KAD eller om KAD fører til færre innleggelse på sykehuset. Så langt har ikke åpningen av KAD gitt store utslag, og det har ikke vært mulig å redusere antallet senger eller bemanningen som følge av dette. Dette er bekymringsfullt da det overføres betydelige midler fra Oslo universitetssykehus HF til Oslo kommune for å dekke satsingen på KAD.

Oslo universitetssykehus HF samarbeider med de andre sykehusene (Lovisenberg, Diakonhjemmet, Akershus universitetssykehus) og KAD om en kartlegging av enkeltpasienter for å sannsynliggjøre den behandling pasientene eventuelt ville ha mottatt i sykehusene. Det pågår også et omfattende forskningsprosjekt i regi av UiO for å anslå effektene av etablering av KAD, men dette arbeidet har et mer langsiktig perspektiv.

Det arbeides også med andre virkemidler for å redusere behovet for innleggelse/polikliniske konsultasjoner i sykehuset i samarbeid med Oslo kommune, blant annet:

- Prosjekt akutt/subakutt funksjonssvikt der målet er å gi fastlegene et mer egnet verktøy til å vurdere behovet for innleggelse. Prosjektet konkluderes i løpet av våren 2014
- Samarbeidsavtale med Sykehjemsetaten om tilsyn til sårpasienter ved sykehjemmene kombinert med opplæring av personale med mål om reduksjon i antall pasienter fra sykehjem til Hudpoliklinikken
- Testing av modell med ambulant palliativ behandling i samarbeid med en bydel. Målet er at økt trygghet for slike tjenester i hjemmet kan redusere behovet for innleggelse ved sykehus.
- Praksiskonsulentordning for sykepleiere fra bydel. Sykepleierne har praksis ved Medisinsk klinikk og målet er kompetanseoverføring og større trygghet i forhold til å kunne yte nødvendig omsorg i pasientenes hjem
- Leger med erfaring fra fastlegepraksis og kommune ansettes i Oslo universitetssykehus HF og vil bistå klinikkene i utvikling av gode pasientforløp og god arbeidsdeling mellom sykehus og fastleger/avtalespesialister

Det er arbeid i gang med å forbedre samhandling og arbeidsdeling mellom Oslo universitetssykehus HF og andre sykehus. En tydeligere arbeidsdeling og økt samarbeid om prosedyrer og kompetansegivende tiltak vil avlaste Oslo universitetssykehus HF og samtidig bidra til at andre sykehus kan gi sine pasienter et bedre tilbud. Det vil bli vurdert obligatorisk bruk av videokonferanser innen de områder som har større pasientgrupper som krysser sykehusgrenser.

#### **4. Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling og finansiering av planlagte investeringer**

##### Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling

I budsjettprosessen for 2014 ba administrerende direktør klinikkene om å konsentrere innsatsen rundt 4 nye områder (ref styresak 71-2013) for å effektivisere virksomheten. Disse områdene følges opp i dialogen mellom administrerende direktør og klinikkledelsen i månedlig rapportering og tertialoppfølging, og vil også inngå i det videre arbeidet med resultatforbedring i langtidsplanperioden. Disse er:

- Øke aktiviteten i de kliniske klinikker i størst mulig grad innen dagens bemanning ved at flaskehalsen i støtteklinikken fjernes / reduseres
- Riktig / bedre bruk av operasjonssykepleiernes kompetanse for å bedre operasjonskapasiteten
- Øke MR kapasitet
- Sengepostsamarbeid i helger

I tillegg har sykehuset prioritert forbedringer på følgende to områder:

- Effektivitet ved poliklinikkene (jf satsning fra Helse Sør-Øst RHF hvor det bl.a gis mulighet for sammenligning på tvers av foretak)
- Effektivitet i den operative sløyfen (jf etablering av kirurgisk driftsstyre og –råd for bedre koordinering og ressursutnyttelse av operative og postoperativ-/intensivressurser).

Forbedringsarbeidet innen disse to områdene vil også videreføres i langtidsplanperioden og vil være førende for mange av de andre tiltakene som er identifisert.

I økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35) er klinikkene tildelt foreløpige rammer for hele planperioden. Klinikkene er bedt om å beskrive områder for tiltak som kan gi produktivitetsforbedringer i perioden. Konkrete tiltak er foreløpig ikke drøftet i klinikkene. Foreløpig vurdering av effekt på de områder klinikkene arbeider med viser en betydelig resultatutfordring for klinikkene i hele planperioden. For 2015-budsjettet er det foreløpig kun estimert tiltak i størrelsesorden 100 millioner kroner.

Ledelsen i Oslo universitetssykehus HF er i prosess for å finne nye områder som det skal arbeides særskilt med i langtidsplanperioden, og som vil bidra til resultatforbedring. De områder det så langt er vurdert at skal følges opp særskilt er:

- Hente effekter av allerede gjennomførte og igangsatte prosjekter (særlig innen IKT):
  - GAT-implementering med ny rapportfunksjonalitet i 2014 – gir grunnlag for bedre ressursstyring opp mot aktivitet
  - Talegjenkjenning ift rettidige epikriser og effektive arbeidsprosesser hvor ytterligere utrulling til nye avdelinger vil vurderes
  - PAS/EPJ-implementering med bredding av felles standarder ift planlegging og gjennomføring av aktiviteter (eks. standardiserte maler for dokumentasjon) vil være tidsbesparende for klinisk personell og legge til rette for aktivitetsøkning.
  - Felles RIS/PACS og LIMS systemer vil også muliggjøre bedre styring og gjennomføring av aktivitet.
  - Felles innkjøpssystem for alle lokaliseringer med ett vareregister og bedret funksjonalitet
- Rett kompetansenivå og rett fordeling av oppgaver:
  - Kontorfaglig nettverk engasjeres i arbeidet med kompetanseløft for at kontoransatte skal kunne løse flere merkantile oppgaver
  - Vurdere blodprøvetaking på sengeposter etter opplæring av personalet for å oppnå rettidig prøvetaking og raskere respons (pågående prosjekt)
  - Vaktordninger - full gjennomgang av alle vaktordninger i sykehuset vurdert ut fra behov og kompetanse
  - Felles metode for planlegging og gjennomføring av polikliniske undersøkelser basert på kartlegging av pasienttilstrømning, rom/utstyr og legekapasitet og -kompetanse
  - Samarbeid med andre helseforetak med tydelig strategi for kompetansebygging for å fordele oppgaver mellom foretakene og daglig samhandling gjennom IKT/konferansmuligheter
  - Skjerming av elektive pasientforløp for å redusere antallet strykninger og redusere omfanget av unødvendige kostnader
- Drift Aker
  - Gjennomføre prosjekter for flytting av døgnaktivitet ut av Aker og etablering av senter for dagkirurgi og elektiv kirurgi med 5-døgnspost.
- Lønnsomme investeringer

- Kriteriet lønnsomhet (investeringer som gir lavere driftkostnader) vektlegges høyere når investeringsbudsjettet disponeres
- Oppfølging av gjennomførte investeringer inklusive samlokaliseringer for gevinstuttak

I tillegg både kreves og legges det til rette for kontinuerlig forbedringsarbeid i hele sykehuset. Den enkelte leder på alle nivåer i sykehuset forventes å gå foran og motivere for gjennomføring av forbedringsarbeid i sin egen enhet. Dette er nødvendig for å håndtere de endringer i oppgaver, utrednings- og behandlingsregimer og drift som Oslo universitetssykehus HF må tilpasse seg. Valg av felles metode og standarder/normer kan være nødvendig for å få gjennomslag for dette arbeidet. Det er så langt iverksatt opplæring i LEAN-metodikk.

#### Finansiering av planlagte investeringer

Investeringsnivået har tre finansieringskilder:

Investeringer til løpende drift er i utgangspunktet forutsatt håndtert gjennom videreføring av historisk likviditetstildeling på om lag 335 mill kroner per år.

Investeringer i omstilling er forutsatt finansiert med 50 pst låneopptak og 50 pst kontantoppgjør fra Helse Sør-Øst RHF (reduksjon av Oslo universitetssykehus HF fordring på Helse Sør-Øst RHF) og det foreligger planer for 1,575 milliarder kroner som er stilt til disposisjon for omstillingsinvesteringer knyttet til samlokaliseringer.

Oslo universitetssykehus HF årlige basisinntekter fra Helse Sør-Øst RHF medfører ikke en tilsvarende overførsel av likviditet fra Helse Sør-Øst RHF. Hvert år holdes mellom 500 og 600 mill kroner av Oslo universitetssykehus HF inntekter igjen i foretaksgruppen for å prioritere investeringer i regionale IKT-prosjekter (der Oslo universitetssykehus HF er prioritert) og større sykehusutbygginger (for tiden Østfold sykehus). Når denne likviditeten holdes igjen i Helse Sør-Øst RHF oppstår et betydelig lån fra Helse Sør-Øst RHF til Oslo universitetssykehus HF. Ved inngangen til 2015 er dette lånet, også omtalt som basisfordring, estimert til om lag 3,6 milliarder kroner. Det er dette lånet/basisfordring som først fra 2014 ble renteberegnet og har redusert Oslo universitetssykehus HF totale finanskostnader betydelig.

Investeringsbehovene ut over de finansieringskildene som er omtalt over (335 mill kroner i historisk likviditetsfordeling og omstillingsmidler) er imidlertid betydelig (ref kapittel 6 og 7). Det er per i dag to muligheter for tilleggsfinansiering av investeringer:

- driftsoverskudd fra foregående års drift kan disponeres til neste års investeringer
- ekstraordinære lån fra Helse Sør-Øst RHF – Dette lånet er i praksis nedbetaling av det lånet fra Oslo universitetssykehus HF til Helse Sør-Øst RHF som er omtalt over.

I planperioden er det nå forutsatt resultatforbedring som bidrar med overskudd fra drift. Dette overskuddet er i planperioden forutsatt benyttet til investeringer i samme år som det forventede overskuddet realiseres. Denne forutsetningen innebærer en betydelig risiko ift gjennomføringen av investeringsplaner. Følgende finansiering fra overskudd fra drift er lagt inn som finansiering av investeringsbehovet:

- 150 mill kroner i 2015
- 300 mill kroner i 2016

- 450 mill kroner i 2017
- 600 mill kroner i 2018 og hvert år frem til 2035

Ettersom Oslo universitetssykehus HF ikke kan forventes å håndtere investeringsbehovene med overskudd ut over den plan som er skissert de første årene i planperioden, foreslås det utvidede investeringsnivået håndtert med ekstraordinære lån/reduksjon av basisfordring fra Helse Sør-Øst RHF med følgende beløp:

- 900 mill kroner i 2015
- 500 mill kroner i 2016
- 300 mill kroner i 2017
- 200 mill kroner i 2018

Tilsvarende ekstraordinært lån/reduksjon i basisfordring var på 450 mill kroner i 2014.

Med disse låneopptakene/reduksjon av basisfordring fra Helse Sør-Øst RHF er det forventet at fordringen reduseres fra 3,6 milliarder kroner den 1.1.2015 til 2,9 milliarder kroner ved utgangen av 2018.

I tillegg er det i langtidsplanen forutsatt overføring av investeringsmidler fra Stiftelsen Det Norske Radiumhospital, og dette vil inngå i finansieringen av etablering av brystsenter på Radiumhospitalet inklusive oppgradering og utvidelse av operasjonskapasiteten.

Investeringer i samhandlingsarena Aker er forutsatt finansiert med låneopptak. Det understrekes at det er usikkerhet knyttet til behovet for investeringer knyttet til samhandlingsprosjekter ved Helsearena Aker i årene framover, og dette behovet vil avhenge av hvilken aktivitet sykehuset legger til Aker de nærmeste årene. Oslo kommune har signalisert et tydelig ønske om utvidelse av kapasitet innen kommunal akutt døgnetenhet.

Investeringer i nye bygg er lagt inn med et nivå på 150 mill kroner fra 2017 og 300 mill kroner fra 2018 og ut planperioden. Dette er forutsatt finansiert med låneopptak.

Gitt investeringer og de driftsresultater og de tilhørende ekstraordinære låneopptakene som er lagt til grunn vil gjelds- og fordringssituasjonen totalt sett innebære en mindre nedgang i netto rentekostnader i perioden frem til 2018. Dette må imidlertid også sees på bakgrunn av at det aller meste av IKT-investeringene forutsettes å bli bokført utenfor helseforetakets regnskaper (gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst RHF/Sykehuspartner). De økonomiske konsekvensene for sykehuset kommer først til syne i form av sterkt økte IKT-driftskostnader i årene framover.

Kapital fra salg av eiendom er ikke lagt inn som forutsetning for investeringer og inngår heller ikke i budsjettert driftsresultat. Det vurderes salg av to mindre eiendommer i 2015 med takst om lag 30 mill kroner. I 2016 har man prognostisert et salg på om lag 90 millioner kroner som primært knytter seg til salg av Josefinesgate 30 og Pilestredet 77. Disse salgene er ikke vedtatt og er avhengige av at planer om flytting av DPS poliklinikk og en samling av DPS døgnavirksomhet til Geitemyrsveien realiseres. I et lengre tidsperspektiv kan det, avhengig av sykehusets strategiske veivalg, tenkes at eiendommer knyttet til Ullevål, Radiumhospitalet, og Aker sone 1 kan avhendes. Avhendingspotensialet for disse eiendommene er ikke vurdert, og det er derfor ikke fastsatt beløp for salg av disse eiendommene.

## **5. Risiko for ikke å oppnå resultatmålene og risikoreducerende tiltak**

Dette er omtalt under kapittel 8.

## **6. Investeringer i bygg og eiendom**

Oslo universitetssykehus HF leverte i økonomisk langtidsplan 2014-2017 (30) et budsjett med betydelige investeringer i nybygg og oppgraderinger i eksisterende bygg (om lag 18,5 milliarder kroner). Investeringene var omtalt som omstillingsinvesteringer og inndelt i Fase 1-3. Investeringene var basert på arealutviklingsplan behandlet av styret i Oslo universitetssykehus HF første kvartal 2012.

Idéfasearbeidet for erstatning av gammel bygningsmasse gjennomføres i 2014, og Oslo universitetssykehus HF leverer derfor ikke ny beregning av totale utbyggings- og ombyggingskostnader for perioden 2015-2035 i denne økonomiske langtidsplanen. Det som legges til grunn er et investeringsnivå som sikrer forsvarlig drift i planperioden fram til 2018. Dette nivået er likt videreført også for perioden 2019 til 2035, men vil være betydelig høyere i denne perioden for å sikre forsvarlig drift. Det er ikke laget estimater for dette til økonomisk langtidsplan ettersom beregningene gjennomføres som del av nullalternativet i idéfaseprosjektet.

I tillegg er det estimert et løpende nybyggbehov for å håndtere vekst på 300 mill kroner per år.

Under gis nærmere beskrivelse av de enkelte budsjetter. Tabell 5 inneholder det totale investeringsbudsjettet per år fordelt på investeringer finansiert med:

- ordinær likviditetstildeling/basisfinansiering (den likviditet OUS HF mottar årlig og som kan benyttes til investeringer gitt et økonomisk nullresultat)
- ekstraordinært investeringsbudsjett finansiert med ekstraordinære lån, overføring fra Stiftelsen det norske Radiumhospital og overskudd på drift
- omstillingsinvesteringer (tidligere Fase 1 investeringer) finansiert med 1 575 millioner kroner behandlet i statsbudsjettet og overføring fra Stiftelsen det norske Radiumhospital. I tillegg er det lagt inn nybygginvesteringer på et stipulert årlig nivå i påvente av idéfaserapport for å ivareta vekst i befolkningen og dermed i aktivitet

| Investeringsbudsjett (ekskl. byggelånsrenter)<br>(mill kroner)   |                   | Budsjett<br>2014 | ØLP<br>2015  | ØLP<br>2016  | ØLP<br>2017  | ØLP<br>2018  |
|--|-------------------|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Investeringer<br>innenfor ordinær<br>likviditetstildeling  | MTU               | 173              | 174          | 174          | 174          | 174          |
|  | Bygg              | 78               | 76           | 76           | 76           | 76           |
|  | Annet             | 59               | 60           | 60           | 60           | 60           |
|  | IKT               | 25               | 25           | 25           | 25           | 25           |
|  | <b>SUM</b>        | <b>335</b>       | <b>335</b>   | <b>335</b>   | <b>335</b>   | <b>335</b>   |
| Investeringsbehov<br>ut over ordinær<br>likviditetstildeling<br>(ekskl omstilling)                     | MTU               | 100              | 350          | 304          | 316          | 301          |
|  | Bygg              | 350              | 775          | 552          | 449          | 524          |
|  | Annet             | 0                |              |              |              |              |
|  | IKT               | 0                |              |              |              |              |
|  | <b>SUM</b>        | <b>450</b>       | <b>1 125</b> | <b>856</b>   | <b>765</b>   | <b>825</b>   |
| Omstillings-<br>investeringer (1 575<br>mill kroner ihht st.<br>prop.) og lån til nye<br>bygg fra 2017 | MTU               | 84               | 30           | 0            | 0            | 0            |
|  | Bygg              | 386              | 335          | 114          | 150          | 300          |
|  | Annet             | 0                |              |              |              |              |
|  | IKT               | 0                |              |              |              |              |
|  | <b>SUM</b>        | <b>470</b>       | <b>365</b>   | <b>114</b>   | <b>150</b>   | <b>300</b>   |
| <b>SUM</b>   | MTU               | 357              | 554          | 478          | 490          | 475          |
|  | Bygg              | 814              | 1 186        | 742          | 675          | 900          |
|  | Annet             | 59               | 60           | 60           | 60           | 60           |
|  | IKT <sup>1)</sup> | 25               | 25           | 25           | 25           | 25           |
|  | <b>SUM</b>        | <b>1 255</b>     | <b>1 825</b> | <b>1 305</b> | <b>1 250</b> | <b>1 460</b> |

<sup>1)</sup> Investeringer i IKT balanseføres i regnskapet til Sykehuspartner

Tabell 5: Investeringer 2014-2018 fordelt på finansieringskilde og art

### Omstillingsinvesteringer og nye bygg

Stortinget har bevilget en ramme på 1,575 milliarder kroner til omstillingsprosjekter ved Oslo universitetssykehus HF (Omstillingsinvesteringer fase 1, 1 500 mill kroner og samhandlingsarena Aker, 75 mill kroner). I tillegg består budsjettet av ytterligere investeringsmidler fra Stiftelsen Det Norske Radiumhospital knyttet til etablering av nytt brystkreftsenter på Radiumhospitalet og kompensasjon for lønns- og prisvekst.

Omstillingsprosjekter pågår for fullt og fremdrift er i henhold til revidert og utvidet plan. Det største enkeltstående prosjektet er nytt akuttbygg på Ullevål som nå fases inn i full bruk i 2014. De ulike prosjektene er i ulike faser: Flere er gjennomført, flere er under gjennomføring og det pågår flere forprosjekter som vil kartlegge kvalitet, gevinster, tidsplan og kostnader for planlagte prosjekter. Det er lagt inn estimater i budsjettet for omstillingsinvesteringer som ikke er basert på gjennomførte forprosjekter, slik at de ulike postene i budsjettet innebærer usikkerhet.

I påvente av idéfasearbeidet er det lagt til grunn et sjablongmessig beløp til investeringer i nye bygg og som fases inn med 150 mill kroner i 2017 og deretter 300 mill kroner hvert år i planperioden frem til 2035. Nivået er meget usikkert, men ment å legge til rette for håndtering av vekst på 1 ½ pst i aktivitet hvert år i planperioden, der en stor del av veksten skjer ved at behandling dreies inn mot mindre arealkrevende behandling (dagbehandling og poliklinikk).



### Investeringer i videreføring av drift

Som det fremgår av kapittel 4 er likviditet fra basisbevilgningen til løpende driftsinvesteringer på om lag 335 mill kroner per år. Forslag til budsjett for årene 2015-2018 er på mellom 1 450 og 1 200 mill kroner per år. Dette er forutsatt finansiert med basisbevilgning, ekstraordinært lån fra Helse Sør-Øst RHF, overføring fra Stiftelsen det norske Radiumhospital og driftsoverskudd. Budsjettet har vært gjenstand for en grundig vurdering for denne planperioden og skal ta høyde for de viktigste, men ikke alle, krav som er stilt i budsjettsskriv nr 3 fra Helse Sør-Øst RHF om plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Budsjettet er også basert på at foretaket skal realisere en reduksjon i gjennomsnittlig alder på medisinsk teknisk utstyr. Dette må sees på bakgrunn av at Oslo universitetssykehus HF har en høy gjennomsnittlig alder på utstyr sammenliknet med andre foretak. Bygginvesteringer er gitt nærmere omtale i neste avsnitt, og medisinsk teknisk utstyr er omtalt i kapittel 7. Investeringer i kategorien "Annet" består i hovedsak av ambulanser, andre kjøretøyer, behandlingshjelpemidler, kjøkken og tekstilvaskeri.

### **Særskilt om investeringsbehov i bygg (eksklusive omstillingsmidler og nybygg) i planperioden 2015-2018**

#### Oppsummering

Det er lagt opp til en stabil investeringsramme på vedlikeholdsinvesteringer på mellom 420 og 450 mill per år. Dette er i tråd med tidligere innmeldte behov og dialog med Helse Sør-Øst RHF og kommer i tillegg til planlagte omstillingsprosjekter. Investeringene knytter seg hovedsakelig til lukking av tilsynsavvik og helt nødvendige infrastrukturkostnader (strøm, vann og elektro). Investeringsbehovet reflekterer ikke en ordinær vedlikeholdsplan, og tiltakene er kostnadsberegnet med en kvalitet som forutsetter at nye sykehusbygg realiseres i et 10-15 års perspektiv.

I tillegg er det i enkelte år lagt inn såkalte strategiske investeringer, samt investeringer som konsekvens av investeringsområdene IKT og MTU. Investeringene er delt inn i noen hovedkategorier som hver er omtalt nedenfor.

#### Vedlikeholdsinvesteringer eiendom

Det er lagt opp til en flerårig plan for *oppgradering av sengeposter* i de mest utsatte byggene ved OUS, spesielt gjelder dette sengeposter i bygg ved Radiumhospitalet og Ullevål sykehus. Tiltakene omhandler lukking av de største avvikene knyttet til brann og arbeidsmiljø samt noe generell oppgradering. Avvik i bygg med pasientrettet aktivitet prioriteres foran øvrige arealer i en flerårig plan som også er kommunisert til tilsynsmyndighetene. En del av oppgraderingene i planlagte poster krever rokaideareal. Det er iversatt tiltak for å opprette flere sengeplasser blant annet i bygg 3 og 7 ved Ullevål, men hittil er det ikke frigjort tilstrekkelig areal til å gjennomføre oppgraderinger av hele sengeposter. På denne bakgrunn gjennomføres det en utredning knyttet til etablering av et modulbygg på Ullevål, se for øvrig under strategisk investering.

Til sammen er planlagte poster lagt på et moderat nivå på 100-150 mill per år basert på erfaringstall.

*HMS* knytter seg hovedsakelig til rene Arbeidstilsynstiltak, som ikke inngår i kategorien planlagte sengeposter. Dette er hovedsakelig ventilasjonsavvik. Spesialventilasjon går foran øvrig ventilasjon, og ventilasjon i arealer med pasientrettet aktivitet går foran administrative arealer som hovedregel. Det foreligger

et generelt avvik på ventilasjon både på Radiumhospitalet og Ullevål som til sammen er beregnet til 1,5 milliarder totalt. Årlig er det lagt opp til en investeringsramme på 50-70 mill kroner knyttet til ventilasjon.

Det foreligger flere alvorlige *brannavvik* ved sykehuset, og dette gjelder spesielt Ullevål og Radiumhospitalet. Mange av de største avvikene lukkes under kategorien planlagte sengeposter, men i tillegg er det lagt opp til egne brannprosjekter som i hovedsak omhandler rømningsveier, branntiltak i korridorer og trappeløp. Årlig er det lagt opp til 10 mill kroner i brannoppgraderinger i tillegg til planlagte sengeposter samt AMK som er omtalt i neste punkt.

Det er lagt opp til et eget prosjekt knyttet til brannsikring av *AMK i bygg 2 på Ullevål*. Dette omhandler i hovedsak sikring av AMK som inntil videre er plassert i dette bygget frem til en permanent løsning lar seg realisere. Her er det en egen dialog med Brann- og redningsetaten i Oslo kommune som ikke er avsluttet, men antatt totalinvestering for dette bygget er lagt på 36 mill kroner fordelt over tre år.

Det foreligger flere store og alvorlige *elektroavvik* ved sykehuset. Disse knytter seg særlig til understøttelse av gruppe 2-rom (pasientrom der det er instrumenter koblet til pasient eller gjennomføres prosedyrer med behov for strøm), mangel på UPS'er og nødstrøm. Dette gjelder alle lokalisasjoner. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) er det eneste tilsynet som har valgt å ilegge foretaket bøter som for tiden er på 450.000,- per måned. Det er lagt opp til en investeringsramme på ca 100 mill kroner per år for å lukke elektroavvik. Svært mange av disse prosjektene vil være krevende å gjennomføre da de berører svært sentrale virksomhetsområder som eksempelvis intensiv og nyfødtintensiv ved Rikshospitalet.

Antall "*Må- tiltak*" og *havarier* er med dagens bygningsmasse økende. Erfaring fra de siste par år viser at dette er økende og knyttet til akutte setningsskader, løse fasader, vann- og fuktskader (gjennomtrengning), tekniske havarier etc. Det er med denne bakgrunn lagt opp til en økning fra 50 mill kroner i 2015 til 175 mill kroner i 2018 innenfor denne kategorien.

I tillegg til å lukke de største avvikene knyttet til ulike tilsyn er det tatt høyde for investeringskostnader til *verdibevarende vedlikehold av "nyere bygg"*. Ett av disse byggene er Rikshospitalet. Det er satt egen budsjettpost fra 15 mill kroner i 2015 til 35 mill kroner i 2018 for denne type investeringer. Dette er lave investeringskostnader for verdibevarende vedlikehold, men en del dekkes også gjennom de øvrige bygginvesteringene som er omtalt i dette kapittelet. Hastetiltak som kan dekkes gjennom denne budsjettposten er fasaderehabilitering, taktetting, skifting av vinduer (trerammer som råtner), utvendig vedlikehold av plasser og områder samt noen utskiftninger innen VVS og elektro.

*Produksjonsstøtte-utstyr* omhandler eksempelvis sikkerhetsbenker, ultrafrysere, rørpost -anlegg m.v. Det er foreslått satt av 5 mill per år til dette i planperioden.

Foretaket har siden 2012 arbeidet med å opprette *kontroll over vannforsyningen* på Radiumhospitalet, slik at Legionella kan forebygges (vannsikkerhetsplan). Etter flere avdekkede tilfeller med Legionella er disse planene forsert, og det arbeides i disse dager med å forbedre anlegget vesentlig. Våren 2014 gjøres det en større risikovurdering også for Ullevål. Årlig investering er foreløpig satt til 25 mill i hhv

2014 og 2015. Dette beløpet er det stor usikkerhet heftet ved og behovet for investeringsmidler knyttet til vannsikkerhetsplanene kan vise seg å bli større.

Det er besluttet å erstatte dagens trykk-tank med et nytt *trykk-kammer*. Dette er en investering som er så vidt stor at den er omtalt særskilt. Byggkostnader alene er beregnet til 29 mill kroner fordelt over 2 år. MTU-andelen kommer i tillegg og er finansiert over 2013-rammen.

Klinikkene i Oslo universitetssykehus må gis en mulighet til å melde inn *investeringer som gir økte inntekter / reduserte utgifter for klinikkene* dersom de blir gjennomført. I tillegg legges det opp til en "elektiv" innmeldingsprosess for klinikkene vedr nødvendige virksomhetstilpasninger som krever arealendringer. Til sammen er det lagt opp til 10 mill kroner i årlig investeringsramme knyttet til dette punktet.

#### Særskilt om byggkostnader avledet av andre investeringsområder – IKT og MTU

Bygg og infrastrukturinvesteringer knyttet til IKT har hittil ikke vært budsjettert i IKT-budsjettet lokalt eller i Sykehuspartner. Investeringsbehovet er derfor lagt inn i bygginvesteringer. Eksempler på slike investeringer er fiberkabling og kjøling til understøttelse av det regionale plattformprosjektet, som igjen understøtter implementering av regional DIPS-løsning og regionale RIS/PACS-løsning. Anslått behov er i underkant av 200 mill kroner fordelt med om lag 40 mill kroner i 2014 (som er inkludert i vedtatt investeringsbudsjett for dette året) og om lag 150 mill kroner i 2015.

Større investeringer i medisinsk teknisk utstyr som MR, CT, autoklaver etc krever ofte ombygging samt sikring av strøm, kjøling etc. Disse kostnadene tas som utgangspunktet ikke med i investeringsbudsjett til utstyr. Det er derfor nødvendig å sette av en et investeringsbudsjett også til disse investeringene. Med en økende investeringstakt for MTU økes byggdelen tilsvarende og det bør tas høyde for 50 mill kroner i gjennomsnittlige årlige bygginvesteringer knyttet til utstyrskjøp.

#### Særskilt om strategiske investeringer

Det er to større investeringsobjekter i denne kategorien:

1. Det er et behov for et modulbygg som skal understøtte behovet for rokaidearealer ved Ullevål for å sikre gjennomføringen av vedlikehold av planlagte sengeposter ( se over). Det foreligger pt. ikke et eksakt kostnadsoverslag knyttet til etablering av et modulbygg, men det er antydnet ca 100 mill kroner. Dette er lagt som en investering i 2015. Dersom modulbygget kan realiseres før 2015, vil det gjennomføres en egen dialog med HSØ om muligheten for særskilt finansiering av dette bygget. Det utredes også muligheten for leie av et modulbygg.

2. Operasjonsstuene ved Radiumhospitalet er det andre investeringsområdet der det er behov for særskilt finansiering. Alle dagens operasjonssaler krever totalrehabilitering og oppgradering for å kunne garantere videre drift, også i en kort – og mellomlang periode. Oppgradering av operasjonsstuene er lagt inn som en del av Brystprosjektet på Radiumhospitalet som vil medfinansieres av Stiftelsen Det Norske Radiumhospital. Foretakets investeringsbehov er derfor tilpasset dette.

#### Særskilt om vektete tilstandsklasser

Vektete tilstandsklassifiseringer per bygg er ikke fylt ut i leveransen til Helse Sør-Øst RHF. Det henvises til vedlagt tilstandsrapport for bygg (ikke vedlagt styresaken).

Beregninger av tilstand per bygg hensyntatt nye investeringer er et komplekst arbeid. Denne type vurderinger er ikke gjennomført til denne leveransen.

#### Særskilt om investeringsbudsjettet for 2015

Investeringsbudsjettet for 2015 markerer seg som særskilt høyt. Dette skyldes at budsjettet for 2015 fremdeles inneholder betydelige investeringer finansiert med omstillingsmidler. I tillegg er det budsjettet med to store enkeltposter i 2015-budsjettet som ikke ligger inne i de påfølgende års budsjetter. Dette gjelder:

- 150 mill kroner til fiberkabling og kjøling for å muliggjøre det regionale programmet Digital fornying (regional IKT-portefølje)
- 100 mill kroner til modulbygg for etablering av rokaideareal og som virkemiddel for bedre drift

### **7. Investeringer i medisinsk teknisk utstyr**

Oslo universitetssykehus HF er det foretaket i Helse Sør-Øst RHF med lengst gjennomsnittlig levetid for medisinsk teknisk utstyr (gjennomsnittlig levetid overstiger 11,5 år). Styret i Oslo universitetssykehus HF ble i 2012 (sak 63/2012 og 74/2012) orientert om den tilstand MTU ved Oslo universitetssykehus HF befinner seg i. Med mål om å stanse opp aldringsprosessen av utstyrsparken og over tid redusere gjennomsnittlig alder ble det utarbeidet en plan for å gjennomføre årlige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i størrelsen 350 millioner kroner per år i perioden 2013-2015. For 2014-budsjettet er investeringsnivået finansiert med ekstraordinært lån fra Helse Sør-Øst RHF med 100 mill kroner, 84 mill kroner som del av omstillingsinvesteringene (Akuttbygget største post) og 273 mill kroner av Oslo universitetssykehus ordinære investeringsmidler på totalt 335 mill kroner.

Oslo universitetssykehus erfaring med investeringsnivå på om lag 400 mill kroner i budsjett 2013 og 350 mill kroner i 2014, er at dette investeringsnivået ikke har vært tilstrekkelig til å stoppe økningen i gjennomsnittlig levetid. Dette har sammenheng med at en del av utstyret som er anskaffet har gått til nytt utstyr uten at dette erstatter gammelt utstyr, eksempelvis utstyr i nytt Akuttbygg og at et nivå på 350 mill kroner skal gå til utstyr som skal erstatte en utstyrportefølje med total innkjøpsverdi på 3,5 milliarder med levetid på 10 år.

Basert på Oslo universitetssykehus HF høye gjennomsnittsalder på utstyr (erfaring med betydelig økning i antallet sammenbrudd), foretakets ambisjon om å øke utstyrinvesteringene og Helse Sør-Øst RHF's uttrykte ønske om forsterket prioritet av midler til investeringer i medisinsk teknisk utstyr, har Oslo universitetssykehus revurdert plan for utskifting og nyinvesteringer i medisinsk teknisk utstyr for planperioden 2015-2018.

Hvor mye gjennomsnittlig levetid vil reduseres med er avhengig av hvilket utstyr det investeres i og hva som kasseres. Nivået som er vurdert som nødvendig for å oppnå en reduksjon i gjennomsnittlig levetid på utstyr på mellom ett og to år i planperioden, er et gjennomsnitt på 500 mill kroner per år. Dette nivået vil bidra til en forventet nedgang i sammenbrudd, høyere oppetid med mindre forstyrrelser og mer effektiv pasientutredning og -behandling. Nivået vil også i større grad imøtekomme klinikkens (virksomhetens) meldte utstyrsbehov og sannsynligvis resultere i bedre pasientbehandling og sikkerhet.

Basert på viktigheten av medisinsk teknisk utstyr og det økonomiske omfagnet, er Oslo sykehuservice og Medisinsk teknisk virksomhetsområde gitt i oppdrag å lage en områdeplan for medisinsk teknisk utstyr. Denne skal være på linje med områdeplan for IKT og forelegges styret som del av årlig budsjettbehandling.

I avsnittene under følger mer inngående beskrivelse av de utskiftninger som er vurdert som viktig at gjennomføres:

#### *Flåteutskiftninger*

Medisinsk teknisk virksomhetsområde (MTV) mottar gjentatte avviksmeldinger fra klinikkene knyttet til manglende og utslitt utstyr. Flåteutskiftninger startet i 2013 og forventes videreført. Følgende områder står sentralt:

- Infusjonspumper, smertepumper, kuvøser og defibrillatorer med samlet investeringsbehov på 30 mill kroner i 2013 og 2014
- Pasientovervåkningsutstyret er flere steder kondemnabelt, og det er etablert en total utskiftningsplan kostnadsestimert til 70 mill kroner fordelt på 2014-2016
- Endoskopiutstyr med hyppige sammenbrudd og med en normert levetid på bare 4 år for skopene.

#### *Billeddannende utstyr og stråleterapi*

Det er laget en plan som viser alderoversikt og status for alle MR (19 stk), CT (18 stk) og C-buer (20 stk) i OUS. Planen synliggjør et behov for:

- utskiftning av 2 MR-maskiner per år fra 2015 til og med 2018 med et totalt investeringsbehov på 130 mill kroner i planperioden
- utskiftning av 2 stk CT per år i 2015 og 2016, deretter 3 stk CT per år i 2017 og 2018 med et totalt investeringsbehov på 100 mill kroner i planperioden
- utskiftning av 20 C-buer med et samlet investeringsbehov på 25 mill kr over årene 2015 – 2018. C-buer (flyttbart røntgenutstyr) ved OUS er med få unntak gamle og slitte, og er i tillegg basert på utdatert teknologi.

Ultralydapparater utgjør (om alle kategorier medregnes) om lag 260 stk til en akkumulert anskaffelseskostnad på om lag 180 mill kr. Utstyret har stor sammenbruddsfrekvens, og funksjonelt/medisinsk har dette utstyret kortere levetid enn Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) normerte gjennomsnitt av MTU (7 år for ultralyd mot gjennomsnitt 10 år). Spesielt de mest avanserte hjerte-ultralydapparatene har en høy alder (11,8 år i gjennomsnitt). Med en utskiftning av 15 apparater (mindre enn 6 % av parken i antall) hvert år vil det innebære et behov for om lag 20 mill kroner til investeringer per år. Dette er likevel ikke nok til å opprettholde en HOD-levetid på 7 år. Ultralydapparater kan også vurderes for operasjonell leie ettersom utstyret har kort levetid og rask teknologisk og medisinsk utvikling.

Strålemaskiner (Linac, 18 stk totalt) har en forventet levetid på 12 år, og planen innebærer en målsetting om utskiftning av 2 strålemaskiner hvert år i planperioden. Dette innebærer et investeringsbehov på 60 mill kroner per år og totalt 280 mill kroner i planperioden. Dette skal dekke etterslep som foreligger siden 2005, og den faktiske økning i insidens av kreft som allerede ble beskrevet i Norsk kreftplan i 1997.

### *Laboratorie- og analyseutstyr*

Laboratorieutstyret i Oslo universitetssykehus HF har en estimert gjennomsnittlig alder på 14 år. Dette er betydelig høyere enn den angitte levetid på 9 år og det er store muligheter for gevinster i analysetid og forbruksmateriell ved å skifte ut det eldste utstyret.

I 2015 er det spesielt viktig å erstatte hovedanalyseinstrumentene for immunologi og medisinsk biokjemi på Rikshospitalet. Klinikken for diagnostikk og intervensjon har behov for å gjennomføre en effektivisering av analysevirksomheten i forbindelse med denne utskiftingen. Det bør innenfor behovet på 40 mill kr i investeringsmidler avsettes 20 mill kr. for dette arbeidet i 2015. Det er fortsatt en viss usikkerhet knyttet til estimatet.

Det vil bli gjennomført en nærmere analyse av laboratorieutstyr, spesielt med tanke på skifte til automasjon ved Rikshospitalet (tilsvarende som det er gjort ved Ullevål). Totalt for laboratorie- og analyseutstyr er det foreløpig budsjettet med 130 mill kroner i fireårsperioden.

### *Investeringer som prioriteres fordi de understøtter effektiv drift og andre elektive behov*

De utstyrsområder som er omtalt over dekker ikke den totale utstyrsparken til Oslo universitetssykehus HF. Det er viktig at det er satt av et investeringsbudsjett for klinikkens egne prioriteringer, og at investeringer som understøtter mer effektiv drift kan understøttes. Oslo universitetssykehus praktiserer uttrekk av driftsramme til de klinikker som melder utstyrsinvesteringer som gir mer effektiv drift og har god erfaring med denne praksis.

Det er satt av om lag 400 mill kroner totalt til planlagte/elektive behov i planperioden. Dette investeringsbeløpet må sees i sammenheng med et tiltagende omfang av kassasjoner meldt fra klinikkene. Det er nødvendig med et betydelig budsjett for denne posten slik at investeringer kan planlegges og ikke kun gjennomføres i forbindelse med sammenbrudd av utstyr.

### *Sammenbrudd*

Erfaringer fra årene 2010 – 2013 tyder på at investeringsbehov knyttet til faktiske sammenbrudd vil være over 200 mill kroner årlig hvis ikke planlagte investeringer øker. Det er anslått et behov på i gjennomsnitt 130 mill kroner per år i planperioden basert på vekst i planlagte anskaffelser. For 2015 estimeres 160 mill kroner, for 2018 anslås behovet å være redusert til under 100 mill kroner.

### *Utviklingsprosjekter*

Det foreligger en rekke utviklingsprosjekter som forutsetter utstyrsinvesteringer. Investeringsbehovet er anslått til 50 mill kr i 2015, og deretter er estimat knyttet til nye prosjekter på 25 mill kr per år. Prosjekter som vil ha behov for utstyrsinvesteringer i 2015 er ibruktagelse av OCCI-bygget, oppgradering av legevakten (Storgaten 40) og andre mindre prosjekter. Dette er foreløpige estimater siden respektive forprosjekter ikke er ferdige.

### *Instrumentvaskemaskiner*

Vaskemaskiner er ikke MTU, men har de senere årene vært behandlet som andre medisinske tekniske utstyrsanskaffelser. Det har de siste årene vært tiltagende sammenbrudd av vaskemaskiner. Fungerende vaskemaskiner er en grunnleggende

forutsetning for klinikkens drift, og behovet for investeringsmidler anslås til 5 mill kroner årlig for å opprettholde en forsvarlig utskiftningstakt.

#### *Følgkostnader for bygg og IKT*

Følgkostnader for bygg og IKT er ikke tatt med i budsjett for MTU, men inngår i budsjett for henholdsvis bygginvesteringer og IKT-investeringer.

Det er spesielt de "tunge" investeringene i MR, CT, strålemaskiner og laboratorieutstyr som genererer følgkostnader. For IKT er det erfaringsmessig relativt lave investeringskostnader forbundet med utskifting av MTU. Følgkostnader for bygg er erfaringsmessig høye og utgjøre eksempelvis mellom 1 og 5 mill kroner per installasjon av stort utstyr (MR, CT, strålemaskin, laboratorieutstyr). Basert på de senere års erfaringer knyttet til samlede følgkostnader for IKT og bygg ved anskaffelse av MTU, er det anslått et investeringsbehov på 10 % av samlet utstyrs kostnad, dvs. 50 mill kroner per år.

#### *Prioritering av utstyr*

I arbeidet med prioritering av den enkelte utstyrsanskaffelse blir følgende prinsipper lagt til grunn:

- Anskaffelsene skal understøtte foretakets strategi og bidra til høy kvalitet i foretakets tjenester
- Driftskritisk utstyr som har brutt sammen eller som er nær ved å bryte sammen erstattes
- Utnyttelsesgraden av utstyret skal økes, blant annet ved bedre bruk av utstyr på tvers av klinikk- og avdelingsgrenser
- Det gjennomføres lønnsomhetsanalyser som supplement til de faglige analysene for å sikre korrekt anskaffelse og effektiv bruk av det nye utstyret
- Målet er en reduksjon i antall utstyrsenheter og høyere kvalitet på hver enkelt enhet

### **8. Nødvendig resultatnivå i Oslo universitetssykehus HF og mulighetene for å oppnå dette**

Oslo universitetssykehus HF er i en situasjon hvor det driftes i gammel bygningsmasse, gjennomsnittlig levetid på medisinsk teknisk utstyr er lang og behov for samkjørte IKT-systemer er stort. Dette fremtvinger et behov for økt investeringsnivå både på kort og lang sikt. Oslo universitetssykehus HF vil i denne langtidsplanperioden arbeide med bedre gjennomføring av virksomheten for å sikre en driftsøkonomi som gjør det mulig å investere i nødvendig utstyr og bygningsmasse. Oslo universitetssykehus HF planlegger derfor å komme over i en overskuddssituasjon fra dagens budsjetterte nullresultat så tidlig som mulig i planperioden. I langtidsplanperioden er det forutsatt et resultat med overskudd i 2015 på 150 mill kroner, 300 mill kroner i 2016, 450 mill kroner i 2017 og 600 mill kroner i 2018. Med denne resultatutvikling vil netto kontantstrømeffekt av drift og investeringer være om lag uendret eller noe positiv i perioden 2015-2018 samlet.

Det understrekes at det er stor risiko knyttet til gjennomføringen av resultatkravene i langtidsplanperioden. Fra budsjett 2015 innebærer kravene til resultatforbedring en effektivisering i klinikkene på om lag 1 ½ pst for hvert av de påfølgende årene.

Totalt sett medfører kravet til resultatforbedring at den vekst som planlegges i Oslo universitetssykehus HF i langtidsplanperioden (om lag 1 ½ pst hvert år) må håndteres med om lag den bemanning som det er budsjettert for i 2014. I kapittel 4 er det beskrevet områder Oslo universitetssykehus arbeider med for å få til resultatforbedring og for å oppnå nødvendig resultatforbedring må både områdene og organiseringen av arbeidet konkretiseres ytterligere.

## **9. Styrebehandling av økonomisk langtidsplan**

(Merknad: Skrives etter styrebehandling og inneholder vedtak fra styremøte)



|                  |  |
|------------------|--|
|                  | <b>PROTOKOLL</b><br><br>Drøfting i medhold av hovedavtalen kap. VII, jf arbeidsmiljøloven kapittel 8   |
| <i>Dato:</i>     | 9. april 2014  |
| <i>Sted:</i>     | Oslo universitetssykehus   |
| <i>Parter:</i>   | Ledelsen for Oslo universitetssykehus<br>Foretakstillitsvalgte, foretaksverneombudene  |
| <i>Sak:</i>      | Økonomisk langtidsplan 2015-2018   |
| <i>Tilstede:</i> | <u>Fra arbeidsgiversiden:</u><br>Bjørn Erikstein (dir.), Morten Meyer (HR), Morten Reymert (ØK), Øyvind Wøllo (ØK), Mari Torset, referent (HR)   |
|                  | <u>Fra arbeidstakersiden:</u><br>Elizabeth Holtebekk (NFF), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Rita von der Fehr (NITO), Julie Dybvik (NITO), Morten Sæheim (Tekna), David Pearson (PARAT), Knut Sandli (Fagforbundet), Bjørn Wølstad-Knudsen (Fagforbundet), Nina Bøe (Delta), Birgit Aanderaa (NPF), Are Hugo Pripp (Forskerforbundet), Bjørn Watsend (PF), Ingvild Eidsaae (NETF), Vibeke B. Kristiansen (NSF), Eli Skorpen (NRF), Merete Nordheim Morken (NSF), Aasmund Bredeli (Dnlf) |
|                  | <u>Fra vernetjenesten:</u> Per Oddvar Synnes   |

### Sak 1 Økonomisk langtidsplan 2015-2018

Morten Reymert og Øyvind Wøllo orienterte om arbeidet med økonomisk langtidsplan 2015-2018 med henvisning til utsendte saksdokumenter.

Inntektsforutsetningene noe bedret men sykehuset står overfor store økonomiske utfordringer i årene som kommer. Det er viktig å oppnå driftsoverskudd i langtidsplanperioden for å kunne gjennomføre nødvendige investeringer. Det legges til grunn et investeringsnivå som sikrer forsvarlig drift i planperioden frem til 2018. Totale Utbyggings- og ombyggingskostnader knyttet til nybygg utredes p.t. i idefasearbeidet. Beregninger som gjøres i forbindelse med dette arbeidet tas ikke med i denne langtidsplanen.

Det ble videre orientert om investeringsbudsjettet, aktivitetsforutsetninger, krav til resultatforbedring og resultatbudsjett samt virkemidler og videre prosess.

Det ble gitt kommentarer og stilt spørsmål til både tiltak og til formuleringer i teksten, hvorav noen punkter er referert nedenfor mens andre er tatt hensyn til i saksfremlegget om ØLP.

For øvrig vises det til protokolltilførsler fra arbeidstakersiden i vedlegg til protokollen.

- **Arbeidstaker:** Det ble stilt spørsmål om bygningsmessige forhold; om Arbeidstilsynets pålegg om utbedring av arealer vil kunne oppfylles, og om det planlagte modulbygget på Ullevål som avlastningsareal ved den økte aktivitet som legges til grunn i ØLP, og videre om modulbygg vs aktivitet på Aker er utredet.

**Arbeidsgiver:** Det planlegges vedlikehold og å lukke pålegg fra Arbeidstilsynet uten å stenge av bygninger. Modulbygget skal dessuten bidra til avlastning og kapasitetsøkning som det står beskrevet i saken. Oslo sykehuservice vil i nærmeste fremtid gjennomføre en forstudie med tanke på finansiering og økonomiske forutsetninger for modulbygg på Ullevål.

- **Arbeidstaker:** Virkemidler for å oppnå budsjettert resultatutvikling ble også kommentert. Det er ikke konkludert i prøveprosjektet om desentralisert blodprøvetaking med tanke på besparelser. Videre er sykepleierne skeptiske til at man skal bruke andre enn operasjonssykepleiere på visse operasjonsstuer. Det stilles også forslag til å legge inn økt grunnbemannings som virkemiddel. Det ble også stilt spørsmål til formuleringen på enkelte punkter.

**Arbeidsgiver:** Dette er forhold som skal vurderes følges særskilt opp og man må avvente videre utredning og konklusjon på enkelte punkter før tiltak iverksettes. Kommentarer om formuleringer vurderes når saksfremlegget revideres.

- **Arbeidstaker:** Medarbeiderundersøkelsen er foreslått gjennomført hvert annet år i perioden. Det er et viktig verktøy i arbeidet med det psykososiale arbeidsmiljøet og arbeidstakersiden ønsker involvering i dette spørsmålet.

**Arbeidsgiver:** Foretakstillitsvalgte, vernetjenesten og Arbeidsmiljøutvalget vil bli involvert i oppfølgingen. Spørsmålet om å endre gjennomføringen til hvert annet år avklares med Helse Sør-Øst.

- **Arbeidstaker:** Det er et grundig og gjennomarbeidet men ambisiøst budsjett. En vurdering av risikobildet bør behandles eksplisitt i dokumentet som skal styrebehandles.

**Arbeidsgiver** tar dette til etterretning og vil vurdere ytterligere konkretiseringer.

### **Protokolltilførsler**

Det vises til vedlagte protokolltilførsler fra

- 1) Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon NITO, Den norske legeforening, Fagforbundet, Delta, Norsk sykepleierforbund (s. 3)
- 2) Norsk psykologforening (s. 4)
- 3) Vernetjenesten ved foretaksverneombud (s. 5)

Arbeidsgiver  
(Sign)

Arbeidstakerorganisasjonene  
(Sign)

**Protokolltilførsel fra Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon NITO, Den norske legeforening, Fagforbundet, Delta, Norsk sykepleierforbund**

*(Støttet av Norsk fysioterapeutforbund, Fellesorganisasjonen, Parat, Norsk psykologforening, Norsk ergoterapeutforbund, Delta)*

Organisasjonene mener saksfremlegget gir en god beskrivelse av sykehusets vanskelige økonomiske situasjon og utfordringer de nærmeste årene. Vi er tilfreds med de positive endringene i inntektsforutsetningene for perioden, men mener fremdeles at sykehuset er underfinansiert innenfor flere områder og vi støtter at det jobbes videre med å synliggjøre dette overfor eier.

Organisasjonene er tilfreds med at det legges opp til et høyere investeringsnivå når det gjelder bygninger og MTU. Dette er helt nødvendig for bedre arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og kvaliteten på pasientbehandlingen. Det gjenstår likevel målrettet fokus på strategisk kompetanseplanlegging og kostnader knyttet til dette.

Organisasjonene mener det er stor usikkerhet rundt realismen i å planlegge med et driftsbudsjett som legger opp til økonomisk overskudd allerede i 2015 med mindre driftsrammene økes ytterligere. Et overskudd i driften danner grunnlag for fremtidige investeringer, men vi ser ikke at driftssituasjonen gjør det mulig allerede i 2015. Aktivitetsvekst uten økte lønnsutgifter fremstår som vanskelig fordi sykehuset fremdeles ikke har vesentlige effekter av investeringene i MTU, IKT og bygg. Det er dermed svært begrensede muligheter for økt effektivitet, og vi frykter forslaget vil føre til økt arbeidsbelastning på de ansatte. Medarbeiderundersøkelsen og meldte HMS avvik viser at arbeidsbelastningen allerede oppleves å være for høy flere steder, og det meldes om for liten tid til faglig oppdatering og utvikling. Organisasjonene ønsker også å vise til det store antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene som er registrert i OUS i 2013. Tilbakemeldingene er at dette i stor grad skyldes for lav grunnbemanning. En økt arbeidsbelastning for den enkelte, høy bruk av overtid, lange arbeidsøkter og manglende tid til faglig oppdatering, vil kunne føre til en forringelse av arbeidsmiljøet, lavere faglig kvalitet og redusert pasientsikkerhet ved sykehuset.

Rita Von Der Fehr, NITO  
Aasmund Bredeli, DNLF  
Bjørn Wølsted Knudsen, Fagforbundet  
Nina Bøe, Delta  
Merete Norheim Morken, Norsk Sykepleierforbund

## Protokoll drøftemøte 9. april 2014



### Økonomisk langtidsplan 2015 – 2018 (2035) for Oslo universitetssykehus HF

Psykologforeningen støtter fellesprotokollen fra organisasjonene.

Psykologforeningen ser med stor bekymring på den svært store usikkerheten i forhold til utviklingen innenfor Tverrfaglig spesialisert rusbehandling innenfor OUS. Det er svært lite døgnbehandling innenfor offentlig drift i dag og det er derfor svært bekymringsfullt at dette feltet skal kuttes med 9 millioner i 2015 og ytterligere 9 millioner i 2016.

Psykologforeningen vil i tillegg vektlegge betydningen av fokusert arbeid med det psykososiale arbeidsmiljøet og lederutvikling/personlig lederstøtte som et tiltak for å oppnå budsjettet resultatutvikling og finansiering av planlagte investeringer. Dette er et område som også bør nevnes blant de områdene som i punkt 4. skal følges særskilt opp i langtidsperioden.

Mvh  
Birgit Aanderaa  
FTV OUS Norsk Psykologforening

*(Støttet av Norske ergoterapeutforbund, Delta)*

## Drøftinger 08.04.14. Økonomisk langtidsplan (ØLP) 2014 – 2018.

Vernetjenesten har følgende innspill til fremlagte drøftingsnotat/ØLP:

- Vernetjenesten advarer mot å endre frekvens i gjennomføring av årlig Medarbeiderundersøkelse (MU). Det er sterke faglige argumenter som taler mot å endre MU til bare å bli gjennomført hvert annet år. Vernetjenesten krever tett involvering i alle prosesser knyttet til vurdering av dette spørsmål. Vernetjenesten forventer å bli kontaktet umiddelbart dersom slike vurderinger fortsatt foretas.
- Vernetjenesten støtter Psykologforeningens innspill om at ØLP også må inneholde strategier for styrking av det psykososiale og organisatoriske fagområdet. Sykehusdrift representerer en særdeles personellintensiv virksomhet. Dette særegne grunnpreg ved sykehusdriften må legges til grunn for all planlegging av fremtidig drift.
- Vernetjenesten ønsker å påpeke nødvendigheten av å skaffe arealer for å håndtere utfordringer gjeldende fortetning og befolkningsøkning på kort og mellomlang sikt. Etablering av Modulbygg på Ullevål er en mulighet til å håndtere dette. Modulbygget må derfor dimensjoneres med dette som mål.
- ØLP er etter vernetjenestens vurdering både ambisiøs og "fremoverlent" inn mot de fysiske arbeidsmiljøutfordringene. Dersom planens betingelser/premisser faller på plass som presentert i drøftingene, vil ØLP kunne representere en reell mulighet for forbedringer i arbeidsmiljøsituasjonen ved sykehuset.
- OUS bør i ØLP synliggjøre overfor eier (HSØ) konsekvensene av at rammevilkårene i planperioden ikke innfris/imøtekommes. En slik konsekvens redegjørelse bør inneholde hvilke pålegg fra tilsynsmyndighetene som i tilfelle ikke innfris.

Mvh

Per Oddvar Synnes  
Foretaksverneombud  
OUS

## **Vedtak i Arbeidsmiljøutvalget**

Sak 19 / 2014    Økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35)

Vedtak:

AMU opplever ØLP som offensiv inn mot vedlikehold av bygningsmasse og MTU. AMU ser betydelige utfordringer på kort og mellomlang sikt ift gjennomføringsevne av tiltak.

AMU presiserer at ØLP i aktuelle planperiode også må styre ressursbruken inn mot det psykososiale og organisatoriske området.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 24. april 2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

---

### **SAK 24/2014 INVESTERINGSBUDSJETT 2015**

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2015.*

Oslo den 11. april 2014

Bjørn Erikstein

**Bakgrunn**

Styret i Oslo universitetssykehus HF ble i 2012 (sak 63/2012 og 74/2012) orientert om tilstanden på det medisinsk tekniske utstyret ved Oslo universitetssykehus. Med mål om over tid å redusere utstyrsparkens gjennomsnittsalder, ga styret administrerende direktør i oppdrag å forberede en plan for årlige investeringer i medisinsk teknisk utstyr i størrelsesorden 350 millioner kroner i perioden 2013-2015.

Erfaringene er at slike anskaffelser tar i gjennomsnitt ett år å gjennomføre. For å gjennomføre et investeringsnivå på 350 millioner kroner i 2014 ga styret i sak 38/2013 administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler for totalt 200 millioner kroner av 2014 budsjettet.

I denne saken ber administrerende direktør om fullmakt til å inngå avtaler i 2014 som belastes investeringsbudsjettet for 2015.

**Tidligere vedtak**

Det er ikke tidligere blitt fattet vedtak som vedrører investeringsbudsjett 2015

**Administrerende direktørs vurdering**

Det er viktig å legge arbeid i anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr siden det tar tid å forberede og gjennomføre slike anskaffelser. Administrerende direktør ber derfor om fullmakt til å starte prosessen og inngå avtaler om investeringer i medisinsk teknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2015.

**Faktadel**

Planlegging, utlysning og gjennomføring av investeringer i medisinsk teknisk utstyr er tidkrevende. Det er derfor viktig å få på plass en god og forutsigbar prosess slik at anskaffelser som blir budsjettet for 2015 lar seg gjennomføre i praksis. Dette krever at administrerende direktør allerede nå kan forplikte sykehuset innenfor 2015 investeringsrammen. I tillegg er sammenbruddsposten til medisinsk teknisk utstyr, som i 2014 er på 100 millioner kroner, fordelt og nye sammenbrudd må erstattes så raskt som mulig.

Forskuttering av 2015 budsjettet vil ikke medføre at de totale gjennomførte utbetalingene til investeringsformål overstiger budsjetterte utbetalinger i 2014.



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 24. april 2014

Saksbehandler: Direktør pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: Arbeidsmiljøårsrapport 2013

---

### **SAK 25/2014 ARBEIDSMILJØÅRSRAPPORT 2013**

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar redegjørelse om Arbeidsmiljøårsrapport 2013 til orientering.*

Oslo, den 11. april 2014

Bjørn Erikstein

**Sammendrag**

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

Arbeidsmiljøårsrapport 2013 oppsummerer hvor langt sykehuset er kommet i dette arbeidet. Det har etter Arbeidsmiljøavdelingens vurdering vært en svak positiv utvikling fra 2012 til 2013. Oppsummert risikoverdi er 0,93 i 2013 mot 1,04 i 2012:



Det er best arbeidsmiljøstatus innen "arbeidsglede" og "inkluderende arbeidsliv". "Arbeidsbelastning" er det arbeidsmiljøområdet som har bedret seg mest, men det er fortsatt et utfordrende område. Mens de største arbeidsmiljøutfordringene er "arbeidsbelastning" og "plassforhold".

Basert på Arbeidsmiljøårsrapport 2013 har sykehuset vedtatt følgende satsningsområder i 2014:

- Oppgradering av bygningsmasse
- Arbeidsbelastning
- Kulturbygging
- Kjemikalieeksponering

Det er utarbeidet tiltaksplaner som er under gjennomføring for alle satsningsområdene.

**Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

Medarbeiderne og deres kompetanse er OUS mest verdifulle ressurs, en ressurs det er særlig viktig å ta vare på. Strategisk plan 2013-18 har som ett av sine hovedmål at *Oslo universitetssykehus skal ha et arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt*. Samtidig som et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for god pasientbehandling, er god kvalitet i pasientbehandlingen en viktig motivasjonsfaktor for travle helsearbeidere. Det er samspillet mellom mennesker og omgivelser som skaper arbeidsmiljøet. Ansatte som trives, gjør en bedre jobb og er mer effektive.

Arbeidsmiljøårsrapport 2013 gir en strukturert gjennomgang og vurdering av arbeidsmiljøstatus i sykehusets klinikker. Det er positivt at "arbeidsgleden" fortsatt er god hos de fleste, og at risikobildet innen "arbeidsbelastning" har bedret seg.

Når det gjelder fysiske arbeidsmiljøutfordringer er det "bygningssmassens tekniske standard" og "plassforhold" som er hovedutfordringene. En del bygningsmessige tiltak ble gjennomført i 2012 og 2013, og det er også en tiltaksplan for 2014 for å imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Eltilsynet. Dette dreier seg om midlertidige eller varige tiltak for alle arbeidsmiljøforhold som er risikovurdert med konsekvensgrad 5 (høyt) og noen arbeidsmiljøforhold risikovurdert med konsekvensgrad 4. Risikoverdien etter gjennomføring av disse tiltakene vil bli redusert til 3 (moderat) eller lavere. Dette vil bidra til å videreføre den positive arbeidsmiljøutviklingen.

Innen psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø er det "arbeidsbelastning" og "bedriftskultur" som er de største utfordringene. Når det gjelder arbeidsbelastning, arbeides det bredt med å redusere brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Eksempler er tydelig prioritering av arbeidsoppgaver, organisering av arbeidet, målrettede rekrutterings-

og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse, benytte personalressurser på tvers, intern personalformidling, målrettede tiltak innen ressursplanlegging og turnusplanlegging, sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær. Samt kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos ledere i linjen. Når det gjelder kulturbygging er det igangsatt et arbeid via AMU for å utarbeide en kulturbyggingplan. Planen forventes å bli ferdig i løpet av 1. halvår 2014.

Hoveddelen av HMS-arbeidet foregår på enhetsnivå, og hvor det utarbeides lokale risikoreduserende handlingsplaner etter HMS-runde og medarbeiderundersøkelse. Dette følges opp av klinikkene. De nye elektroniske HMS-verktøyene som ble tatt i bruk høsten 2012 gir klinikkene mye bedre oversikt over både status og fremdrift i arbeidsmiljøarbeidet. I tillegg til de lokale handlingsplanene har klinikkene egne satsningsområder for 2014:

| <b>PHA</b>  | <b>MED</b>  | <b>KKN</b>   | <b>KVB</b>  | <b>KKT</b>   |
|---|---|--|---|--|
| Målarbeid med handlingsplan og avdelingsvise prosesser<br>Faglig utvikling med volds-reduserende tiltak og realistiske kompetanse-planer<br>Effektivitet                            | Faglig utvikling<br>Arbeids-belastning<br>Mål<br>Forbedringer<br>Verdier<br>Medvirkning   | Renhold<br>Plassforhold<br>Arbeids-belastning<br>HMS-opplæring<br>MTU-opplæring<br>Stoffkartotek-opplæring | Faglig utvikling<br>Mål<br>Arbeidsglede<br>Arbeids-belastning<br>Plassforhold<br>Verdier                                  | Følge opp IA-handlingsplan<br>Redusere AML brudd / overtid<br>Følge opp HMS-avvik<br>LEAN / forbedringsarbeid<br>Verdier; leder og medarbeider-utvikling<br>Samhandling kliniske avd. og forskningsmiljøer |
| <b>HLK</b>  | <b>AKU</b>  | <b>KDI</b>   | <b>OSS</b>  | <b>STAB</b>  |
| Faglig utvikling<br>Plassforhold<br>Målarbeid<br>Omstilling, endring, kulturbygging<br>MTU-opplæring<br>Brannvern<br>Strålevern<br>Arbeids-belastning<br>Kjemikalier, stoffkartotek | Redusere AML-brudd<br>Gjennomgang deler av Prehospitalt senter - organisering<br>Kulturbygging i enkelte avd.<br>Redusere bruk av overtid<br>Kurs i forflytnings-teknikk<br>Redusere sykefravær<br>Leder-utviklingskurs<br>Strålevern | Arbeids-belastning<br>Arbeidslokaler<br>Faglig utvikling<br>Inneklima<br>Sosielt samspill<br>Kjemikalier   | Arbeidsglede<br>Medvirkning<br>Sosielt samspill<br>Arbeids-belastning<br>Rolleklarhet<br>Faglig utvikling<br>Plassforhold | Arbeids-belastning<br>Faglig utvikling<br>Rolleklarhet   |

Klinikkene vil bli fulgt tett opp på gjennomføringen av disse tiltakene.

### Faktabeskrivelse

Arbeidsmiljøårsrapporten for 2013 inneholder klinikkenes, verneområdenes og Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av arbeidsmiljøstatus. Dataene i rapporten er innhentet ved klinikkvis innrapportering og ved innhenting av data fra eHMS.

Dataene er bearbeidet, og sett opp mot Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurdering av arbeidsmiljøstatus pr. 2012 og 2013. Det brukes en firedelt skala i oppsummeringene:

|               |   |                        |   |                                    |
|---------------|---|------------------------|---|------------------------------------|
| <b>Grønt</b>  | = | Ingen helserisiko      | = | Tiltak er vanligvis ikke nødvendig |
| <b>Gult</b>   | = | Mulig helserisiko      | = | Tiltak må vurderes                 |
| <b>Orange</b> | = | Sannsynlig helserisiko | = | Tiltak bør iverksettes             |
| <b>Rødt</b>   | = | Sikker helserisiko     | = | Tiltak skal iverksettes            |

Rapporten består av 3 hoveddeler:

1. Generelle temaer: Oppsummering, Systematisk HMS-arbeid, HMS-avvik, Inkluderende arbeidsliv / sykefravær.
2. Klinikkvis rapportering / oppsummering innen 11 temaer: Systematisk HMS-arbeid, HMS-avvik, Plassforhold, Inneklima, Kjemikalier, Ergonomi, Omstilling, Arbeidsbelastning, Arbeids glede, IA, Ansattesikkerhet / skade på ansatt.
3. Klinikkvis rapportering på: HMS-opplæring, Viktigste gjennomførte arbeidsmiljøtiltak i 2013, Viktigste gjenstående arbeidsmiljøproblemer i 2013, Satsningsområder i 2014.

Kort oppsummert er dette Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av arbeidsmiljøstatus pr. 2013 sammenliknet med 2012, og hvor hovedinntrykket er litt forbedring fra 2012 til 2013. Oppsummert risikoverdi i 2013 = 0,93 mot 1,04 i 2012:



|     | Syst. HMS-arbeid | HMS-avvik | Plassforhold | Inneklima | Kjemikalier | Ergonomi | Omstilling | Arbeidsbelastning | Arbeids glede | IA | Ansattesikkerhet |
|-----|------------------|-----------|--------------|-----------|-------------|----------|------------|-------------------|---------------|----|------------------|
| PHA |                  |           |              |           |             |          |            |                   | +             |    |                  |
| MED |                  |           |              |           |             |          |            | +                 |               | +  |                  |
| KKN |                  |           |              |           |             |          |            | +                 | +             |    |                  |
| KVB |                  |           |              |           |             |          |            |                   |               |    |                  |
| KKT | -                |           | +            |           |             |          |            |                   |               | +  |                  |
| HLK |                  |           |              |           |             |          |            |                   |               |    |                  |
| AKU | +                |           | +            |           | -           |          |            | +                 |               |    |                  |
| KDI |                  |           |              |           |             |          | +          | +                 |               |    |                  |
| OSS | +                | +         |              |           |             |          | +          | +                 | +             |    |                  |
| STA | +                |           | -            |           |             |          |            | +                 |               |    |                  |

Den svakt positive utviklingen i arbeidsmiljøstatus fordeler seg med:

|                           | +         | 0         | -       |
|---------------------------|-----------|-----------|---------|
| Endring fra 2012 til 2013 | 19 (17 %) | 88 (80 %) | 3 (3 %) |
| Endring fra 2011 til 2012 | 18 (16 %) | 88 (80 %) | 4 (4 %) |

Størst positiv utvikling fra 2012 til 2013 er det innen:

- Arbeidsbelastning (men dette er fortsatt et utfordrende område)

Størst arbeidsmiljøutfordringer er det innen:

- Plassforhold (vurdert orange/gult og noe bedret fra 2012)

- Arbeidsbelastning (vurdert orange/gult og bedret fra 2012)

Best arbeidsmiljøstatus er det innen:

- Arbeidsglede (vurdert grønt/gult og noe bedret fra 2012)
- IA (vurdert grønt/gult og noe bedret fra 2012)

Gjennom HMS-årsrapporteringen for 2013 er det dokumentert at:

- 61 % av verneområdene gjennomførte HMS-runde høsten 2013, mot 82 % høsten 2012
- 80 % av verneområdene utarbeidet HMS-handlingsplan i 2013

De største arbeidsmiljøutfordringene pr. 2013 er:

- Renhold
- Arbeidsbelastning
- Inneklima
- Plassforhold
- Smitterisiko
- Støy

Totalt er det registrert 457 HMS-handlingsplaner med 4.512 tiltak. Altså ca. 10 tiltak i gjennomsnitt pr. handlingsplan hvorav pr. 14.03.14:

- 22 % er gjennomført
- 33 % i arbeid
- 45 % ikke påbegynt

Tiltak – 10 på topp:

- Arbeidslokaler / fellesarealer (406)
- Faglig utvikling (272)
- Forbedringer (220)
- Inneklima (182)
- Verdier (164)
- Ergonomi (161)
- Sosialt samspill (152)
- Arbeidsbelastning (147)
- Arbeidsglede (122)
- Brannvern (114)

Pålegg fra Arbeidstilsynet. OUS har flere aktive pålegg fra Arbeidstilsynet. Dette gjelder:

- Vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler - frist mars 2015
- Utbedring av ventilasjonsforhold – frist august 2014
- Kjemikaliesikkerhet – frist mai 2014

Det er utarbeidet handlingsplaner for alle påleggene, og tiltak er under utførelse.

Basert på Arbeidsmiljøårsrapport 2013 anbefaler Arbeidsmiljøavdelingen følgende satsningsområder i 2014:

- Oppgradering av bygningsmasse
- Arbeidsbelastning
- Kulturbygging
- Kjemikalieeksponering

### **Arbeidsmiljøavdelingens anbefaling**

Oppgradering av bygningsmasse og kulturbygging inngår som en del av den strategiske handlingsplanen for perioden 2013-2018.

#### Oppgradering av bygningsmasse

Oslo universitetssykehus' bygningsmasse har svært varierende standard. Fra helt nybygget til fullstendig nedslitt og teknisk utdatert. Det er stort behov for å oppgradere både tekniske anlegg og bygg for å bedre arbeidsmiljøforholdene til de ansatte. Det foreligger pålegg fra Arbeidstilsynet om oppgradering til forsvarlig standard, og det er utarbeidet en prioritert tiltaksplan frem til 2025 som skal sikre at de alvorligste arbeidsmiljøproblemene blir løst først. Arbeidstilsynet følger opp fremdriften i kvartalsvise oppfølgingsmøter.

#### Arbeidsbelastning

Arbeidspresset er høyt for mange. Ledere i OUS har omfattende oppgaver, og må prioritere sin tidsbruk og oppmerksomhet. Krav til bemanning og kompetanse kombinert med sykefravær øker presset ytterligere. Medarbeidere med spisskompetanse og erfaring opplever uro når de skal ha ansvar for kvaliteten på tjenester også for mindre erfarne kolleger og ekstravakter.

Sykehuset har mange brudd på arbeidstidsbestemmelsene, og Arbeidstilsynet følger opp OUS på dette. Årsakene til overtid er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet og utsatte enheters sykefravær fremheves som hovedårsaker. I 2013 har klinikkene arbeidet med å redusere overtid og brudd. Dette arbeidet må videreføres. Aktuelle tiltak kan være målrettede rekrutterings- og ressursplanleggingstiltak for å sikre kritisk kompetanse, benytte personalressurser på tvers, intern personalformidling, målrettede tiltak innen ressursplanlegging og turnusplanlegging, sykefraværsoppfølging og forebygging av sykefravær. Samt kompetanseheving innen ressursplanlegging og regelverk hos ledere i linjen.

#### Kulturbygging

Kultur har i begrenset grad vært på dagsorden siden fusjonen, til dels fordi andre brennende saker som budsjettkutt og mangel på arealer har krevd oppmerksomhet. Tiden er inne for å sette fornyet fokus på kultur og bygge videre på arbeidet som er gjort med visjon og verdier. Aktuelle spørsmål er: Hva skal kjennetegne kulturen når det gjelder pasientbehandlingen? Hva skal prege arbeidsmiljøet, og hvordan skal vi behandle hverandre som kolleger? Hvordan få til reell integrasjon i fusjonerte avdelinger/seksjoner? Hva er felles, hva kan være forskjellig?

Etablering av felles kultur og felles forståelse av OUS overordnede mål og strategier, er en viktig, men utfordrende oppgave. Mange steder i sykehuset er kulturbygging satt på dagsorden. Det foregår målrettede tiltak for å bygge en felles identitet basert på det beste fra de sammenslåtte enhetene. Dette arbeidet må styrkes og utvikles videre. AMU holder på med å utarbeide en handlingsplan for kulturbygging. Den forventes ferdigstilt i løpet av 1. halvår.

#### Kjemikalieeksponering

I mange avdelinger brukes det helseskadelige kjemikalier, og disse kan ved uriktig bruk medføre negative helseeffekter. Klinikk for diagnostikk og intervensjon har flere avdelinger som har spesielt store utfordringer knyttet til kjemikaliehåndtering. Arbeidsrutiner må gjennomgås og revideres. Lokalene er ikke optimale flere steder, og det er behov for oppgradering til dagens tekniske standard. Tiltaksplaner er utarbeidet, og tiltakene er under gjennomføring.



# Arbeidsmiljøårsrapport 2013

Arbeidsmiljøavdelingen

## Innledning

Oslo Universitetssykehus (OUS) sine hovedoppgaver er å drive avansert pasientbehandling, forskning, undervisning og rådgivning på et høyt internasjonalt nivå; til beste for pasienten i dag og i fremtiden – og til beste for samfunnet. Arbeidsmiljø er en av fire grunnpilarer i sykehusets drift.

Systematisk HMS-arbeid er en dynamisk prosess hvor arbeidet med HMS er en naturlig del av alt lederskap og alt daglig arbeid for alle ansatte. HMS er et grunnleggende og integrert element for å nå sykehusets visjon og overordnede mål. Vi skal arbeide systematisk slik at vi kan avdekke arbeidsmiljøproblematikk, og i samarbeid mellom ledelse og ansatte finne gode løsninger på disse.

OUS skal være en arbeidsplass der det er godt å arbeide, og som det er grunn til å være stolt av. God 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 de ansatte.

Ansatte som trives og har nødvendig kompetanse, gjør en bedre jobb og er mer effektive. Slik kan vi forhindre ulykker, skader og feilhandlinger som ellers kan skape utrygghet hos pasienten, og gi produksjonstap og økte kostnader for sykehuset. Sykehuset skal hele tiden arbeide for å oppnå høy troverdighet og godt omdømme. Vi ønsker å vise at måten vi driver vår virksomhet på, er like viktig som resultatene vi oppnår.

## Oppsummering

Det systematiske HMS-arbeidet i Oslo universitetssykehus (OUS) bidrar til et godt og forsvarlig arbeidsmiljø, helsefremmende arbeidsplasser og meningsfullt arbeid for de ansatte.

Arbeidsmiljøavdelingen bistår ledere, ansatte og verneombud i deres systematiske arbeidsmiljøarbeid. Når det gjelder *arbeidsmiljøtenester* bes det oftest om hjelp til arbeidsmiljøkartlegging med forslag til forbedringstiltak, bistand i omstillinger, ergonomisk tilrettelegging, kjemikalieproblematikk, plassforholdsproblematikk og undervisning. Når det gjelder *arbeidshelsetjenester* bes det oftest om hjelp til stikkskadeoppfølging, yrkesvaksinering, sykefraværsoppfølging og psykososial problematikk.

### Systematisk HMS-arbeid

Sykehusets systematiske HMS-arbeid er fortsatt i positiv utvikling. Verneombudene opplever at lederne har mer fokus på arbeidsmiljø enn tidligere. Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av arbeidsmiljørisiko i OUS har gått ned fra 1,04 i 2012 til 0,93 i 2013, på en skala fra 0-3.

I 2012 tok enhetene i bruk eHMS med elektronisk registrering av både HMS-sjekkliste, HMS-handlingsplan og HMS-årsrapport. Klinikken har med eHMS fått enklere tilgang til oppsummerende oversikter over risikoforhold, forbedringsområder, handlingsplaner, tiltaksstatus og årsrapport. eHMS viser at 61 % av verneområdene gjennomførte HMS-runde, og 80 % utarbeidet handlingsplan i 2013. eHMS viser at de største arbeidsmiljøutfordringene pr. 2013 er renhold, arbeidsbelastning, inneklima, plassforhold, smitterisiko og støy.

OUS har flere aktive pålegg fra Arbeidstilsynet. Dette gjelder:

- Vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler
- Utbedring av ventilasjonsforhold
- Brudd på arbeidstidsbestemmelsene
- Lederes unntak fra arbeidstidsbestemmelsene
- Kjemikaliesikkerhet

Det er utarbeidet handlingsplaner for alle påleggene, og tiltak er under utførelse.



### **HMS-avvik**

Det ble meldt 3.882 HMS-avvik i 2013 sammenliknet med 3.951 i 2012, en nedgang på 2 %.

Innen "Skader på ansatte" ble det registrert 1.449 avvik mot 1.628 i 2012, en nedgang på 11 %.

De største avviksgruppene var "stikkskader med smitterisiko", "fysisk vold", "utagerende adferd" og "fall, slag, støt, klem, kutt".

Innen "arbeidsmiljø" ble det meldt 1.464 avvik mot 1.400 i 2012, en økning på 5 %.

De største avviksgruppene var "arbeidspress", "bemanning", "smittevern" og "informasjon/samhandling".

Det er grunn til å tro at det fortsatt er noe underrapportering, da det fra ansatte og vernetjeneste uttrykkes en viss grad av meldetretthet og manglende tro på at det nytter å melde fra. Dette gjelder eksempelvis gjengangere som det over år ikke blir gjort noe med – eksempelvis inneklima. Det kan også gjelde problemer som ikke har vart så lenge, men som er hyppig meldt uten at ønskede endringer skjer – f. eks. renhold, mangel på tilfredsstillende IT- løsninger og lang ventetid på IT-hjelp.

Mangelfull kommunikasjon fra noen ledere om viktigheten av å bruke avvikssystemet som et forbedringsverktøy bidrar også. Ellers er det viktig at ansatte opplever gode tilbakemeldinger, og at tiltak gjennomføres på best mulig måte ut fra de ressurser og det handlingsrom som foreligger i den enkelte sak. For å få opp meldefrekvensen bør det fortsatt fokuseres på melderutiner, meldekultur, læring på tvers og ikke minst bruke avviksbehandlingen som et forbedringssystem.

### **Inneklima**

OUS er en stor og variert virksomhet hvor kjemikalier, gasser, smitte, partikler, støv mm. er viktige problemstillinger i innemiljøet. Dette stiller store krav til de tekniske anleggenes kapasitet og driftssikkerhet. Den svært variable bygningsmassen med varierende teknisk standard blir i denne sammenheng en utfordring. Både på Aker, Radiumhospitalet og Ullevål er det stort behov for å oppgradere de tekniske anleggene og bygningsmassen til dagens tekniske standard, for å bedre arbeidsmiljøforholdene til de ansatte. På Rikshospitalet er infrastrukturprosjektet med oppgradering av det tekniske anlegget snart ferdigstilt. Det er utarbeidet en egen plan for VVS-tiltak i årene som kommer. Høyest prioritet har spesialventilasjonsiltak.

### **Kjemikalier**

Det brukes store mengder kjemikalier på sykehuset. Pr. 2013 er det ca. 16.700 sikkerhetsdatablader i stoffkartoteket. Fareindeksen på helse er 2,98 på en skala fra 1-7. 596 stoffer er i fareklasse 4 (alvorlig helsefare) og 5 (meget alvorlig helsefare) og skal vurderes for substitusjon årlig. Dette er stoffer som eksempelvis er kreftfremkallende, arveskadelige eller reproduksjonsskadelige.

I 2013 ble det avhendet 71 tonn farlig avfall.

I mange avdelinger brukes det helseskadelige kjemikalier, og disse kan ved uriktig bruk medføre negative helseeffekter. Patologiavdelingen har spesielt store utfordringer knyttet til håndtering av formalin og xylen. Arbeidsrutiner må gjennomgås og revideres. Lokalene er ikke optimale flere steder, og det er behov for oppgradering til dagens tekniske standard.

### **Ergonomi og plassforhold**

OUS trenger fleksible arbeidsplasser som kan benyttes av mange ansatte, og tilpasses den enkelte bruker. Som et resultat av det systematiske HMS-arbeidet har mange klinikker arbeidet med dette som mål. Det har i flere tilfeller blitt tilført IA-tilretteleggingsmidler, slik at felles og kostnadskrevende utstyr som pipetteringsmaskin, løfteutstyr, spesialkonstruerte hev-senk arbeidsbord, spesialsenger og forflytningsutstyr er blitt anskaffet. Det pågår en gradvis fornying av sengeparken i OUS. De nye sengene følger dagens standard, og har elektriske reguleringer. Det er likevel fortsatt mange senger med manuell regulering og som daglig gir stor belastning på ansatte. Sen håndtering med ordninger for reparasjon og vedlikehold av defekte senger, har bidratt til fortsatte avviksmeldinger om hendelser med muskel-skjelettplager på ansatte. Begrensede økonomiske ressurser reduserer fremdeles mulighet for nødvendig fornying, oppgradering og samkjøring av gammelt og nytt utstyr.

Forflytningsprosjektet i OUS ble gjennomført med en kampanjeuke i april 2013. Det er laget videofilmer av forflytningssituasjoner som skal legges ut på Intranettet, og det er gjort en kartlegging av forflytningsutstyr som finnes i OUS. Det er gjennomført kursrekker med opplæring i forflytningsteknikk, og det har resultert i 25 nye veiledere. OUS har nå et forflytningsnettverk bestående av 90 forflytningsveiledere.

I ombyggings- og flytteprosessene som har foregått, har det kommet tydelig fram mangel på areal spesielt til kontor- og lagerfunksjoner. Særlig gjelder dette Rikshospitalet. Dårlige plassforhold reduserer muligheter for anbefalte ergonomiske løsninger, og øker risiko for utvikling av muskel-skjelettplager. Ergonomi og plassforhold påvirker inneklima, støyproblematikk og det psykososiale arbeidsmiljøet.

### **Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø**

Medarbeiderundersøkelsen (MU) er det beste verktøyet vi har til å vurdere det psykososiale arbeidsmiljøet. OUS viser en positiv utvikling på alle indikatorene 2011-2013 (unntatt arbeidsbelastning), selv om forskjellene ikke er så store. Generelt ligger OUS på samme nivå som resten av Helse Sør-Øst. Spesielt gledelig er økende svarprosent og økende deltakelse i oppfølgingen av MU. Det er gjennom dette arbeidet man kan fortsette å forbedre det psykososiale arbeidsmiljøet.

Omstillingen etter fusjonen i 2010 har vært mer krevende enn de fleste hadde forestilt seg, ikke minst fordi det ikke ble satt av investeringsmidler til hverken bygg, felles IT-systemer eller menneskelige prosesser i de nye, sammenslåtte arbeidsenhetene. Tvert i mot var det krav om kostnadsbesparelser og nedbemanning. Dyktige ledere og medarbeidere har sluttet, og endringsslitasje og resignasjon har preget arbeidsmiljøet en del steder. Arbeidet oppleves fortsatt meningsfullt og engasjerende, og man har tro på egen enhet. Det har imidlertid vært mindre tro på OUS som organisasjon, og en del misnøye med prosessen så langt. Det går allikevel riktig vei også når det gjelder omstillingen, om enn sakte. Fortsatt er det slik at de høyere ledernivåene ser mer positivt på omstillingsprosessen enn lenger ned i organisasjonen. Det ville vært bekymringsfullt om dette ikke var tilfelle, siden ledere skal vise vei. Samtidig er det viktig å sørge for god kommunikasjon mellom toppen og resten av organisasjonen.

Økonomien oppleves ikke fullt så stram fremover, og det knyttes store forventninger til felles elektronisk pasientjournal som kommer i 2014. I MU er det seks "Endring og omstilling"-spørsmål som kartlegger opplevelsen av OUS-prosessen. På alle disse er det bedre resultat i 2013 enn i 2012, og det var også en forbedring fra 2011 til 2012. Allikevel er dette området fortsatt det absolutt svakeste i hele MU med omtrent halvparten som ikke opplever verken god involvering, ivaretagelse, eller at man har hentet ut det beste fra de fusjonerte miljøer. Et gjennomsnitt dekker imidlertid over store forskjeller – fra avdelinger som har arbeidet meget godt med medvirkning, kulturbygging/integrasjon og ivaretagelse av enkeltmedarbeidere, til avdelinger preget av konflikter mellom tidligere miljøer og dårlig kommunikasjon.

Kultur har i begrenset grad vært på dagsorden siden fusjonen, til dels fordi andre brennende saker som budsjettkutt og mangel på arealer har krevd oppmerksomhet. Tiden er inne for å sette fornyet fokus på kultur og bygge videre på arbeidet som er gjort med visjon og verdier. Aktuelle spørsmål er: Hva skal kjennetegne kulturen når det gjelder pasientbehandlingen? Hva skal prege arbeidsmiljøet, og hvordan skal vi behandle hverandre som kolleger? Hvordan få til reell integrasjon i fusjonerte avdelinger/seksjoner? Hva er felles, hva kan være forskjellig?

### **Inkluderende arbeidsliv**

Inkluderende arbeidsliv skal være en integrert del av det systematiske HMS-arbeidet hvor det forebyggende aspektet er viktig. Økende fokus på økonomi, innsparinger og effektivisering de senere år har gitt seg utslag i at enhetene får stadig færre muligheter til å tilrettelegge for ansatte som har behov for det. NAV har også innskrenket mulighetene til å utføre arbeidstrening og utprøving mens den ansatte får stønader fra NAV (AAP). Det forventes nå at arbeidsgiver lønner den ansatte for de timene den ansatte leverer arbeid i utprøvsperioden. Dette kan skape utfordringer når utprøvingen skal skje i en annen avdeling. Det blir også stadig vanskeligere å få omplassert ansatte utenfor egen enhet fordi ”alle har nok med sine egne”. I noen enheter synes man å ha nådd grensen for hvor mange man kan tilrettelegge for innenfor de driftsrammene man har. Det er økende bevissthet rundt hva som er en forsvarlig arbeidsbelastning for de ansatte som ikke har spesiell tilrettelegging.

### **Smittevern**

Hvert år er det ansatte som stikker/skjærer seg, eller utsettes for luft- og kontaktsmitte i forbindelse med pasientbehandling. Så også i 2013. Ingen ansatte ble smittet etter stikk-/kuttskader eller tbc-smitte i 2013. Sykehuset har gode smittevernforebyggende rutiner i form av yrkesvaksinering og veiledning samt undervisning om smittevern. Stikkskadekonvoluttene som beskriver hvordan stikkskader skal følges opp, er blitt bedre kjent i hele OUS i løpet av 2013. Arbeidsmiljøavdelingen har gjennom året jobbet med forbedringer av smittevernprosedyrer som stikkskadeoppfølging og oppfølging av TBC-eksponerte. I 2013 har det vært en økning i antall enheter hvor ansatte som har blitt eksponert for tuberkulosesmitte har blitt fulgt opp. Det er gjennomført 12 miljøundersøkelser med henblikk på tuberkulosesmitte i OUS, 8 av dem på Ullevål, 3 på Rikshospitalet og 1 på Radiumhospitalet.

Det er også jobbet med informasjon til alle i OUS 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 venfloner. Målsettingen er å forhindre stikkskader.

### **Arbeidsrelatert sykdom**

Det er vanskelig å tallfeste hvor stort det arbeidsrelaterte fraværet er. Arbeidsmiljøavdelingen ser bare en liten andel av dette. Erfaringene fra oppfølging av sykmeldte er at hovedårsakene er muskel/skjelettplager og lettere psykiske plager. Enkeltstående kortidsfravær (inntil 16 dager) kan i noen grad skyldes overbelastninger i jobbsammenheng, og kan avhjelpest med gode tilretteleggingstiltak. For de langtidssyke kan det oftere være multifaktorielle årsaker, og kroniske plager som kan utløses av helt normale belastninger i arbeidet.

### **Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler følgende overordnede satsningsområder i 2014:**

- *Oppgradering av bygningsmasse*
- *Arbeidsbelastning*
- *Kulturbygging*
- *Kjemikalieeksponering*

## 1. Systematisk HMS-arbeid

OUS har utarbeidet et godt system for HMS-arbeidet med kartlegging, risikovurdering, utforming av handlingsplan og gjennomføring av tiltak. Ansvar for implementering ivaretas av linjeledelsen. Det fysiske arbeidsmiljøet kartlegges gjennom HMS-runder, og det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet gjennom Medarbeiderundersøkelsen i regi av Helse Sør-Øst. Det systematiske HMS-arbeidet dokumenteres av lederne i eHMS.

På begynnelsen av hvert år gjennomføres enhetlig årsrapportering fra hvert verneområde. Denne rapporteringen involverer verneombudene, oppsummeres i klinikken og behandles i klinikk-AMU.

Gjennom HMS-årsrapporteringen for 2013 er det dokumentert at:

- 61 % av verneområdene gjennomførte HMS-runde høsten 2013, mot 82 % høsten 2012
- 80 % av verneområdene utarbeidet HMS-handlingsplan i 2013

Oppsummeringen av HMS-rundene viser at de største arbeidsmiljøutfordringene i OUS er:

| 2013              | 2012                      |
|-------------------|---------------------------|
| Renhold           | Renhold                   |
| Arbeidsbelastning | Arbeidsbelastning         |
| Inneklima         | Plassforhold              |
| Plassforhold      | Inneklima                 |
| Smittorisiko      | Arbeidslokalenes egnethet |
| Støy              | Smittorisiko              |

Arbeidsmiljøavdelingen konstaterer at klinikkene vurderer at 5 av 6 hovedutfordringer på arbeidsmiljøområdet i 2013 er de samme som i 2012. Sannsynligvis er dette i hovedsak dels et uttrykk for at ting tar tid, og dels at gjennomføringen av tiltak ligger langt etter plan. Tiltak som krever omdisponeringer av ressurser/aktiviteter eller investeringsmidler tar ofte år.

Totalt er det registrert 457 HMS-handlingsplaner med 4.512 tiltak.

Altså ca. 10 tiltak i gjennomsnitt pr. handlingsplan hvorav pr. 14.03.14:

- 22 % er gjennomført
- 33 % i arbeid
- 45 % ikke påbegynt

Tiltak – 10 på topp:

- Arbeidslokaler / fellesarealer (406)
- Faglig utvikling (272)
- Forbedringer (220)
- Inneklima (182)
- Verdier (164)
- Ergonomi (161)
- Sosialt samspill (152)
- Arbeidsbelastning (147)
- Arbeidsglede (122)
- Brannvern (114)

Arbeidsmiljøavdelingen tilbyr undervisning innenfor alle arbeidsmiljøområder, og av ulik lengde. 21 % av Arbeidsmiljøavdelingens fagtid brukes til undervisning. De fleste kurs er åpne for alle interesserte, og noen tilbys primært ledere og vernetjeneste. I 2013 ble følgende sentrale OUS-kurs arrangert:

- 5 HMS-grunnkurs (4 dager + 2 mellomoppgaver)
- 3 HMS-lederkurs (2 dager + mellomoppgave)
- 12 eHMS - kort innføring for ledere
- 11 Forflytningskurs
- 3 Samtale som verktøy
- 3 LØFT - Løsningsfokuset kommunikasjon
- 2 HMS-avviksbehandling
- 2 Sikkerhetskurs for laboratoriepersonell
- 2 Konflikthåndtering
- 2 Grenser for tilrettelegging
- 2 Ergonomiveiledningskurs
- 2 Endringsledelse
- 2 Kulturbygging
- 1 Hvordan lykkes med fusjoner
- 1 Innføring i stoffkartoteket ECOonline.
- 1 Inkluderende arbeidsliv
- 1 HMS i byggesaker
- Workshops for verneombud (bl.a. HMS-avviksbehandling)

Kursdeltakernes evalueringer er meget gode – i 2013 var det et snitt på 5,4 av 6.

Det tilpasses også undervisning etter forespørsel fra enhetene. Det ble gjennomført mange skreddersydde kurs i 2013, bl.a. innen følgende temaer:

- 40-50 HMS-avviksbehandling
- 6 AKAN (kurs/seminar for ledere, verneombud og tillitsvalgte i klinikker, i samarbeid med AKAN-utvalget og -hovedkontakt)
- 3 Grenser for tilrettelegging
- 3 Innføring i bruk av elektronisk stoffkartotek
- Stressmestring, Arbeidsglede, Å spille hverandre gode, Kulturbygging, Samarbeid og kommunikasjon, Håndtering av trusler, Godt arbeidsmiljø - lederens rolle, "Positiv energi"
- Ergonomiopplæring i bruk av utstyr og arbeidsteknikk for renhold, vaskeri, kontor, skanning, laboratorier og kontrollrom
- Tilpasset forflytningsundervisning for ambulanselæringer, operasjons- og intensivavdelinger

### **Pålegg fra Arbeidstilsynet**

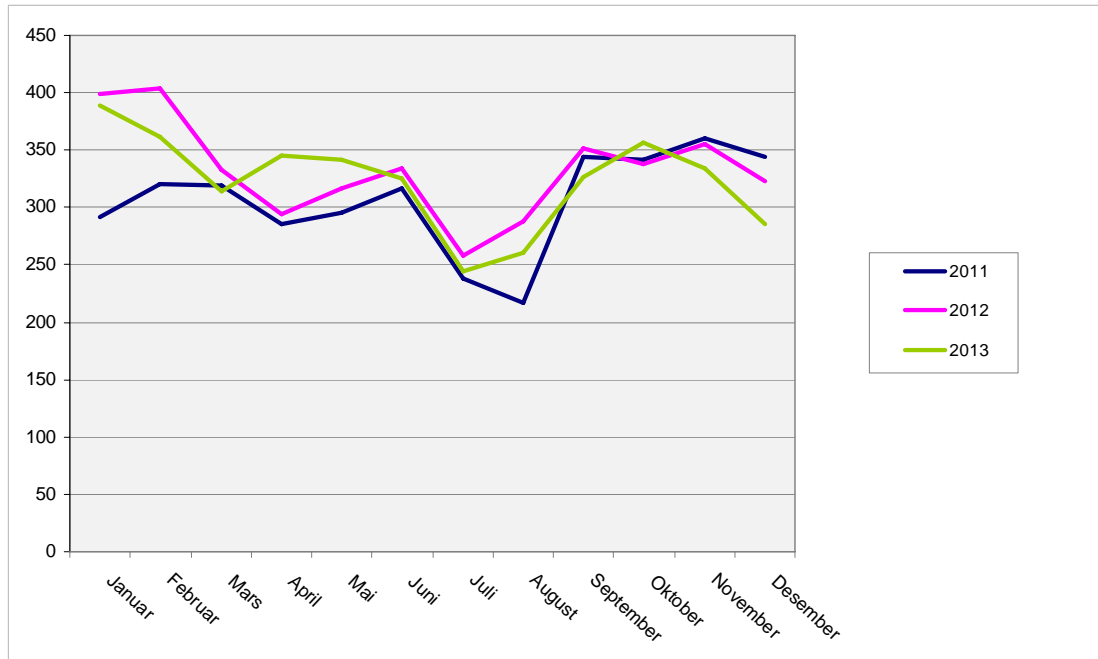
OUS har flere aktive pålegg fra Arbeidstilsynet. Dette gjelder:

- Vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler - frist mars 2015
- Utbedring av ventilasjonsforhold – frist august 2014
- Kjemikaliesikkerhet – frist mai 2014

Det er utarbeidet handlingsplaner for alle påleggene, og tiltak er under utførelse.

## 2. HMS-avvik

### Registrerte HMS-avvik



Skriftlig avviksbehandling sikrer at arbeidsmiljøproblematikk settes på dagsorden for analyse og prioritering av forbedringstiltak. I 2013 ble det meldt 3.882 HMS-avvik sammenliknet med 3.951 i 2012, en nedgang på 2 %.

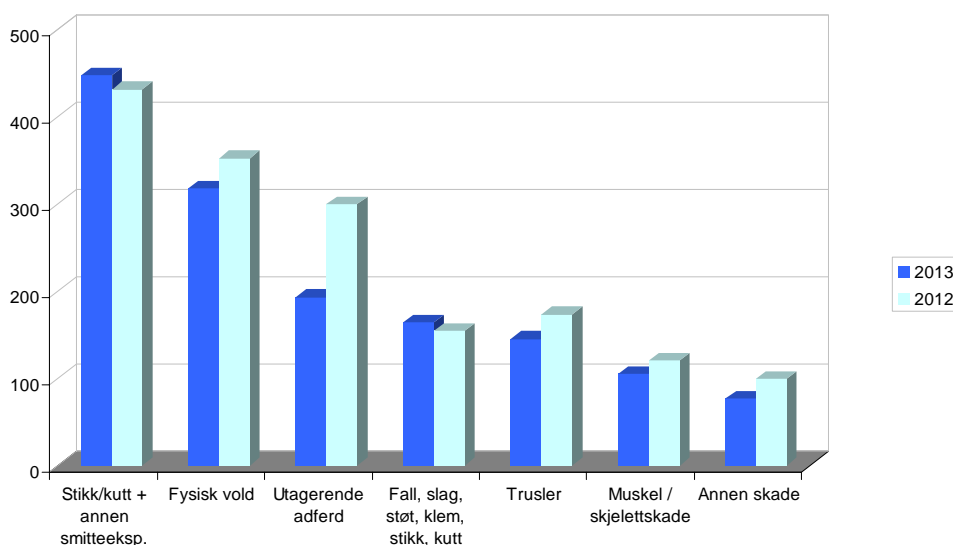
Arbeidsmiljøavdelingen vurderer at det fortsatt er noe underrapportering på HMS-avvik. Årsakene til dette kan være at det i varierende grad:

- er mangelfull kjennskap til avvikssystemet
- er mangelfull kommunikasjon fra noen ledere om viktigheten av å bruke avvikssystemet som forbedringsverktøy
- er meldetretthet og manglende tro på at det nytter å melde fra (gjelder særlig avvik som krever vedlikeholds- og investeringsmidler eller er gjentakende avvik – eks. inn klima og renhold)
- er arbeidspress og mangel på tid til å registrere
- oppleves ugreit eller utrygt å registrere helsebelastende arbeidsmiljøkonsekvenser (gjelder særlig røde risikovurderinger)
- oppleves mangelfull aksept og respekt for melding av avvik
- man snakker sammen om avviket i stedet for å melde
- skjer at avvik blir lukket raskt uten oppfølging eller gjennomføring av forbedringstiltak (gjelder bl.a. enkelte serviceavdelinger i OSS, IKT og Sykehuspartner)
- forekommer muntlige tilbakemeldinger med direkte / indirekte trusler om konsekvenser for videre yrkeskarriere i OUS

Arbeidsmiljøavdelingen konstaterer at ledernes tiltaksoppfølging fortsatt kan bli bedre. Ved utgangen av 2013 stod en rekke alvorlige avvik fortsatt åpne / ubehandlet selv om de var blitt meldt tidlig på året.

## De hyppigst meldte HMS-avvikene

### Skade på ansatt



I 2013 ble det meldt 1.449 avvik i hovedgruppen "Skader på ansatte" mot 1.628 i 2012. Dette tilsvarer en ca. 11 % nedgang.

Den største avviksgruppen var "Stikk / kuttskader" + "Annen smitteeksponering" med 447 avvik. Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse,

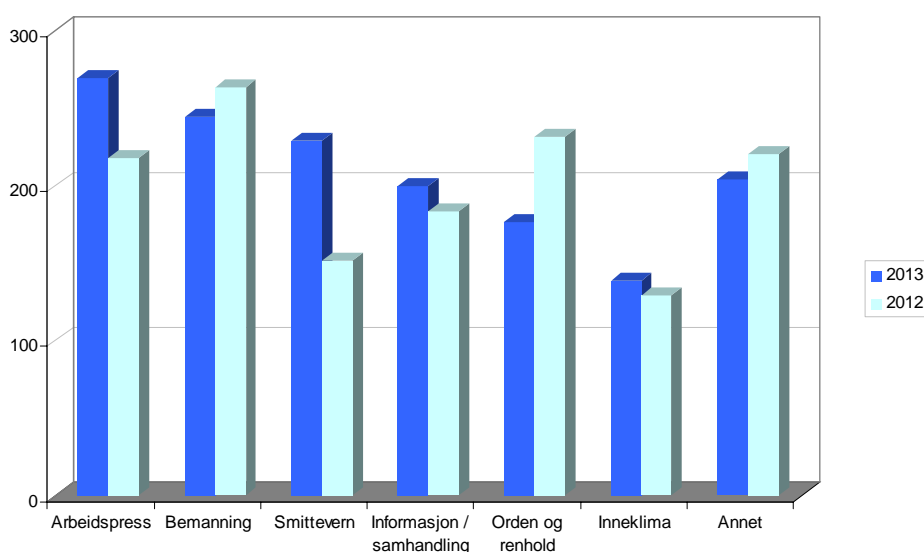
høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger.

Nest største avviksgruppe er "Fysisk vold", fulgt av "Utagerende adferd".

Fysisk vold / utagerende adferd reflekterer tilsammen et betydelig antall hendelser hvor ansatte ble skadet eller stod i fare for å bli skadet - primært fra pasienter innen psykiatri og rus (PHA). Men det er også økende antall meldinger fra andre klinikker. Hendelsene utgjør en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig i arbeidet utsettes for slike forhold.

I "Annen skade" inngår kjemikalieeksponering, stråleeksponering, hudskader, støyskader, lungeskader, allergier, eksem, øyeskader og tannskader.

### Arbeidsmiljø



I 2013 ble det meldt 1.464 avvik i hovedgruppen "Arbeidsmiljø" mot 1.400 i 2012. Hvilket utgjør en økning på 5 %.

Største avviksgruppe i 2013 er "Arbeidspress" med 270 avvik, en oppgang på 24 % fra 2012. Medarbeiderundersøkelsen har samme resultat i 2013 og 2012 på opplevd arbeidsbelastning. Eksempler på

avvikstitler er: Stor arbeidsbelastning, ikke tid til matpause, forsinket behandling, ressursmangel, slitasje på personalet, underbemanning, overtid.

Nest største avviksgruppe er "Bemanning" med 245 avvik – en nedgang på 7 % sammenliknet med 2012. Det dreier seg oftest om ubalanse mellom ressurser / kompetanse og oppgaver. Eksempler på avvikstitler er: Underbemanning, lav kompetanse, bemanning ikke i samsvar med aktivitetsnivå, overtid, dobbeltvakt, samtidighetskonflikt.

Tredje største avviksgruppe er "Smittevern" med 229 avvik – en økning på 51 % fra 2012. Eksempler på avvikstitler er: Urene instrumenter, mangelfullt smitteregime, manglende informasjon om smitte, ikke smittevasket.

I "Annet" inngår: Dagslys og belysning, ergonomi, kjemikalier, ledelse, omstilling, plassforhold, støy, bygninger med tilhørende tekniske anlegg, brann, utstyr og inventar, avfall, ytre miljø og annet HMS.

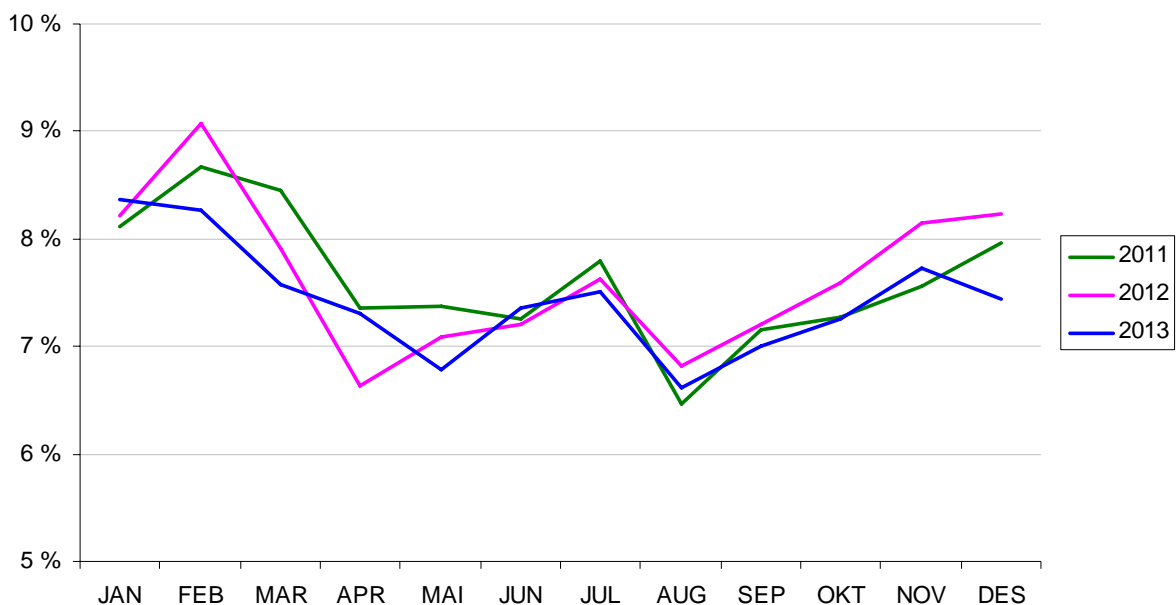
### 3. Inkluderende arbeidsliv / sykefravær

Inkluderende arbeidsliv inngår som en integrert del i det systematiske HMS-arbeidet, og vor det forebyggende aspektet er viktig. OUS har i samsvar med IA-avtalen som gjelder fra 01.03.10 - 31.12.13 utarbeidet egne overordnede mål i IA-arbeidet og laget en handlingsplan. Hver klinikk har også utarbeidet egen IA-handlingsplan. Målene og handlingsplanene gjelder inntil ny IA-avtale blir inngått.

Akkumulert fravær for 2013 er 7,4 %, noe som er reduksjon fra 2012 hvor fraværet var 7,7 %. Det har vært en reduksjon både i korttidsfravær og langtidsfravær.

Korttidsfraværet i 2013 var 2,5 % omtrent likt fordelt på legemeldt fravær under 16 dager (1,3 %) og egenmeldinger (1,3 %) Langtidsfraværet er på 4,9 %, og hvor fravær over 56 dager representerer mesteparten på 3,5 % .

Til sammenlikning er SSBs tall for sykefravær i Helse- og sosialsektoren for 2. kvartal 2013 8,8 % (lege og egenmeldt) noe som er en økning fra 2012.



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



Myndighetene tillater fortsatt ikke at ansatte prøves ut på NAV – midler, verken under sykepengen eller AAP. Det er derfor utfordrende å få prøvet ut ansatte med redusert arbeidsevne i andre stillinger ved foretaket. Dersom det er behov for å få prøvet ut den ansattes arbeidsevne i andre stillinger, er hovedregelen at det er den avgivende avdeling som er ansvarlig for lønnskostnadene i en slik periode. Prioritet til annen stilling blir vanskeligere å vurdere i saker hvor utprøving av arbeidsevnen ikke lar seg gjøre på forhånd.

Tilrettelegging av arbeidet for ansatte som har helsebegrensninger, bør ikke gå for mye ut over kolleger. Det er en økende bevissthet om dette. Spesielt er ønsket om fritak fra nattarbeid problematisk i noen enheter. Arbeidsmiljøavdelingen startet i 2012 tilbud om å bistå i prosessen der avdelinger trenger å få avtaler om tilrettelegging mer formalisert. Dette arbeidet har fortsatt i 2013, i nært samarbeid med HR.

Størstedelen av tilretteleggingsarbeidet gjøres i egen avdeling, i et konstruktivt samarbeid mellom leder og ansatt. Hovedregelen er å få til gradvis tilbakeføring til mest mulig normal arbeidssituasjon, ofte ved bruk av gradert sykmelding. Arbeidsmiljøavdelingen bistår i samhandling, rådgiving og ved 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. Samarbeidet med fastlegene er varierende, ofte bra, mens tilgjengelighet og samarbeide med NAV-kontorene kunne vært bedre.

Tidligere innføring av seniorpolitiske tiltak og opprettelse av et parts sammensatt seniorpolitisk utvalg, har vist seg å være gode og nyttige virkemidler i forhold til IA-avtalen.

Det er fortsatt ikke mulig å etterkomme NAV's ønske om at sykefraværsk dokumenter skal sendes elektronisk via nettsiden "Altinn". Alle aktuelle skjemaer kan i dag hentes fra linker i Sykefraværprosedyren, men må sendes til NAV pr. post. Helse Sør-Øst arbeider med å finne løsning på dette.

## 4. Arbeidsmiljøstatus i klinikkene

Nedenfor følger en klinikkvis oversikt over arbeidsmiljøstatus pr. 2013.

Dataene er innhentet ved klinikkvis innrapportering inneholdende:

- klinikkens egen oppsummering; vedlagt rapporteringsskjemaer, sjekklister fra HMS-rundene og HMS-handlingsplaner fra verneområdene i klinikken.

Dataene er bearbeidet, og sett opp mot Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurdering av arbeidsmiljøstatus pr. 2012 og 2013. Hovedinntrykket er noe forbedring fra 2012 til 2013.

Det brukes en firedelt skala i oppsummeringene:

|                |                          |                                      |
|----------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <b>Grønt</b>   | = Ingen helserisiko      | = Tiltak er vanligvis ikke nødvendig |
| <b>Gult</b>    | = Mulig helserisiko      | = Tiltak må vurderes                 |
| <b>Oransje</b> | = Sannsynlig helserisiko | = Tiltak bør iverksettes             |
| <b>Rødt</b>    | = Sikker helserisiko     | = Tiltak skal iverksettes            |

Hver klinikk sin oppsummering inneholder:

- Klinikken egen vurdering av arbeidsmiljøstatus – hentet fra klinikkens oppsummeringsskjema (vurdert i grønt/gult/oransje/rødt)
- Tallmessig oppsummering av risikovurderinger foretatt ved HMS-rundene i klinikkens verneområder (vurdert i grønt/gult/oransje/rødt):
  - > 3/4 grønne risikovurderinger = **grønt**
  - > 3/4 grønne risikovurderinger, men hvor det er > 7 % oransje + rødt = **gult**
  - alt mellom grønt og oransje = **gult**
  - >1/3 oransje eller summen av oransje og røde risikovurderinger > 1/5 = **oransje**
  - > 1/3 røde risikovurderinger = **rødt**
- Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurdering av arbeidsmiljøstatus (vurdert i grønt/gult/oransje/rødt)
  - 2012
  - 2013
- Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer
- Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak

Kort oppsummert er dette Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av arbeidsmiljøstatus pr. 2013 sammenliknet med 2012, og hvor hovedinntrykket er litt forbedring fra 2012 til 2013. Oppsummert risikoverdi i 2013 = 0,93 mot 1,04 i 2012:



|     | Syst. HMS-arbeid | HMS-avvik | Plassforhold | Inneklima | Kjemikalier | Ergonomi | Omstilling | Arbeidsbelastning | Arbeids glede | IA | Ansatt-sikkerhet |
|-----|------------------|-----------|--------------|-----------|-------------|----------|------------|-------------------|---------------|----|------------------|
| PHA |                  |           |              |           |             |          |            |                   | +             |    |                  |
| MED |                  |           |              |           |             |          |            | +                 |               | +  |                  |
| KKN |                  |           |              |           |             |          |            | +                 | +             |    |                  |
| KVB |                  |           |              |           |             |          |            |                   |               |    |                  |
| KKT | -                |           | +            |           |             |          |            |                   |               | +  |                  |
| HLK |                  |           |              |           |             |          |            |                   |               |    |                  |
| AKU | +                |           | +            |           | -           |          |            | +                 |               |    |                  |
| KDI |                  |           |              |           |             |          | +          | +                 |               |    |                  |
| OSS | +                | +         |              |           |             |          | +          | +                 | +             |    |                  |
| STA | +                |           | -            |           |             |          |            | +                 |               |    |                  |

Den svakt positive utviklingen i arbeidsmiljøstatus fordeler seg med:

|                           | bedring   | ingen endring | forverring |
|---------------------------|-----------|---------------|------------|
| Endring fra 2012 til 2013 | 19 (17 %) | 88 (80 %)     | 3 (3 %)    |
| Endring fra 2011 til 2012 | 18 (16 %) | 88 (80 %)     | 4 (4 %)    |

Størst positiv utvikling fra 2012 til 2013 er det innen:

- Arbeidsbelastning (men dette er fortsatt et utfordrende område)

Størst arbeidsmiljøutfordringer er det innen:

- Plassforhold (vurdert orange/gult og noe bedret fra 2012)
- Arbeidsbelastning (vurdert orange/gult og bedret fra 2012)

Best arbeidsmiljøstatus er det innen:

- Arbeids glede (vurdert grønt/gult og noe bedret fra 2012)
- IA (vurdert grønt/gult og noe bedret fra 2012)

**Klinikk psykisk helse og avhengighet**

|                                   | Klinikken<br>egen<br>vurdering<br>2013 | Oppsummering<br>av klinikken<br>HMS-runder<br>2013                    | ARBs<br>faglige<br>vurdering<br>2012 | ARBs<br>faglige<br>vurdering<br>2013 | Arbeidsmiljøavdelingens<br>kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens<br>forslag til tiltak   |
|-----------------------------------|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| <b>Systematisk<br/>HMS-arbeid</b> |  | Grønn: 90 %<br>Gul: 8 %<br>Oransje: 2 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                                      |                                      | <p><u>Tall fra eHMS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>46 av 89 verneområder har gjennomført HMS-runde</li> <li>68 verneområder/ledergrupper har oppdatert HMS-handlingsplanen.</li> <li>83 % av medarb. svarte på MU</li> <li>80 % av medarb. har deltatt i tilbakemeldingsmøter etter forrige MU</li> <li>Totalt 470 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 12 % fullført, 33 % i arbeid og 55 % ikke påbegynt.</li> </ul> <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 13 har gjennomført. 9 som startet på kurs i 2012-2013 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 80 siden 2010).</li> <li>Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 9 ledere har gjennomført. 5 som startet på kurs i 2012-13 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 42 siden 2010 + 30 før 2010).</li> </ul> <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u></p> <p>Har hatt 7 møter i 2013. Det er utviklet en god kultur for behandling av saker. Særlig fokus på; prosjektet "Forebygging og mestring av aggresjon", årshjul, kulturbygging, avvikshåndtering og mer inngående gjennomgang av de ulike rapportene. Arbeidsmiljøprisen for 2013 gikk til AVA som har jobbet målrettet med arbeidsmiljøet gjennom flere heldagssamlinger og møter.</p> | <p>Følge opp HMS handlingsplaner og MU i alle enheter.</p> <p>Sørge for at alle ledere gjennomfører HMS-opplæring.</p> <p>Fortsette det gode samarbeidet mellom HR og vernetjenesten.</p> <p>Videreføre Klinikk-AMU's gode møtekultur og saksbehandling.</p> <p>Mer fokus på Arbeidsmiljøprisen slik at flere enheter blir vurdert som kandidat.</p> <p>Styrke informasjonen om hva Arbeidsmiljøavdelingen kan bidra med.</p> |

|                     | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                             | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|---------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>HMS-avvik</b>    |                                | Grønn: 81 %<br>Gul: 18 %<br>Oransje: 2 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Tall fra Achilles for 2013: <ul style="list-style-type: none"> <li>987 avvik, hvorav 567 i gruppen Skade på ansatt og 157 i Arbeidsmiljø (Tall for 2012: 1142-757-187)</li> <li>14 % (155) færre avvik i 2013 enn 2012</li> <li>De største avviksgruppene er (&gt;64): Fysisk vold, Utagerende atferd, Brudd på sikkerhetsrutiner, Trusler og Bemanning</li> </ul> <u>Meldekultur:</u><br>Det er ulik meldekultur og oppfølging av avvik i enhetene.<br>Klinikk-AMU har hatt økt fokus på avvik og fortsetter arbeidet med bevisstgjøring. Har startet arbeid med å se på rapporteringsmuligheter og kategorisering av avvik. | Bedre rapporteringsmuligheter for lettere å kunne analysere avvikene og muligens finne ut av langtidsskader etter utagering og vold fra pasienter. Samt arbeide mer forebyggende.<br><br>Ha fokus på opplæring av leder og verneombud.<br><br>Fortsette å ha fokus på avvik i Klinikk-AMU.<br><br>Fortsette det gode samarbeidet HR / vernetjenesten om oppfølging |
| <b>Plassforhold</b> |                                | Grønn: 58 %<br>Gul: 33 %<br>Oransje: 7 %<br>Rød: 2 %<br><br>(som sist) |                             |                             | En del av enhetene har uegnete lokaler ifht den driften som er i dag. Gamle og dårlige bygninger. Også utfordringer med de enhetene som er i leide lokaler, og for mulighetene til å få de flyttet inn i sykehusets ledige lokaler.   | Ha fokus på de avdelingene som skal flyttes slik at arealene blir iht lovkrav.<br>Behandle byggeplaner i Klinikk-AMU<br>Samarbeide om arealfordeling gjennom SPOC i klinikken.   |
| <b>Inneklima</b>    |                                | Grønn: 54 %<br>Gul: 38 %<br>Oransje: 7 %<br>Rød: 1 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Fortsatt mange gamle bygninger med dårlig inneklima, fukt og sopp problemer.<br>Manglende ventilasjon på medisin rom.<br>Behov for hovedrengjøring, liten kunnskap om bestilling av hovedrengjøring.  | Ha fokus på bedring av bygningsmassen.<br>Økt fokus på renhold   |
| <b>Kjemikalier</b>  |                                | Grønn: 90 %<br>Gul: 8 %<br>Oransje: 2 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)  |                             |                             | Lite forbruk av farlige kjemikalier. Men har en del renholdsmidler.<br>Det finnes gamle kjemikalier som ikke er avhendet  | Vedlikeholde stoffkartoteket.<br>Kartlegge hvor det finnes gamle kjemikalier og avhende de i tråd med OUS retningslinjer.  |

|                          | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                             | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|--------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| <b>Ergonomi</b>          |                                | Grønn: 86 %<br>Gul: 14 %<br>Oransje: 1 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Fortsatt noen kontorarbeidsplasser/vaktrom som trenger en gjennomgang.  | Bruke veiledninger i eHåndboken eller søke bistand fra bedriftsfysioterapeutene ved behov.  |
| <b>Omstilling</b>        |                                | Grønn: 66 %<br>Gul: 28 %<br>Oransje: 7 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Bedring på alle endringsspørsmål i MU. Lite "Vi-de"tenkning, men har ikke helt utnyttet potensialet for synergier, ifølge MU. Nye endringer står for tur, eks sammenslåing av BUPer og DSP, Syd. Enkelte avdelinger sliter fortsatt med tidligere omstillinger/ sammenslåinger.   | Sørge for involvering av ansatte, være lydhør overfor deres innspill og bygge tillit. Vurdere om det fortsatt er mulig å hente ut synergier i sammenslåtte miljøer. Løfte blikket – hva er vyene? Lære av de gode prosessene.                               |
| <b>Arbeidsbelastning</b> |                                | Grønn: 63 %<br>Gul: 31 %<br>Oransje: 6 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Klinikken skiller seg ut med høye tall på egenkontroll MU= 59 og arbeidsbelastning MU= 72. Dvs. mindre arbeidsbelastning enn andre klinikker. En forbedring fra 2012. Mange steder med positive resultater på medvirking, og lite rollekonflikt. For noen påvirkes samspillet av et udekket behov for å drøfte alternative løsninger. Avvikstallene viser at bemanning, informasjon/samhandling og konflikter er det som oftest forstyrrer. | Klinikken har gjort mye for å forbedre opplevelsen av arbeidspress og bør fortsette å legge til rette for aktiv medvirking i avgjørelse og muligheter til å påvirke egen daglige arbeidssituasjon. Håndtering av avvik og fokus på gjennomføring av tiltak. |
| <b>Arbeidsglede</b>      |                                | Grønn: 65 %<br>Gul: 30 %<br>Oransje: 5 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Resultat på MU = 75 er i nærheten av snittet for OUS og en forbedring fra 2012. Styrket motivasjon bidrar positivt, men det er arbeidsgrupper der motivasjon er lav, ansatte er mindre fornøyd og tilhørigheten oppleves ulikt.   | Støtte opp om ansattes opplevelse av medvirking. Være villig til å jobbe med arbeidssteder der engasjement og motivasjonen bør styrkes. Involvere ansatte i å definere tiltak for å forbedre arbeidsmiljøet deres.  |

|   | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                            | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>IA</b>                                   |                                | Grønn: 93 %<br>Gul: 7 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Sykefraværet i 2013 er på 7,6 % noe som er en nedgang fra 2012.<br>Klinikken scorer under gjennomsnitt for sykehuset på egenrapportering av arbeidsrelatert fravær i MU, men ligger litt over gjennomsnittet på opplevelse av sykefraværsoppfølging fra egen leder.<br>Utfordringer ifht å omplassere ansatte som er for syke til å jobbe med psykisk syke / rusrelaterte pasienter. | Fortsatt behov for opplæring av ledere. Det er stor variasjon i håndtering av sykefraværsoppfølging.  |
| <b>Skade på ansatt<br/>Ansattssikkerhet</b> |                                | Grønn: 53 %<br>Gul: 38 %<br>Oransje: 7 %<br>Rød: 2 %                  |                             |                             | Det er meldt 567 skader på ansatte i 2013. De fleste innen gruppene "fysisk vold" / "utagerende adferd" / "trusler".<br>47 av avvikene under ovennevnte avvikstyper er risikovurdert med moderat skade og 6 med betydelig skade.<br>Gjennomgang av de alvorligste avvikene viser ikke om ansatte er blitt alvorlig skadet og syke etter hendelsene.                                  | Videreføre arbeidet med forebygging av vold og trusler, herunder prosjektet "Forebygging og mestring av aggresjon" hvor alle ansatte skal få opplæring.<br>Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig.<br>Ha økt fokus på avviksbehandling / oppfølging av ansatte i samarbeid med HR. |

**Medisinsk klinikk**

|                               | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                            | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|-------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Systematisk HMS-arbeid</b> |                                | Grønn: 91 %<br>Gul: 7 %<br>Oransje: 2 %<br>Rød: 1 %<br><br>(som sist) |                             |                             | <p><u>Tall fra eHMS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>30 av 40 verneområder har gjennomført HMS-runde</li> <li>38 verneområder/ledergupper har oppdatert HMS-handlingsplanen.</li> <li>81 % av medarb. svarte på MU</li> <li>73 % av medarb. har deltatt i tilbakemeldingsmøter etter forrige MU</li> <li>Totalt 375 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 18 % fullført, 31 % i arbeid og 51 % ikke påbegynt.</li> </ul> <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 8 har gjennomført. 7 som startet på kurs i 2012-2013 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 39 siden 2010).</li> <li>Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 3 ledere har gjennomført. 2 som startet på kurs i 2012-13 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 47 siden 2010 + 25 før 2010).</li> </ul> <p>Det har vært jobbet godt med fokus på forbedringsarbeid, kulturbygging og holdninger innen klinikken. Tross mange utfordringer knyttet til f. eks. arealer, omstillinger, pasientoverbelegg og logistikk.</p> | Utveksle gode erfaringer om HMS-arbeidet på avdelingsnivå.<br>Følge opp MU på leder /VO samling i klinikken.<br>Sette systematisk HMS-arbeid som diskusjonstema i Klinik-AMU. |



|                     | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                       | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|---------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>HMS-avvik</b>    |                                | Grønn: 79 %<br>Gul: 21 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(fra gult til grønt) |                             |                             | Tall fra Achilles for 2013: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 205 avvik, hvorav 108 i gruppen "Skade på ansatt" og 67 i "Arbeidsmiljø" (Tall for 2012: 249-82-99)</li> <li>• 18 % (44) færre avvik i 2013 enn 2012</li> <li>• De største avviksgruppene er (&gt;14): Stikk/kutt med smitterisiko, Fysisk vold, Utagerende atferd, Smittevern, Informasjon/samhandling</li> </ul> Det er mindre avvik på arbeidspress og bemanning enn i fjor, samsvarende med MU-resultatene for klinikken. Likevel fortsatt høyt press i enkelte avd. ifølge MU. Meldetretthet? HMS-avvik følges systematisk opp av kvalitetsrådgiver, og avd.leder, samt vies stor oppmerksomhet i AMU-møtene. | Fortsette å ha meldekultur og avvik som tema, for eksempel som det er blitt gjort på VO/TV samlinger og på flere avdelingsseminarer gjennom året.  |
| <b>Plassforhold</b> |                                | Grønn: 48 %<br>Gul: 45 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 3 %<br><br>(som sist)           |                             |                             | Fortsatt krevende med ombygging, rehabilitering og oppussing av Bygg 3, og resultatet er blitt bra der det er pusset opp, men enkelte enheter/prosjekter gjenstår. Tilgang på bufferareal under oppussing er fremdeles en utfordring fremover. Det er en del utfordringer med å gå fra egne kontorer til åpent landskap. Overbelegg og korridorpasienter er økende igjen, etter en periode med bedring.   | Tilgang på bufferareal under oppussing. Fortsette med tidlig plan for utskriving. Fortsette med å oppmuntre til innovative løsninger som ventesone for utskrivingsklare pasienter. Fortsette med kulturendringsarbeid når det gjelder åpent landskap. Bruke sjekklisten for gjennomgang av arbeidsmiljø i byggeprosjekter, samt behandle byggeplaner i Klinik-AMU. Samarbeide om arealfordeling med andre klinikker gjennom SPOC i klinikkene. |
| <b>Inneklima</b>    |                                | Grønn: 62 %<br>Gul: 33 %<br>Oransje: 5 %<br>Rød: 1 %<br><br>(som sist)           |                             |                             | Mangelfullt renhold kan bidra til dårlig inneklima. Bedre ventilasjon har vært en del av prosjektet rehabilitering av Bygg 3. Arbeidet er underveis, men en del gjenstår fortsatt. Utbedringen har bestått i rengjøring av ventilasjonskanaler.   | Tiltak knyttet til renhold kan hjelpe en del. Få til en god dialog med renhold. Ansvarliggjøre ansatte for å bidra til godt renhold ved gode rydderutiner som sin del av jobben.   |

|                          | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                       | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|--------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>Kjemikalier</b>       |                                | Grønn: 96 %<br>Gul: 4 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)            |                             |                             | Har noen laboratorier.<br>Noe forbruk av farlige kjemikalier.<br>Lite registrering i stoffkartoteket.   | Sjekke at laboratoriene har egnede lokaliteter.<br>Legge inn alle kjemikalier i stoffkartoteket.<br>Vurdere substitusjon til mindre farlige kjemikalier.   |
| <b>Ergonomi</b>          |                                | Grønn: 75 %<br>Gul: 21 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 1 %<br><br>(fra gult til grønt) |                             |                             | Det er nå utdannet 11 forflytningsveiledere.<br><br>Høyt arbeidstempo gir redusert mulighet til å velge anbefalte ergonomiske løsninger, og fare for økt fysisk belastning.<br>Senger fornyes fortløpende i OUS men defekte senger fortsetter å være et problem.  | Fortsette bra arbeid med forflytningsteknikk, være flere ansatte ved flytting av tunge pasienter.<br>Følge opp system for sengereparasjon.<br>Stille krav til ergonomiske løsninger ved MTU innkjøp.<br>Bevisstgjøre bruken av hjelpemidler, og sikre nok tilgjengelig utstyr. |
| <b>Omstilling</b>        |                                | Grønn: 84 %<br>Gul: 16 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(noe bedring)        |                             |                             | Som i fjor blant ”best i klassen” spesielt når det gjelder fusjons-/integrasjonsspørsmålene. Men i likhet med andre klinikker er resultater på endringsdelen i MU fortsatt svakere enn resultater på de andre temaområder.<br>Temaområdet vurderes allikevel til grønt på grunn av bevisstheten om betydningen av gode prosesser for endring og omstilling.<br>Klinikken er opptatt av organisatorisk nytenkning (eks Ressurspool for sekretærer; LEAN).                | Fortsette med involverende endringsprosjekter og med prioritering av felles arenaer f eks avdelingsseminarer.<br>Disse er viktige organisasjonsutviklingstiltak, som kan frembringe løsninger på krevende utfordringer og som samtidig er med på å bedre arbeidsmiljøet.       |
| <b>Arbeidsbelastning</b> |                                | Grønn: 43 %<br>Gul: 43 %<br>Oransje: 14 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)          |                             |                             | Nivået på belastninger MU= 61 er en klar forbedring fra 2012, og ligger på snittet for OUS. Tall fra MU viser økt medvirkning, bedre sosialt samspill og reduksjon i konfliktnivået. Dette påvirker arbeidsmiljøet positivt. Til tross for arbeidssteder der nivået er for høyt generelt er fysiske belastninger noe redusert, arbeidsmengde litt mindre og arbeidstempo lavere. Egenkontroll er noe forbedret, men fortsetter å være lavt slik tilfelle er i hele OUS. | Se også under punktet omstilling.<br><br>Sørge for ytterligere medvirkning og anledning til å ta del i avgjørelser. Det kan være nøkkelen til å finne tiltak for å øke mangelfull egenkontroll og ta av for belastningene.   |

|   | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                      | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>Arbeidsglede</b>                     |                                | Grønn: 77 %<br>Gul: 23 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(fra gul til grønn) |                             |                             | MU resultat =77 er forbedring fra 2012. Engasjerende arbeidsoppgaver virker motiverende og øker opplevelsen av glede og tilhørighet. Ansatte er stolte av sitt arbeidssted og felles innsats. I motsetning til 2012 deler ansatte gjerne sitt positive syn på arbeidsplassen med venner. Noen avdelinger har fortsatt utfordringer, og scorer vesentlig dårligere enn gjennomsnitt for OUS. | Ivareta økningen i tilhørighet med både faglige og sosiale midler – deling av kunnskap, interne kurs, fagseminarer, samlinger.<br>Bygge videre på mulighetene som ligger i klarere rolle, mer aktivt engasjement i arbeidsstedet.  |
| <b>IA</b>                               |                                | Grønn: 93 %<br>Gul: 3 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)           |                             |                             | Sykefraværet er på 6,6 % noe som er en betydelig reduksjon fra 2012 (7,5 %). Klinikken scorer over gjennomsnittet både på egenrapportering av arbeidsrelatert fravær og på spørsmål om lederoppfølging av sykefravær i MU<br>Arbeidsmiljøavdelingen involveres i flere oppfølgingsaker enn tidligere. Enkelte enheter som GIM og nyre sliter med litt høyere fravær.                        | Erfaringsutveksling innad i klinikken– lære av enheter med lavt sykefravær.<br>Vurdere konsekvenser av arbeidspress og bemanningsnorm for utsatte ansatte. Øke innsatsen i forhold til enkelte enheter med høyt fravær.  |
| <b>Skade på ansatt Ansattssikkerhet</b> |                                | Grønn: 71 %<br>Gul: 25 %<br>Oransje: 4 %<br>Rød: 0 %                            |                             |                             | Det er meldt 108 skader på ansatte i 2013 (82 i 2012), hvor stikk-/ kuttskader, fysisk vold og utagerende adferd utgjør de største avviksgruppene.<br>Fysisk vold relaterer seg til utagerende pasienter. Disse pasienter synes å være økende. 8 avvik er risikovurdert med moderat skade, ingen med betydelig skade.   | Se tiltak under ergonomi.<br>Gjøre avdelingsvis vurdering av blodsmittetrisiko ved stikkskader.<br>Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig.<br>Fortsette undervisning om takling av utagerende pasienter og vurdering av bemanningsressurser ved denne type pasienter. |

**Klinikk for kirurgi og nevrofag**

|                                   | Klinikken<br>egen<br>vurdering<br>2013 | Oppsummering<br>av klinikken<br>HMS-runder<br>2013                | ARBs<br>faglige<br>vurdering<br>2012 | ARBs<br>faglige<br>vurdering<br>2013 | Arbeidsmiljøavdelingens<br>kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens<br>forslag til tiltak  |
|-----------------------------------|--|---|--------------------------------------|--------------------------------------|---|--|
| <b>Systematisk<br/>HMS-arbeid</b> |  | Grønn: 92 %<br>Gul: 7 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br>(som sist) |                                      |                                      | <p><u>Tall fra eHMS:</u><br/>41 av 59 verneområder har gjennomført HMS-runde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 verneområder/ledergupper har oppdatert HMS-handlingsplanen.</li> <li>• 73 % av medarb. svarte på MU</li> <li>• 68 % av medarb. har deltatt i tilbagemeldingsmøter etter forrige MU</li> <li>• Totalt 342 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 20 % fullført, 38 % i arbeid og 41 % ikke påbegynt.</li> </ul> <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 9 har gjennomført, 8 som startet på kurs i 2012-2013 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 53 siden 2010).</li> <li>• Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 4 ledere har gjennomført, 5 som startet på kurs i 2012-13 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 51 siden 2010 + 27 før 2010).</li> </ul> <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u><br/>Fortsetter å være et velordnet utvalg. De har evaluert statusen på HMS-handlingsplanen gjennom hele 2013. Det er bredde i sakene som legges frem og god oppfølging. Medlemmene i utvalget har en positiv holding som inviterer til innholdsrike og utforskende dialoger også om utfordrende emner.<br/>Klar interesse for arbeidsmiljø. AML-brudd er fast tema på Klinikk-AMU. Sakene følges opp av KVO. Flest brudd gjelder manglende kompetanse i kombinasjon med sykefravær.</p> | <p>Spre informasjon om fordelene ved å delta og vekke interesse for MU gjennom hele året. Gi informasjon et stykke i forkant som trykker de som er usikre på anonymiteten og tolkning av data. Oppmuntre legene til å delta i MU.<br/>Synliggjøre vernetjenestens arbeid både sentralt og lokalt for å styrke samarbeid mellom ledere og VO og vedlikeholde fokus på arbeidsmiljøet.</p> |

|                  | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                       | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
|                  |                                |  |                             |                             | <p><u>Andre forhold:</u><br/>Engasjert KVO som følger tett opp særlig der det rapporteres om arbeidsplasser som har fysiske eller sosiale utfordringer. KVO har god oppfølging av VO-gruppen med jevnlig samlinger og undervisning om relevante temaer.</p> <p>Klinikken har konsekvent og god oppfølging av ansatte som er i en AKAN-avtale. Godt samarbeid med HR om AKAN-arbeidet.</p> <p>Klinikken har arbeidet systematisk med økning i endringskompetanse ofte med fokus på effektive pasientsløyfer som virker positivt inn på arbeidsmiljøet.</p>  |   |
| <b>HMS-avvik</b> |                                | <p>Grønn: 80 %<br/>Gul: 18 %<br/>Oransje: 2 %<br/>Rød: 0 %</p> <p>(som sist)</p> |                             |                             | <p><u>Tall fra Achilles for 2013:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 360 avvik, hvorav 135 i gruppen Skade på ansatt og 162 i Arbeidsmiljø (Tall for 2012: 316-141-143)</li> <li>• 14 % (44) flere avvik i 2013 enn 2012</li> <li>• De største avviksgruppene er (&gt;18): Stikk/kutt med smitterisiko, Smittevern, Bemanning, Informasjon/samhandling, Inneklima</li> </ul> <p><u>Meldekultur:</u><br/>Større bevissthet hos ledere om avvikssystemet og mer interesse for å melde avvik. Noe mer aktiv håndtering av sakene der flere bidrar med kommentarer og forslag til tiltak. Antall meldinger er fortsatt lavere enn det bør være i forhold til å gi et dekkende bilde av risikoområdene i klinikken.</p> <p><u>Klinikk-AMUs behandling og oppfølging:</u><br/>Avvikstall gjennomgås av KVO og sekretæren og rapporteres om på hvert Klinikk AMU møte. Gjentakende avvik og de med betydelig saker følges opp av KVO.</p> | <p>Ha fokus på påvirkning av rapporteringskultur. Ledere inviteres til at flere avvik bør rapporteres. Synliggjøre hvordan avvikssaker skal håndteres, og at avviksarbeidet bringer forbedringer.</p> |

|                     | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                              | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|---------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Plassforhold</b> |                                | Grønn: 45 %<br>Gul: 40 %<br>Oransje: 10 %<br>Rød: 5 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Fortsatt kompliserte arealprosjekter. Plassmangel er et utstrakt problem og stressmoment. Spesielt mangler lager- og kontorplasser. Utfordringer med å dekke alle gruppers behov i nye arealer. Fortetting oppleves i noen tilfeller ulogisk og urettferdig, og fremtvinger alternative løsningsstrategier.<br>Press på laboratoriearealer.<br>Plass- og ressursmangel virker negativt inn på hverandre og kan forårsake at pasientflyten stopper opp og programmer forstyrres.                | Ledelsen skal forholde seg til Nivå 1 dokumentasjon. Grenser for hva som kan tillates i fortetting, også for det som anses midleritidig.<br>Nytenkning om helhetlig planlegging av ressursbruk.<br>Bruke sjekklister for gjennomgang av arbeidsmiljø i byggeprosjekter, samt behandle byggeplaner i klinikk-AMU.<br>Samarbeide om arealfordeling med andre klinikker gjennom samarbeid med SPOC (Single Point of Contact) i klinikkene.                                   |
| <b>Inneklima</b>    |                                | Grønn: 67 %<br>Gul: 28 %<br>Oransje: 4 %<br>Rød: 1 %<br><br>(som sist)  |                             |                             | En del trekkfulle bygninger og områder der ventilasjonen ikke er dimensjonert for det økende antall ansatte/pasienter.<br>Fremdeles dårlig fungering i rommene på ytterste fløyene på Rikshospitalet.<br>Nødvendige medisinske funksjoner betjenes av alt mer varmegivende utstyr og skaper situasjoner der temperaturen av vanskelig å styre.<br>Renhold på flere steder oppleves mangelfullt, og ikke i samsvar med hygieniske krav. Dette har klinikken jobbet med i samarbeid med Renhold. | Ha god dialog med Renhold om kvaliteten på renhold og bruk av avvik for å få oversikt.<br>Renholdsrutiner utover renhold av gulv som renholdsavdelingen utfører, bør etableres. Dette bør minimum inkludere årlig støvtørking av horisontalplan, og rutiner om ryddighet før vask.<br><br>Arbeidsplasser med kommunikasjonsbehov, bør der det er mulig holdes adskilt fra plasser med konsentrasjonskrav.<br><br>OUS har langsiktige planer og forbedring av ventilasjon. |
| <b>Kjemikalier</b>  |                                | Grønn: 88 %<br>Gul: 11 %<br>Oransje: 1 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)  |                             |                             | Har en del farlige kjemikalier.<br>Det ble holdt 3 egne kurs i bruk av stoffkartoteket for klinikken.<br>En del lokalisasjoner mangler registreringer i stoffkartoteket.   | Prioritere å få til kjemikaliekontakt overalt for å sikre kontinuerlig risikovurdering og registrering i stoffkartoteket.<br>Rutiner for preparatrom og håndtering av formalin i klinikken bør kartlegges.  |

|                          | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                       | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|--------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>Ergonomi</b>          |                                | Grønn: 70 %<br>Gul: 28 %<br>Oransje: 1 %<br>Rød: 1 %<br><br>(som sist)           |                             |                             | Det er fremdeles løft og håndtering av tungt utstyr uten at det alltid er mulighet for å bruke passende forflytningsteknikker eller hjelpemidler.<br>Lite plass og begrensninger i lagerkapasitet kan skape uheldige arbeidssituasjoner.<br>Klinikkenes ansatte har deltatt i OUS forflytningskampanje. Dette har bidratt til økt bevissthet.   | Opplæring av flere forflytningsveiledere og ergonomiveiledere for å redusere belastninger.<br>Oppfølging av veilederarbeidet.<br>Utstyr som brukes av flere ansatte må kunne tilpasses individet og arbeidets art.<br>Stille krav om utforming og hensiktsmessige ergonomiske løsninger ved innkjøp av nytt MTU.   |
| <b>Omstilling</b>        |                                | Grønn: 76 %<br>Gul: 19 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 5 %<br><br>(fra gult til grønt) |                             |                             | Fremgang på alle spørsmål i MU om endring, særlig når det gjelder troen på prosessen, selv om den fortsatt er lav og varierer mellom avdelingene. Bra at man er i gang med ledergruppetutvikling. Enkelte avdelinger fremstår med særlige utfordringer. Behov for større grad av helhetstenkning.   | Viktig at ledere og fagpersoner ser utover eget område. Se til de avdelingene/seksjonene som lykkes bedre med endring og omstilling, også som vist i MU. Hva kan man lære av disse erfaringene?  |
| <b>Arbeidsbelastning</b> |                                | Grønn: 56 %<br>Gul: 36 %<br>Oransje: 8 %<br>Rød: 0 %<br><br>(noe bedring)        |                             |                             | MU resultat = 61 på snitt med OUS.<br>Fysiske belastninger kan være uunngåelig på visse arbeidssteder, og noen steder sliter med å ha tilstrekkelig kompetanse tilgjengelig.<br>Arbeidstempo og mengde arbeid er like omfattende som ellers i OUS. Ledere har en utsatt stilling og må håndtere jevn belastning.<br>Egenkontroll er lav MU=46. Tilsvarende nivået for OUS.<br>Rolleklarhet og klarhet i ansvarsområder er forbedret.<br>Medvirkningen har økt til MU=60.<br>Samspill og samarbeid fungerer bedre.<br>Noen få steder finnes vedvarende spenning og uenighet, men ellers er det færre konflikter. | Gjennomarbeide rutiner. Søk etter forbedringer på fordeling av oppgaver, ansvar og planlegging.<br>Finne bedre løsninger der hvor flaskehalsene og misforståelser oppstår.<br>Viktig å ha arenaer der ansatte kan bidra med sin innsikt og erfaring.<br><br>Bemanningen og bemanningsnormene forblir en utfordring, men her jobbes det på en konsekvent måte i klinikken.<br>Ledere må fortsette å se helheter og foreta krevende prioriteringer |

|   | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                             | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|---|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>Arbeidsglede</b>                         |                                | Grønn: 79 %<br>Gul: 21 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | De alle fleste er fornøyd med jobben, og har en positiv holding til arbeidsstedet. Tilhørigheten har økt. Til tross for forbigående, og av og til kroniske belastninger, for mange henger gleden sammen med å gjøre en god jobb sammen med engasjerte kolleger.                         | Synlig verdsetting av innspill fra ansatte. Ledere kan med fordel hente frem og kommentere positive sider av samarbeidet i det daglige. Ledelsen bør helst demonstrere interesse for oppfølging av MU, og en positiv holding til arbeidsmiljøarbeid gjennom hele året.   |
| <b>IA</b>                                   |                                | Grønn: 92 %<br>Gul: 8 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)  |                             |                             | Sykefraværet i 2013 er på 7,0 % noe som er en nedgang siden 2012, og bedre enn snittet for hele OUS. Klinikken scorer over gjennomsnittet på egenrapportering av arbeidsrelatert sykefravær og ligger på gjennomsnittet når det gjelder spørsmål om lederoppfølging av sykefravær i MU. | Jobbe forebyggende med sykefravær på bred front spesielt i avdelinger der fraværet er høyt. Ta sikte på samarbeid om overføring/utveksling av ansatte på tvers av klinikken som gir mulighet til å bytte på arbeidssituasjon og variasjon i belastninger.  |
| <b>Skade på ansatt<br/>Ansattssikkerhet</b> |                                | Grønn: 73 %<br>Gul: 19 %<br>Oransje: 8 %<br>Rød: 0 %                   |                             |                             | Registrert 135 skader på ansatte i 2013. De største avviksgruppene er "stikk/kutt med smitterisiko" og "muskel/skjelettskader". 15 avvik er risikovurdert med moderat skade og 1 avvik med betydelig skade.<br><br>Som i fjor antas underrapportering av skader fra legene.             | Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig. Gjennomgang av vold og trusselsituasjoner for å sikre gode forebyggingsrutiner. Invitere til medvirkning fra representanter fra legegruppen for å finne virkningsfulle rutiner for å øke melding av skader. |



**Kvinne- og barneklubben**

|                               | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                  | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|-------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Systematisk HMS-arbeid</b> |                                | Grønn: 92 %<br>Gul: 7 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(noe forbedring) |                             |                             | <p><u>Tall fra eHMS:</u><br/>           31 av 52 verneområder har gjennomført HMS-runde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 52 verneområder/ledergupper har oppdatert HMS-handlingsplanen.</li> <li>• 79 % av medarb. svarte på MU</li> <li>• 46 % av medarb. har deltatt i tilbakemeldingsmøter etter forrige MU</li> <li>• Totalt 615 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 28 % fullført, 37 % i arbeid og 35 % ikke påbegynt.</li> </ul> <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 16 har gjennomført. 4 som startet på kurs i 2012-2013 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 45 siden 2010).</li> <li>• Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 4 ledere har gjennomført. 3 som startet på kurs i 2012-13 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 31 siden 2010 + 17 før 2010).</li> </ul> <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u><br/>           Saker til klinikk-AMU er fulgt opp med involvering og deltagelse av aktuelle parter (VO/TV/ledere), og videre gjennom evaluering av tiltak og rapportering av status i sakene. Mange saker har omhandlet brudd på arbeidstidsbestemmelser og bemanning. Fast gjennomgang av areal-/flytting/byggesaker.</p> | <p>Som tidligere intensivere oppfølging av HMS-runder og HMS-rapportering.</p> <p>Sørge for at ledere gjennomfører obligatorisk HMS-lederopplæring.</p> <p>HMS-saker fra må følges opp regelmessig i avdelingsmøter.</p> <p>Fortsette med årlig evaluering av Klinikk-AMUs funksjon. Vurdere foreslått utvidelse av Klinikk-AMUs møtetid.</p> |

|                     | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                      | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|---------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>HMS-avvik</b>    |                                | Grønn: 82 %<br>Gul: 18 %<br>Oransje: 1 %<br>Rød: 0 %<br><br>(fra grønn til gul) |                             |                             | <p>Tall fra Achilles for 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>257 avvik, hvorav 67 i gruppen Skade på ansatt og 173 i Arbeidsmiljø (Tall for 2012: 228-68-139)</li> <li>13 % (29) flere avvik i 2013 enn 2012</li> <li>De største avviksgruppene er (&gt;9): Bemanning, Arbeidspress, Stikk/kutt med smitterisiko, Informasjon/samhandling, Smittevern</li> </ul> <p><u>Meldekultur:</u> Avviksmelding oppleves generelt som redskap for mulig endring.</p> <p><u>Klinikk-AMU</u> har hatt kvartalsvis behandling av HMS-avvik. Et annet viktig område har vært brudd på arbeidstidsbestemmelsene.</p> | Fortsette å etterse om foreslåtte tiltak er utført før lukking av avvik, og om tiltakene er tilstrekkelig korrigerende i forhold til risikobildet; spesielt der det meldes om betydelig skade.  |
| <b>Plassforhold</b> |                                | Grønn: 72 %<br>Gul: 17 %<br>Oransje: 10 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)         |                             |                             | Det er varierende plassforhold i klinikken. Noen avdelinger har det veldig trangt, som Nyfødtintensiv, Føde / barsel og BAMs 3 på RH. Bl.a. pga. plassforhold har klinikk-AMU foreslått flytting av pasienter til UUS evt. andre sykehus. Det er også generelt mangel på kontorarealer og lagerplass, særlig på RH. Arealplaner gjennomgås regelmessig i Klinikk-AMU.  | Helt nødvendig med mere plass til nyfødtintensiv/nyfødt/føden. Løpende oppdatering av klinikkens arealbruk (romfunksjoner, ansatt-tetthet etc) Buke sjekklisten for gjennomgang av arbeidsmiljø i byggeprosjekter. Fortsette å samarbeide om arealfordeling med andre klinikker gjennom SPOC. |
| <b>Inneklima</b>    |                                | Grønn: 78 %<br>Gul: 20 %<br>Oransje: 2 %<br>Rød: 0 %<br><br>(fra gul til grønn) |                             |                             | Mange rapporterer om dårlig renhold. Høyere personbelastning og mere utstyr i arealene genererer mer støy og mer varme. Klinikk-AMU har vedtatt at "Ledere på alle nivåer inkluderer "sin" renholder i arbeidsmiljøet". Mycoteam har anbefalt totalrehabilitering av bygg 30 på UUS hvor NSCF holder til, på grunn av stor risiko for skjulte skader.  | Videreutvikle samarbeid og dialog med renholdere i seksjonen/posten. Rydde og oppbevare mest mulig i lukkede skap. Fjernlagre. Stille støykrav ved innkjøp av MTU.  |

|                    | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                      | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|--------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
|                    |                                |   |                             |                             | For å redusere støy er "Støyøre" (indikerer uønsket støynivå) plassert flere steder i opphold-/personalrom.  |   |
| <b>Kjemikalier</b> |                                | Grønn: 90 %<br>Gul: 9 %<br>Oransje: 1 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)           |                             |                             | Ved operasjonsavdelinger med preparatrom, der det håndteres formalin, har det ikke vært tilstrekkelig/godkjent ventilasjon.<br>Godkjent preparatrom er etablert.<br>Bruk av konsentrert formalin er opphørt. Nå anvendes fortynnet formalin.<br>Store preparater leveres tørre til PAT.<br>Fortsatt variabel registrering i stoffkartoteket.   | Kontinuerlig oppdatere stoffkartoteket og utføre lokal risikovurdering.<br>Vurdere substitusjon til mindre farlige kjemikalier.<br>Følge/oppdatere prosedyrer for håndtering av formalin. Bruke fortynnet formalin.<br>Sikkerhetskurs for laboratoriepersonell.<br>Avhende gamle kjemikalier.<br>Sikre at laboratoriene og preparatrommene har godkjent spesialventilasjon.         |
| <b>Ergonomi</b>    |                                | Grønn: 78 %<br>Gul: 17 %<br>Oransje: 4 %<br>Rød: 1 %<br><br>(fra gul til grønn) |                             |                             | Det er gjennomført mange ergonomiske forbedringstiltak. Men fortsatt gir trange plassforhold gir redusert mulighet for å velge anbefalte ergonomiske løsninger.<br>Akuttituasjoner krever økt arbeidstempo og øker risiko for arbeidsbelastninger.<br>Mangel på personell og mangelfull organisering av personalressurser øker risiko for overbelastning.<br>Fortsatt er det ved opr.enhetene en del MTU som er tunge å håndtere.<br>Senger fornyes nå fortløpende i OUS, men det er fortsatt avvik på defekte / utslitte senger.<br>Det er opplært forflytningsveiledere. | Legge til rette for flerbruksplasser som kan tilpasses individuelt.<br>Stille krav om universell utforming og hensiktsmessige ergonomiske løsninger ved innkjøp av nytt MTU.<br>System for reparasjon av senger må ivaretas.<br>Følge opp forflytningsveilederne og utvikle forflytningsarbeidet.<br>Opplæring av Ergonomiveiledere (dagskurs).                                     |
| <b>Omstilling</b>  |                                | Grønn: 84 %<br>Gul: 11 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 5 %<br><br>(fra gul til grønn) |                             |                             | Fremgang på alle endrings spørsmål på MU, særlig på troen på prosessen. Klinikken ligger nå nesten på snitt for OUS, men omstilling er et av de svakeste områdene i MU for OUS, og også for KVB.   | Fortsette med tiltak som lederforum, det kan også virke positivt å bygge felles identitet.<br>Omstilling, endring og forbedring er kontinuerlige prosesser.<br>Sørge for bedre medvirkning fremover, da dette har vært opplevd som ikke tilstrekkelig så langt ifølge MU.<br>God håndtering av omstillingsprosessen vil også innebære håndtering av arbeidsbelastning, se nedenfor. |

|                          | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013  | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|--------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>Arbeidsbelastning</b> |                                | Grønn: 45 %<br>Gul: 45 %<br>Oransje: 5 %<br>Rød: 5 %<br><br>(fra oransje til gul) |                             |                             | Resultat MU=59, som er litt under snittet for OUS. Arbeidstempo og arbeidsmengde oppleves belastende. Sammen med lav egenkontroll MU=41 blir arbeidssituasjon krevende for mange. Dette avspeiles i avvikstillene der arbeidspress og mangelfull bemanning er oftest rapportert. Konflikter kan forstyrre, men mer rolleklarhet og bedre sosialt samspill bidrar i positiv retning. Både 2012 og 2013 har vært krevende for Nyfødt intensiv. Det er bedring å spore på UUS, men på RH er belastningene fortsatt høy. Opplæring av nyansatte tar tid. Krevende og ofte kritiske medisinske situasjoner særlig knyttet til barn har en emosjonell dimensjon det er behov å håndtere og bearbeide. Negativ medieomtale og aktive pårørende som følger intenst med og involverer seg i behandlingen er en tilleggsbelastning. | Ledelsen bør fortsette å følge tett med på summen av arbeidspresset. Positiv anerkjennelse fra ledelsen av innsatsen ansatte kontinuerlig leverer. Ha rutiner for gode opplæringsprosesser som sikrer at nyansatte kan bidra så fort som mulig. Ha fora der alle gode innspill til forbedringer kan belyses og bearbeides. Ha fagrettet undervisning og regelmessig erfaringsdeling for å styrke kompetansenivået. |
| <b>Arbeidsglede</b>      |                                | Grønn: 81 %<br>Gul: 19 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)            |                             |                             | Resultat MU =77 og som ligger litt over snittet for OUS, er en forbedring fra i fjor. Ansatte er motiverte, blir utfordret, er engasjerte og opplever tilhørighet til deres arbeidssted. På noen steder ligger arbeidsgleden på det høyeste nivå i OUS.   | Ha godt samspill med positive, kunnskapsrike og engasjerte kolleger. Det er et fundament for godt arbeidsmiljø, og en buffer mot belastningene. Det er behov for å opprettholde tryggheten som ligger i den personlige faglige kompetansen. Det bør satses på plass og tid til å lære av hverandre, diskutere, utveksle erfaringer, ha faglige seminarer.  |
| <b>IA</b>                |                                | Grønn: 81 %<br>Gul: 19 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(fra gul til grønn)   |                             |                             | Sykefraværet i 2013 er på 7,4 % noe som er en reduksjon fra 2012. Klinikken scorer litt bedre enn gjennomsnittet for foretaket på egenrapportering av arbeidsrelatert fravær, og under på spørsmål om lederoppfølging ved fravær i MU. Noen enheter har et høyere fravær.   | IA-arbeidet må fortsatt sees i sammenheng med bemanningsplaner. Bedre lederoppfølging i enheter som scorer lavt på MU. Positive utviklingsprosesser som er startet må videreføres.   |

|   | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013          | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Skade på ansatt<br/>Ansattssikkerhet</b> |                                | Grønn: 92 %<br>Gul: 8 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 % |                             |                             | Det er meldt 67 skader på ansatte i 2013, hvorav "stikk/kutt med smitterisiko" og "fall, slag, støt, klem, stikk, kutt" er de 2 største avviksgruppene.<br>8 avvik er risikovurdert med moderat skade, og 2 med betydelig skade. | Forsette å gjennomføre oppbemanning.<br>Gjenta informasjon om gode arbeidsrutiner.<br>Fortsette arbeid med rutiner for forebyggende tiltak overfor grupper av ansatte som jobber med potensielt krevende pasienter.<br>Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig. |

**Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon**

|                               | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                             | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|-------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| <b>Systematisk HMS-arbeid</b> |                                | Grønn: 89 %<br>Gul: 10 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | <p><u>Tall fra eHMS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>32 av 74 verneområder har gjennomført HMS-runde</li> <li>48 verneområder/ledergupper har oppdatert HMS-handlingsplanen.</li> <li>78 % av medarb. svarte på MU</li> <li>74 % av medarb. har deltatt i tilbakemeldingsmøter etter forrige MU</li> <li>Totalt 607 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 22 % fullført, 25 % i arbeid og 53 % ikke påbegynt.</li> </ul> <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 8 har gjennomført. 6 som startet på kurs i 2012-2013 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 89 siden 2010).</li> <li>Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 4 ledere har gjennomført. 6 som startet på kurs i 2012-13 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 41 siden 2010 + 65 før 2010).</li> </ul> <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u></p> <p>Utvalget ønsker seg flere saker til behandling. I utvalgets egen evaluering kom det frem at det er gode samarbeidsforhold og åpent og godt diskusjonsklima. Utvalget ønsker i større grad å gjøre vedtak i saker.</p> | <p>Arbeide med implementering av eHMS.</p> <p>Klinikken har fortsatt avdelinger der verneombudene ønsker å bli involvert i større grad.</p> <p>Samle informasjon om avvik for å beskrive risikoer.</p> <p>Forsøke samkjøre informasjon fra de ulike rapporteringssystemene som for eksempel avvikssystem, MU og sykefraværstatabasen. Ta opp dette til diskusjon i klinikk-AMU</p> <p>Bruke informasjonen fra systematisering av avvik til å lage aktuelle saker til diskusjon, for eksempel ta opp at det er kommet mange meldinger om arbeidspress.</p> <p>Følge opp arbeidet med tiltak/handlingsplaner.</p> |

|                     | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                     | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|---------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>HMS-avvik</b>    |                                | Grønn: 77 %<br>Gul: 22 %<br>Oransje: 1 %<br>Rød: 0 %<br>(som sist)             |                             |                             | <p>Tall fra Achilles for 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>420 avvik, hvorav 118 i gruppen Skade på ansatt og 238 i Arbeidsmiljø (Tall for 2012: 352-112-147)</li> <li>19 % (68) flere avvik i 2013 enn 2012</li> <li>De største avviksgruppene er (&gt;17): Arbeidspress, Stikk/kutt med smitterisiko, Smittevern, Informasjon/samhandling, Bemanning</li> </ul> <p><u>Meldekultur:</u> KKT scorer bedre enn gjennomsnittet på alle spørsmål i MU om avviksoppfølging sammenliknet med gjennomsnittet for sykehuset. Det er også en positiv utvikling fra 2012 til 2013</p> <p><u>Klinikk-AMU:</u> Avviksoppfølging er fast punkt på møtene. Avvik med alvorlig konsekvens blir tatt opp til diskusjon.</p> | <p>Fortsette å ta opp meldekultur med lederne. Øke respons/tilbakemeldinger fra klinikkledelsen til avdelinger som melder avvik – eksempelvis i ledermøter.</p> <p>Fortsette å oppfordre instituttet til å melde på papirskjema. Se spesielt på avvik med betydelig konsekvens og se på lukkepraksis.</p> <p>Lage flere analyser på bakgrunn av årsoppsummering for eksempel se på sammenhenger opp mot MU og sykefravær</p> <p>Lage egne analyser for avvik med betydelig reell og potensiell konsekvens.</p> |
| <b>Plassforhold</b> |                                | Grønn: 57 %<br>Gul: 27 %<br>Oransje: 10 %<br>Rød: 7 %<br>(fra oransje til gul) |                             |                             | <p>Som tidligere er det flere avdelinger som har lite areal i forhold til antall ansatte og pasienter.</p> <p>Mangel på kontorplasser og lagerarealer.</p>  | <p>Ha god oversikt over arealbruk, og bruke arealkontakten i klinikken.</p> <p>Bruke sjekklisten for gjennomgang av arbeidsmiljø i byggeprosjekter. Samarbeide om arealfordeling med andre klinikker gjennom SPOC i klinikkene.</p>  |
| <b>Inneklima</b>    |                                | Grønn: 68 %<br>Gul: 25 %<br>Oransje: 6 %<br>Rød: 2 %<br>(som sist)             |                             |                             | <p>God ventilasjon i Forskningsbygget.</p> <p>Deler av klinikken har gammel og utidsmessig bygningsmasse.</p> <p>Varme arbeidslokaler, f.eks. operasjonsstuer, grunnet mye bruk av utstyr og mange ansatte.</p> <p>Trekkproblemer fra tilluftsventiler over arbeidsplasser og fra vinduer.</p> <p>Støy fra utstyr ved operasjonsstuer og laboratorier.</p> <p>Det er fortsatt mangelfull spesialventilasjon enkelte steder.</p>   | <p>Sikre at ventilasjon er installert og innregulert.</p> <p>Plassere arbeidsplasser hensiktsmessig mtp. tilluftsventiler, støvende utstyr og blendingskilder.</p> <p>Stille støykrav ved nyinnkjøp av utstyr.</p> <p>Støyreducerende tiltak.</p> <p>Ta opp spesialventilasjon som sak i klinikk- AMU.</p>   |

|                          | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013   | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|--------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>Kjemikalier</b>       |                                | Grønn: 87 %<br>Gul: 10 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)             |                             |                             | Klinikken har mye kjemikaliebruk. Av 4456 oppføringer i stoffkartoteket er 154 merket fosterskadelige, 219 kreftfremkallende og 141 arvestoffskadelige. Instituttet er gode på registrering og risikovurderinger og har generelt gode arbeidsforhold med henblikk på kjemikaliesikkerhet.   | Videreføre fokus på substitusjon til mindre farlige kjemikalier.<br>Fortsette å legge inn stoffer i stoffkartoteket og risikovurdere lokalt.<br>Sikkerhetskurs for laboratoriepersonell og elektronisk stoffkartotek.<br>Kartlegging av preparatrom og oppdatere prosedyrer om håndtering av formalin.   |
| <b>Ergonomi</b>          |                                | Grønn: 75 %<br>Gul: 21 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)             |                             |                             | Som tidligere er det en del teknisk utstyr som er utdatert, defekt og med dårlige ergonomiske løsninger.<br>En del defekte senger.<br>Belastningslidelser er en viktig årsak til sykmeldinger hos ansatte, og noen av disse kunne kanskje vært unngått med økt fokus på ergonomi.   | Utstyr som brukes av flere ansatte må kunne tilpasses individet og arbeidets art.<br>Anskaffe mer universelt utformet utstyr.<br>Reparere og skifte ut senger.<br>Bruke forflytningsveilederne til å gi opplæring i forflytningsteknikk.<br>Ivareta system for reparasjon av senger.<br>Gi opplæring av Ergonomiveiledere.   |
| <b>Omstilling</b>        |                                | Grønn: 68 %<br>Gul: 26 %<br>Oransje: 5 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)             |                             |                             | Sykehuset har i utgangspunktet lav gjennomsnittsscore på spørsmål som omhandler omstilling. For KKT er det verd å merke seg at det er bedring på alle spørsmål i MU om endring 2012-2013, særlig spørsmål om troen på prosessen. Det er imidlertid stor variasjon mellom de enkelte avdelingene.  | Se til de avdelingene/seksjonene som håndterer endringsprosessene godt, også som vist i MU, og lære av deres erfaringer (eks Seksjon for sengeposter).<br>Fortsette arbeid med å implementere/gjøre verdiene levende i klinikken.<br>Kan ledergruppens arbeid om kultur overføres på den enkelte enhet?  |
| <b>Arbeidsbelastning</b> |                                | Grønn: 45 %<br>Gul: 35 %<br>Oransje: 15 %<br>Rød: 5 %<br><br>(fra gul til oransje) |                             |                             | Arbeidspress er den kategorien som oftest ble rapportert som HMS-avvik i 2013. Klinikken scorer på gjennomsnittet for sykehuset på spørsmål i MU om arbeidsbelastning og egenkontroll. Det er store variasjoner mellom enhetene i klinikken. Dette kan avspeile ulike meldekulturer, alternativt at bemanningen er for lav i enkelte enheter?<br>Enhetenes egenrede belastningsnivå har beveget seg fra gult til oransje. | Iverksette tiltak som forsterker egenkontroll. Der ligger det en potensiell motvekt til belastningene i hverdagen.<br>Ledelsen bør være mottakelig for innspill fra ansatte på dette området.<br>Se nærmere på enhetene som i MU har lav score og eventuelt vurdere bemanningen her eller andre tiltak som kan redusere opplevelsen av arbeidspress.<br>Fortsette arbeidet med LEAN prosesser.<br>Vurdere bruk av oppslagstavler for mer umiddelbar kommunikasjon. |



|   | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                             | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|---|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| <b>Arbeidsglede</b>                     |                                | Grønn: 89 %<br>Gul: 5 %<br>Oransje: 5 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)  |                             |                             | Klinikken har en positiv utvikling fra 2012 på spørsmål om arbeidsglede i MU, og ligger over gjennomsnittet for OUS. Engasjement og motivasjon bidrar positivt til arbeidsglede. På noen steder er belastningene så dominerende at arbeidsgleden er redusert. Svar på spørsmål om tilhørighet er over gjennomsnittet for OUS, og tallene viser at ansatte generelt trives med sitt arbeid. Å løse faglige utfordringer sammen med andre er motiverende. Sosialt samspill er litt forbedret og ligger i øvre sjikt for OUS. | Vedlikeholde interessen for faget gjennom varierende satsing på intern opplæring, kompetansedeling, plass og tid til erfaringsutvekslinger. Gi flere muligheter for at ansatte kan møtes eller samarbeide der enheter er delt på flere geografiske plasseringer. Når belastningene er tunge er det viktig å holde øye med kvaliteten på det daglige samværet. Ledere kan bidra til å ta vare på de ansattes muligheter til å dele med hverandre, støtte kolleger, være positive under press. Dette kan kompensere for intensiteten i det faglige samspillet. |
| <b>IA</b>                               |                                | Grønn: 86 %<br>Gul: 14 %<br>Oransje: 4 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Sykefraværet i klinikken er på 6,6 % som er omtrent som i fjor, og lavere enn snittet for sykehuset. Klinikken scorer best av samtlige på egenrapportering av arbeidsrelatert fravær i MU, (det vil si at klinikken har lavest oppgitt arbeidsrelatert fravær i sykehuset). På spørsmål om lederoppfølging av sykefravær ligger klinikken på gjennomsnittet for sykehuset. Klinikken har satt egne måltall for fravær, og det er planlagt workshop for ledere.   | Ta opp spørsmål om egne måltall i klinikkledelsen. Forbedre sykefraværsmeldingen f.eks. ved å bryte ned fraværet på mindre enheter, og type fravær   |
| <b>Skade på ansatt Ansattssikkerhet</b> |                                | Grønn: 73 %<br>Gul: 23 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 0 %                   |                             |                             | Det er meldt 118 skader på ansatte i 2013, hvorav "stikk/kutt med smitterisiko" og "fall, slag, støt, klem, stikk, kutt" utgjør de 2 største avviksgruppene. 17 av avvikene er risikovurdert med moderat skade og 3 med betydelig skade.   | Fortsette å gjennomgå/oppsummere avviksmeldinger i klinikk-AMU. Iverksette nødvendige forbedringstiltak og forebyggende tiltak. Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig.   |

## Hjerte-, lunge- og karklinikken

|                               | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                             | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|-------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Systematisk HMS-arbeid</b> |                                | Grønn: 88 %<br>Gul: 9 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)  |                             |                             | <p><u>Tall fra eHMS:</u><br/>17 av 19 verneområder har gjennomført HMS-runde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 16 verneområder/ledergupper har oppdatert HMS-handlingsplanen.</li> <li>• 74 % av medarb. svarte på MU</li> <li>• 59 % av medarb. har deltatt i tilbakemeldingsmøter etter forrige MU</li> <li>• Totalt 154 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 5 % fullført, 35 % i arbeid og 60 % ikke påbegynt.</li> </ul> <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 5 har gjennomført. 3 som startet på kurs i 2012-2013 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 25 siden 2010).</li> <li>• Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 1 leder har gjennomført. 1 som startet på kurs i 2012-13 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 12 siden 2010 + 18 før 2010).</li> </ul> | Utnytte det gode samspillet som er etablert blant ansatte for å utforske mulighetene for nye og bedre løsninger på det som må forbedres.<br>Kolleger som er trygge på hverandre kan bidra med måter å håndtere eller endre belastningene på. De kan foreslå fornuftige justeringer, arbeide frem ryddigere rutiner, ta opp problemer, komme med spenstige innspill om de får en sjanse og oppmuntres av ledelsen. |
| <b>HMS-avvik</b>              |                                | Grønn: 81 %<br>Gul: 17 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | <p><u>Tall fra Achilles for 2013:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 108 avvik, hvorav 46 i gruppen Skade på ansatt og 43 i Arbeidsmiljø (Tall for 2012: 78-32-30)</li> <li>• 38 % (30) flere avvik i 2013 enn 2012</li> <li>• De største avviksgruppene er (&gt;5): Stikk/kutt med smitterisiko, Informasjon/samhandling, Smittevern, Arbeidspress, Muskel-skjelettskade</li> </ul> <p>Meldekultur i bedring.</p>   | Fortsatt oppmuntre til å melde avvik og ha fokus på forbedringstiltak i klinikk-AMU.<br><br>Prioritere oppfølging og dokumentasjon av tiltak i forhold til meldte enkeltsaker i HMS-avvikssystemet.   |

|                     | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                   | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|---------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
|                     |                                |  |                             |                             | <p><u>Klinikk-AMU</u> behandlet 4 saker om HMS-avvik i 2013.</p> <p>Bedring i prosedyrebruk som oppfølging etter tbc.</p>   |  |
| <b>Plassforhold</b> |                                | Grønn: 24 %<br>Gul: 41 %<br>Oransje: 24 %<br>Rød: 12 %<br><br>(som sist)     |                             |                             | Fortsatt mangel på kontor- og lagerarealer flere steder på RH.  | Hvis mulig øke tilgjengelig areal for klinikken.<br>Bruke sjekklisten for gjennomgang av arbeidsmiljø i byggeprosjekter.<br>Samarbeide om arealfordeling med andre klinikker gjennom SPOC i klinikkene.  |
| <b>Inneklima</b>    |                                | Grønn: 71 %<br>Gul: 25 %<br>Oransje: 4 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)       |                             |                             | Fortettinger og plassmangel medfører varme lokaler og dårlig luft.<br>Mye bruk av varme- og støyavgivende utstyr.<br>Mhp renhold er det gjennomført dialog/inspeksjon i samarbeid med OSS på intensivhetene og på el-fys. lab.                      | Hvis mulig øke tilgjengelig areal for klinikken.<br>Fortsette den gode dialogen omkring renhold.<br>Sette støykrav ved nyinnkjøp   |
| <b>Kjemikalier</b>  |                                | Grønn: 91 %<br>Gul: 6 %<br>Oransje: 1 %<br>Rød: 1 %<br><br>(som sist)        |                             |                             | Det jobbes kontinuerlig med stoffkartoteket. 34 % økning i antall registreringer i stoffkartoteket. Noen utfordringer ved lagring av brannfarlige stoffer.  | Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket og utføre lokal risikovurdering.<br>Vurdere substitusjon til mindre farlige kjemikalier.<br>Forbedre rutiner for lagring av kjemikalier.<br>Sikkerhetskurs for laboratoriepersonell og elektronisk stoffkartotek. |
| <b>Ergonomi</b>     |                                | Grønn: 48 %<br>Gul: 44 %<br>Oransje: 4 %<br>Rød: 4 %<br><br>(noe forverring) |                             |                             | Hjerterultralydarbeidet er fortsatt ergonomisk belastende.<br>Fortsatt noen utfordringer både på kontorsiden og i pasientarbeid.<br>Senger skiftes fortløpende ut i OUS.<br>Det er 10 registrerte forflytningsveiledere i HLK.                      | Fortsette opplæring av forflytningsveiledere.<br>Starte opplæring av ergonomiveiledere.  |
| <b>Omstilling</b>   |                                | Grønn: 64 %<br>Gul: 9 %<br>Oransje: 9 %<br>Rød: 18 %<br><br>(noe bedring)    |                             |                             | Bedring på alle spørsmålene i MU om endring, allikevel en av klinikkene som skårer lavest i OUS.<br>Egen utfordring å bygge ned "vi-dem" tenkning mellom UUS og RH, og utnytte, videreutvikle og hente ut synergiene i kompetansen i begge miljøer. | Viktig med ledere som oppleves samlende og lydhøre for alle miljøer.<br>Ledergruppe- utvikling og satsning på kulturbygging og felles faglige fora RH og UUS.<br>Fokus på kommunikasjon.   |

|   | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013  | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| <b>Arbeidsbelastning</b>                |                                | Grønn: 36 %<br>Gul: 36 %<br>Oransje: 18 %<br>Rød: 9 %<br><br>(fra gult til oransje) |                             |                             | MU=59 som er en reduksjon fra 2012, og under snittet for OUS.<br>Fysiske belastninger er litt bedre enn for 2012, men fortsatt blant de høyeste i OUS.<br>Tempo og mengde er krevende, spesielt på noen steder.<br>Medvirkning, anledning til å påvirke organisasjonen er svake, mens derimot samspillet i kollegagruppene er forbedret og ligger relativt høyt sammenlignet med resten av OUS.<br>Rolleklarhet er økt, jobbtilfredshet MU=79 er bedre enn i fjor og høyere enn for OUS.<br>Tilhørigheten MU=79 er blant det høyeste i OUS. | Ledere bør vektlegge involvering i enda større grad. Gi mulighet til å utforske nye og bedre løsninger, foreslå fornuftige justeringer, arbeide fram ryddige rutiner, ta opp problemer.   |
| <b>Arbeidsglede</b>                     |                                | Grønn: 70 %<br>Gul: 30 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(fra grønn til gul)     |                             |                             | MU=78 en forbedring fra 2012 over snittet for OUS.<br>Ansatte er stolt av arbeidsplassen sin, motiverte av utfordringene og fornøyde.<br>Tilhørigheten MU=79 er blant de høyeste i OUS.   | Arbeide med bevaringspunktene fra HMS-runden for å vedlikeholde de positive faktorene utover i 2014.  |
| <b>IA</b>                               |                                | Grønn: 88 %<br>Gul: 6 %<br>Oransje: 6 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)               |                             |                             | Sykefraværet for 2013 er på 6,4 % noe som er en nedgang fra 2012, og under gjennomsnittet for sykehuset. Klinikken ligger på gjennomsnittet for sykehuset når det gjelder egenrapportering av arbeidsrelatert fravær og spørsmål om lederoppfølging ved fravær i MU.  | Bli enda bedre på lederoppfølging ved fravær.   |
| <b>Skade på ansatt Ansattssikkerhet</b> |                                | Grønn: 92 %<br>Gul: 8 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %                                 |                             |                             | Det er meldt 46 skader på ansatte i 2013, mot 32 skader i 2012.<br>"Stikk-/kutt med smitterisiko" utgjør den største avviksgruppen med 26 skader.<br>8 av avvikene er risikovurdert med moderat skade, og 2 avvik med betydelig skade.<br>Sistnevnte er 1 smitteeksponering og 1 kjemikalieeksponering.   | Oppmerksomhet omkring strålebelastning. Fortsatt fokus på stikkskader, smitte og kjemikalier.<br>Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig. |

**Akuttklinikken**

|                               | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                             | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak                          |
|-------------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| <b>Systematisk HMS-arbeid</b> |                                | Grønn: 87 %<br>Gul: 11 %<br>Oransje: 2 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | <p><u>Tall fra eHMS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>56 av 59 verneområder har gjennomført HMS-runde</li> <li>51 verneområder/ledergupper har oppdatert HMS-handlingsplanen.</li> <li>81 % av medarb. svarte på MU</li> <li>66 % av medarb. har deltatt i tilbakemeldingsmøter etter forrige MU</li> <li>Totalt 455 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 16 % fullført, 41 % i arbeid og 44 % ikke påbegynt.</li> </ul> <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 12 har gjennomført. 10 som startet på kurs i 2012-2013 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 55 siden 2010).</li> <li>Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 3 ledere har gjennomført. 4 som startet på kurs i 2012-13 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 27 siden 2010 + 25 før 2010).</li> </ul> <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u><br/>           Månedlige møter, fastsatt god tid i forveien. Godt sekretariat. Få saker med vedtak, mest orienteringssaker om faste temaer (økonomi, sykefravær), noe diskusjon.</p> | Fortsette det gode arbeidet.<br>Medvirkning kan bedres ytterligere. |

|                     | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                             | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|---------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>HMS-avvik</b>    |                                | Grønn: 82 %<br>Gul: 17 %<br>Oransje: 1 %<br>Rød: 1 %<br>(som sist)     |                             |                             | <p>Tall fra Achilles for 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>615 avvik, hvorav 198 i gruppen Skade på ansatt og 281 i Arbeidsmiljø (Tall for 2012: 563-190-233)</li> <li>9 % (52) flere avvik i 2013 enn 2012</li> <li>De største avviksgruppene er (&gt;41): Stikk/kutt med smitterisiko, Informasjon/samhandling, Smittevern, Arbeidspress, Bemanning</li> </ul> <p><u>Meldekultur:</u> Bekymringsfullt at klinikken har den laveste skår av klinikkene i OUS på MU-spørsmål om hvorvidt det er trygt å varsle om kritikkverdige forhold, og om man oppmuntres til å tenke forbedringer.</p> <p><u>Klinikk-AMU:</u> Klinikkverneombud gjennomgår avvik, som også er tilgjengelig for andre i klinikk-AMU.</p> | <p>Diskutere mulige årsaker til, og forbedringstiltak for, at flere i AKU-klinikken enn andre klinikker mener at det ikke er trygt å varsle om kritikkverdige forhold, og at det ikke oppmuntres til forbedringer og nytenkning.</p> <p>Fortsatt jobbe mot å etablere bedre HMS-avvikskultur med fokus på <i>systemårsaker</i>.</p> <p>Prioritere oppfølging og dokumentasjon av <i>tiltak</i> i forhold til meldte enkeltsaker i HMS-avvikssystemet.</p> |
| <b>Plassforhold</b> |                                | Grønn: 50 %<br>Gul: 30 %<br>Oransje: 14 %<br>Rød: 6 %<br>(noe bedring) |                             |                             | <p>Som meldt i fjor er det store problemer mange steder, særlig for intensiv/anestesi. Trange operasjonsstuer med dårlig plass til MTU og mennesker. Mangel på lager- og kontorarealer. Midlertidige plassproblemer i Akuttmottaket. AMK-sentralen trenger mer egnede lokaler pga. brannsikkerhet spesielt.</p>  | <p>Nybygget/ombygget Akuttmottak er i skrivende stund nettopp ferdig, og vil forhåpentlig bedre forholdene her. Bruke sjekklisten for gjennomgang av arbeidsmiljø i byggeprosjekter. Samarbeide om arealfordeling med andre klinikker gjennom SPOC i klinikkene.</p>  |
| <b>Inneklima</b>    |                                | Grønn: 67 %<br>Gul: 24 %<br>Oransje: 9 %<br>Rød: 1 %<br>(som sist)     |                             |                             | <p>Som i fjor er det mye bruk av medisinsk teknisk utstyr som avgir varme og støy, samt er plasskrevende. Plagsomt høy innetemperatur i noen lokaler. Det finnes en del uhensiktsmessige belysningsløsninger, og flere steder mangler arbeidsplassbelysning og mulighet for dimming.</p>   | <p>Undersøke mulighetene for bedre ventilasjon, særlig i operasjonsstuer og i intensivavd. Samarbeide med Renhold om en plan for bedring av renhold.</p>  |

|                    | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|--------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| <b>Kjemikalier</b> |                                | Grønn: 90 %<br>Gul: 9 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 1 %<br><br>(som sist)     |                             |                             | Det er lite bruk av helsefarlige kjemikalier. Noen utfordringer med gravide som arbeider med anestesigasser og håndtering av formalin.   | Legge alle stoffer inn i stoffkartoteket og risikovurdere disse.<br>Kartlegge bruk av preparatrom.<br>Sikre forsvarlig håndtering av formalin.   |
| <b>Ergonomi</b>    |                                | Grønn: 67 %<br>Gul: 28 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 2 %<br><br>(som sist)    |                             |                             | Fortsatt mye uheldige arbeidsstillinger og fysisk belastende -/ tunge løft, kombinert med hektisk arbeidsmiljø.<br>Mangelfullt løfteutstyr / -apparater.<br>Opplæring av forflytningsveiledere har vært prioritert og bruk av forflytningsteknikk er økende. Klinikken er ”best i klassen” på antall forflytningsveiledere (27). Klinikken har hatt egne prosjekter med fokus på forflytning, og har deltatt aktivt i det sentrale arbeidet på dette feltet. Opplæring av ergonomiveiledere er i gang.   | Fortsette det meget gode arbeidet med opplæring i arbeids- og forflytningsteknikk; gjennom forflytningsveiledere og ergonomiveiledere.<br>Utstyr som brukes av flere ansatte må kunne tilpasses individet og arbeidets art.<br>Stille krav om universell utforming og hensiktsmessige ergonomiske løsninger ved innkjøp av nytt MTU. |
| <b>Omstilling</b>  |                                | Grønn: 70 %<br>Gul: 24 %<br>Oransje: 7 %<br>Rød: 0 %<br><br>(noe bedring) |                             |                             | Det gjøres mye godt arbeid med omstilling og endring, og det er bedring på alle spørsmål om dette i MU. Allikevel skårer Akuttklinikken som klinikk lavest av alle i OUS. Lavest i OUS også på involvering, som er ett av områdene som klart henger sammen med hvor godt endringsprosesser drives. Det varierer fra avdeling til avdeling, men klinikken skårer også lavt på andre punkter som er viktige for å få til gode endringsprosesser, som felles mål og opplevd lederatferd. Mulig sammenheng også med høy arbeidsbelastning. Bedring på alle spørsmål om endring i MU, men skårer lavest som klinikk i OUS. Lavest i OUS også på involvering, som er ett av områdene som klart henger sammen med hvor godt endringsprosesser drives. Det varierer fra avdeling til avdeling men klinikken skårer også lavt på andre punkter som er viktige for å få til gode endringsprosesser, som felles mål og opplevd lederatferd. | Sørge for bedre medvirkning i endringsprosesser – involverende prosesser, lydhøre ledere. Utnytte mulighetene Nytt akuttmottak gir. Ha sterkere fokus på ledelse. Oppmuntre til at enheter og avdelinger lærer av hverandres gode erfaringer.  |

|   | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                              | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| <b>Arbeidsbelastning</b>                    |                                | Grønn: 49 %<br>Gul: 37 %<br>Oransje: 10 %<br>Rød: 4 %<br><br>(som sist) |                             |                             | MU=57. Samme nivå som i 2012, og den klinikken som ifølge MU har høyest arbeidsbelastning.<br>Med MU=34 på egenkontroll og MU=63 for rollekonflikt, forsterkes bildet av en anstrengende arbeidshverdag for mange. Med høyt tempo, stor mengde oppgaver og motstridende forespørslar.<br>Medvirking MU=52, er blant det laveste i OUS.<br>Mobbing, forstyrrende uenighet og dårlig håndterte konflikter forsterker bildet av et belastet arbeidsmiljø. Dette kan være grunnen til at sosialt samspill er noe lavere enn i 2012. | Misnøye fordrer svært aktiv oppfølging av forbedringstiltakene fra HMS-runden.<br>Ledelsen bør vise aktiv interesse for å gjennomføre HMS-handlingsplanen.<br>Ha fortløpende dialog med ansatte om løsningsorienterte prosesser. Det kan bidra til å identifisere raske forbedringer og langsiktige endringer.        |
| <b>Arbeidsglede</b>                         |                                | Grønn: 85 %<br>Gul: 13 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 2 %<br><br>(som sist)  |                             |                             | MU=75 en liten forbedring fra 2012, men litt under snittet for OUS. Motivasjonen for jobben er god. Tilhørigheten glipper litt under snittet for OUS. Misnøye kan tippe mot å ønske å søke seg vekk.  | Motivasjonen for faget som ansatte bringer med seg og gleden over givende samarbeid med hyggelige kolleger avlaster stresset og bekrefter felles identitet.<br>Ledelsen bør ta tak i vedvarende belastninger og konflikter for å understreke at de ansattes innsats verdsettes høyt og at det er verdt å fortsette.   |
| <b>IA</b>                                   |                                | Grønn: 83 %<br>Gul: 10 %<br>Oransje: 8 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)  |                             |                             | Sykefraværet for 2013 er på 8,2 % noe som er en økning fra 2012. Klinikken ligger godt over gjennomsnittet når det gjelder arbeidsrelatert fravær ifølge MU, og på gjennomsnittet når det gjelder spørsmål om lederoppfølging ved fravær.   | Fokuser på det forebyggende IA-arbeidet, gjennom å legge til rette for, og stimulere til størst mulig ansattmedvirkning i utarbeidelse og oppfølging av handlingsplanene i hver enkelt avdeling.  |
| <b>Skade på ansatt<br/>Ansattssikkerhet</b> |                                | Grønn: 65 %<br>Gul: 29 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 6 %                    |                             |                             | Det er meldt 198 skader på ansatte i 2013.<br>"Stikk/kutt med smitterisiko", "fall, slag, støt, klem, stikk, kutt" og "fysisk vold" utgjør de største avviksgruppene.<br>29 er risikovurdert med moderat skade, og 6 med betydelig skade.   | Følge opp kartlegging hos ambulanseavd. og AMK, med forebyggende tiltak.<br>Gjennomgå gjeldende opplæringsrutiner årlig, for ansatte som utsettes for smitterisiko ved stikkskader.<br>Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig. |



**Klinisk diagnostikk og intervensjon**

|                               | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                            | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|-------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>Systematisk HMS-arbeid</b> |                                | Grønn: 93 %<br>Gul: 7 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | <p><u>Tall fra eHMS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 58 av 80 verneområder har gjennomført HMS-runde</li> <li>• 67 verneområder/ledergupper har oppdatert HMS-handlingsplanen.</li> <li>• 79 % av medarb. svarte på MU</li> <li>• 74 % av medarb. har deltatt i tilbakemeldingsmøter etter forrige MU</li> <li>• Totalt 805 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 32 % fullført, 32 % i arbeid og 36 % ikke påbegynt.</li> </ul> <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 22 har gjennomført. 4 som startet på kurs i 2012-2013 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 78 siden 2010).</li> <li>• Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 5 ledere har gjennomført. 4 som startet på kurs i 2012-13 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 38 siden 2010 + 53 før 2010).</li> </ul> <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u><br/>           Månedlige møter, fastsatt god tid i forveien. Godt sekretariat. God kultur for diskusjon. Få saker med vedtak, mest orienteringssaker om faste temaer (sykefravær, HMS-avvik, byggesaker). Andre tema til orientering: Brudd på arbeidstidsbestemmelser, kjemikalierisiko og pålegg fra Arbeidstilsynet.</p> | Arbeide med implementering av eHMS.<br><br>Alle verneombud i enheter/avdelinger skal medvirke i det systematiske HMS-arbeidet.<br><br>Utveksle gode erfaringer om HMS-arbeidet på avdelingsnivå. |

|                     | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                             | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|---------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>HMS-avvik</b>    |                                | Grønn: 87 %<br>Gul: 12 %<br>Oransje: 1 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Tall fra Achilles for 2013: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 215 avvik, hvorav 90 i gruppen Skade på ansatt og 82 i Arbeidsmiljø (Tall for 2012: 288-112-123)</li> <li>• 25 % (73) færre avvik i 2013 enn 2012</li> <li>• De største avviksgruppene er (&gt;9): Stikk/kutt med smitterisiko, Smittevern, Annen smitteeksponering, Informasjon/samhandling, Fall/slag/støt/klem/stikk/kutt.</li> </ul> <u>Meldekultur:</u><br>Det meldes færre avvik om kjemikaliehåndtering, enn Arbeidsmiljøavdelingens observasjoner og beskrivelse av forekomst fra ansatte tilsier. | Oppfordre til bruk av Achilles ved avvik, spesielt ved håndtering av kjemikalier eller kjemikalieholdige prøver.<br>Oppfølging av avvik er en forutsetning for at de ansatte skal ha tillitt til Achilles. Det må forventes underrapportering, hvis meldte avvik ikke følges opp med effektive tiltak.   |
| <b>Plassforhold</b> |                                | Grønn: 60 %<br>Gul: 32 %<br>Oransje: 6 %<br>Rød: 2 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Generelt mangel på plass, både i ny og eldre bygningsmasse. En del arealer er uegnede til aktiviteten, spesielt arealer uten eller med mangelfulle ventilasjonssystemer.<br>Mangel på egnet lagerpass på Avdeling for patologi, fører til mellomlagring av formaldehydholdige prøver på uegnede plasser, med emballasje med varierende grad av tetthet og støtsikkerhet.<br>Byggeprosjekter i 2012: bla. DP15, OCCI-prosjektet (leie av arealer) på RAD.  | Ombygging/nybygging/leie arealer.<br>Se på den totale arealbruken i avdelingene/klinikken og vurder om arealene kan utnyttes bedre.<br>Plassbehov dokumenteres og meldes i linjen. Samarbeide om arealfordeling med andre klinikker gjennom SPOC (kontaktperson ved flytting) i klinikkene. Sørg for medvirkning i byggesaker.<br>Ha byggeprosjekter som angår klinikken som fast punkt i klinikk-AMU, med gjennomgang av sjekklisten for arbeidsmiljø i byggesaker.<br><br>Prioritere forskriftsmessige arealer til håndtering og lagring av kjemikalier høyt, og som samsvarer med prøvemengden som skal håndteres og fremtidig vekst. |

|                    | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                             | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|--------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>Inneklima</b>   |                                | Grønn: 60 %<br>Gul: 31 %<br>Oransje: 9 %<br>Rød: 1 %<br><br>(som sist) |                             |                             | <p>Manglende eller mangelfull ventilasjon noen steder, vil kunne medføre dårlig luftkvalitet. Lokaler hvor det brukes helseskadelige kjemikalier må prioriteres. Varmeavgivende utstyr kan sette krav til kjøling. Støyende utstyr bør ikke plasseres sammen med arbeidsplasser med krav til kommunikasjon eller konsentrasjon.</p> <p>Trekkfulle arealer noen steder, isolering og forbedring av tettheten i vinduer vil hjelpe på temperatur toppene om sommeren og dalene på vinteren.</p> | <p>Fortsette å medvirke ved flytting for å sikre løsninger på inneklimate utfordringer i nye lokaler. Støykrav bør formidles ved innkjøp av utstyr.</p> <p>Støyende utstyr bør plasseres i egne rom, adskilt fra kontorplasser.</p> <p>Vær obs på støy og varmeavgivende utstyr, og antall arbeidsplasser ved fortetting.</p> <p>Aktiv bruk av utvendig solavskjerming.</p> <p>På flerbruksrom bør ha plassbelysning som kan reguleres til individuelt behov.</p> <p>Etablering av rutiner for hovedrenhold.</p>   |
| <b>Kjemikalier</b> |                                | Grønn: 76 %<br>Gul: 20 %<br>Oransje: 4 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | <p>Stort forbruk av helseskadelige kjemikalier. Det er iverksatt enkelte vernetiltak som reduserer, men ikke ekskluderer eksponering. Mangel på lokal risiko- og substitusjonsvurdering. Patologisk avdeling har pålegg fra Arbeidstilsynet relatert til kjemikalieeksponering. Det jobbes med nye laboratoriearealer på RAD (OCCI).</p>  | <p>Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket, og risikovurdere disse lokalt.</p> <p>Vurdere substitusjon til mindre farlige kjemikalier.</p> <p>Avhende gamle kjemikalier.</p> <p>Lagre de betydelige mengdene formalin i ventilerte skap.</p> <p>Ha lett tilgjengelig personlig verneutstyr.</p> <p>Sørge for godkjent spesialventilasjon. Sørg for undervisning i kjemikaliesikkerhet, bla. "Sikkerhetskurs for laboratorieansatte" og kurs i "Elektronisk stoffkartotek".</p> <p>Oppdatere prosedyrer om håndtering av formalin/xylen i eHåndboken.</p> <p>Prioritere tiltak på Patologisk avdeling.</p> |
| <b>Ergonomi</b>    |                                | Grønn: 69 %<br>Gul: 25 %<br>Oransje: 4 %<br>Rød: 2 %<br><br>(som sist) |                             |                             | <p>Mye ensidig arbeid med risiko for utvikling av muskel - skjelettplager f.eks. mikroskopering og arbeid i avtrekksbenker.</p> <p>Dessuten er det mye håndtering og løft av tunge gjenstander.</p> <p>Det er gjort mange arbeidsplassjusteringer i klinikken, og det har vært opplæring av Ergonomiveiledere.</p>  | <p>Fortsette tilpassingsarbeidet, og sørge for fleksible løsninger, eksempelvis tilpasset stol, underarmsstøtte mm.</p> <p>Utstyr som brukes av flere ansatte må kunne tilpasses individet og arbeidets art.</p> <p>Stille krav om universell utforming og hensiktsmessige ergonomiske løsninger ved innkjøp av nytt utstyr.</p> <p>Sørge for oppfølging av Ergonomiveiledere.</p>   |

|   | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013   | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|---|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Omstilling</b>                       |                                | Grønn: 66 %<br>Gul: 28 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 3 %<br><br>(noe bedring)          |                             |                             | Betydelig forbedring på flere spørsmål i MU, men allikevel særlige utfordringer bla. fordi drift fortsatt er spredt mange steder, og det er mange grensesnitt med andre avdelinger/klinikker. Dette gir noen steder problemer med samarbeid på tvers og "vi-dem" tenkning. | Gjennomføre tiltak som lodder dypere enn korte foredrag og sosiale sammenkomster klarer. Eksempelvis felles prosjekter, samlinger, hospitering/rotasjon, presentasjon på intranett/nyhetsbrev, treffpunkter for å ivareta samarbeid på tvers og bedre helhetstenkning |
| <b>Arbeidsbelastning</b>                |                                | Grønn: 51 %<br>Gul: 31 %<br>Oransje: 17 %<br>Rød: 0 %<br><br>(fra oransje til gul) |                             |                             | Resultat for MU=62 er litt bedre enn snittet for OUS. Egenkontroll resultat MU=47 er det samme som for 2012 og litt under det nokså lave snittet for OUS. Rollene er blitt klarere og konflikter noe bedre håndtert. Medvirkning MU=57 mot snittet 59 for OUS er noe svak. | Økt medvirkning kan endre opplevelsen av lite kontroll over arbeidsoppgaver. Aktive drøftinger mellom ledelse og ansatte kan avsløre nyttige grep for å påvirke faktorer som skaper belastninger.   |
| <b>Arbeidsglede</b>                     |                                | Grønn: 76 %<br>Gul: 21 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 0 %<br><br>(fra gul til grønn)    |                             |                             | Resultat MU=74 er noe bedre enn i 2012, men lavere enn OUS samlet. Motivasjon er så vidt bedre enn i 2012, men under snittet for OUS. Jobbtilfredshet er under nivået for OUS samlet. Tilhørigheten er bedre enn i fjor men på laveste nivå i OUS.                         | Inspirere ansatte slik at de gjenvinner troen på at de gjør en god jobb. Eksempelvis ved bekreftende tilbakemeldinger, og ved samvær som fremmer entusiasme. Balansere kravet til tjenesteproduksjon med kravet til kvalitet.   |
| <b>IA</b>                               |                                | Grønn: 95 %<br>Gul: 4 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)              |                             |                             | Sykefraværet for 2013 er på 6,3 % noe som er en reduksjon fra tidligere, og under snittet for sykehuset. Klinikken scorer litt bedre enn gjennomsnittet på egenrapportering av arbeidsrelatert fravær og spørsmål om lederoppfølging ved fravær i MU.                      | Sikre at ledere har god kunnskap om IA.   |
| <b>Skade på ansatt Ansattssikkerhet</b> |                                | Grønn: 75 %<br>Gul: 17 %<br>Oransje: 6 %<br>Rød: 2 %                               |                             |                             | Det er meldt inn 90 skader på ansatte i 2013. "Stikk/kutt med smitterisiko" er den klart største avviksgruppen. 9 avvik er risikovurdert med moderat skade, og ingen med betydelig skade.  | Sørge for undervisning om stikkskader, gjennomgang av rutiner der avvikene skjer. Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig.  |

## Oslo Sykehusservice

|                               | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                            | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|-------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| <b>Systematisk HMS-arbeid</b> |                                | Grønn: 92 %<br>Gul: 8 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | <p><u>Tall fra eHMS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>60 av 67 verneområder har gjennomført HMS-runde</li> <li>73 verneområder/ledergupper har oppdatert HMS-handlingsplanen.</li> <li>87 % av medarb. svarte på MU</li> <li>79 % av medarb. har deltatt i tilbakemeldingsmøter etter forrige MU</li> <li>Totalt 600 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 26 % fullført, 30 % i arbeid og 44 % ikke påbegynt.</li> </ul> <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 16 har gjennomført. 7 som startet på kurs i 2012-2013 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 63 siden 2010).</li> <li>Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 14 ledere har gjennomført. 6 som startet på kurs i 2012-13 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 62 siden 2010 + 38 før 2010).</li> </ul> <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u></p> <p>Faste saker: resultatrapportering (sykefravær, regnskap, AML brudd), orientering fra ARB, klinikkvernombud og klinikktilitsvalgte.</p> <p>Ofte gjennomgang/status på prosjekter og temasaker vedrørende sykefravær. Varierte saker legges frem for klinikken.</p> | Fortsette å følge opp MU og invitere ansatte til involvering i utarbeidelse av handlingsplaner.<br>Arbeide videre med at ledere og VO gjennomfører HMS-opplæring, og motivere VO til å delta i det systematiske HMS arbeidet. |

|                     | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                             | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|---------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>HMS-avvik</b>    |                                | Grønn: 91 %<br>Gul: 8 %<br>Oransje: 1 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)  |                             |                             | Tall fra Achilles for 2013: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 699 avvik, hvorav 116 i gruppen Skade på ansatt og 260 i Arbeidsmiljø (Tall for 2012: 714-120-296)</li> <li>• 2 % (15) færre avvik i 2013 enn 2012</li> <li>• De største avviksgruppene er (&gt;38): Orden og renhold, Fall/slag/støt/klem/stikk/kutt, Manglende rent tøy, Inneklima, Rømningsveier</li> </ul>   | Oppmuntre til melding av avvik med fokus på forbedringstiltak. Etterse at tiltak er iverksatt før lukking av avvik, dette gjelder særlig avvik som er overført fra andre klinikker. Sjekke om risiko er vurdert riktig, særlig der det meldes betydelig skade.<br>Gjennomgang av HMS-avvik bør fortsatt være fast punkt på saklisten i Klinikk-AMU.<br>Fortsette opplæring i bruk av avvikssystemet for ledere, vernetjeneste, tillitsvalgte og ansatte. Utvikle god og hensiktsmessig HMS-avvikskultur for eget arbeidsmiljø. Benytte ARBs tilbud om opplæring/gjennomgang av systemet. |
| <b>Plassforhold</b> |                                | Grønn: 83 %<br>Gul: 17 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Økt aktivitet, varebeholdning og antall mennesker står fortsatt ikke i forhold til disponert areal. Liten plass gjør det ofte vanskelig å benytte hensiktsmessige arbeidsstillinger, samt løfte- og transporthjelpemidler.<br>For å tilpasse seg aktiviteten på sykehuset, endrer avdelinger som sengesentral, sterilsentral, kjøkken etc på rutiner/funksjoner uten tilstrekkelig fokus på tilgjengelig areal. Mangel på egnede lagerrom, støtterom og pauserom. | Jobbe med å finne balanse mellom bemanning, arbeidsoppgaver/ varebeholdning og tilgjengelig areal. Tilstrebe egnede lokaler med tilstrekkelig lagerplass, mulighet for å benytte avlastningshjelpemidler og tilgjengelig/ stort nok pauserom til de ansatte. Bruke sjekklisten for gjennomgang av arbeidsmiljø i byggeprosjekter, samt behandle byggeplaner i Klinikk-AMU. Samarbeide om arealfordeling med andre klinikker gjennom SPOC (single point of contact) i klinikkene.   |
| <b>Inneklima</b>    |                                | Grønn: 71 %<br>Gul: 22 %<br>Oransje: 5 %<br>Rød: 1 %<br><br>(som sist) |                             |                             | Det er fortsatt mangelfull ventilasjon i gammel bygningsmasse, og temperaturen svinger etter årstiden. Enkelte steder er det støy- og støvproblematikk, eksempelvis kjøkken og vaskeri.<br>Redusert renhold har negativ innvirkning på inneklimate.   | Utbedre ventilasjonen .<br>Holde det ryddig og fjerne det som ikke brukes for å tilrettelegge for hensiktsmessig renhold.<br>Gjennomgå renholdsrutiner.<br>Sette støykrav til utstyr.  |

|                    | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                      | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|--------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| <b>Kjemikalier</b> |                                | Grønn: 88 %<br>Gul: 11 %<br>Oransje: 1 %<br>Rød: 1 %<br><br>(som sist)          |                             |                             | Noen avdelinger har utfordringer med håndtering av kjemikalier, f.eks. Renholdsavd., MTA og Forskningsstøtte.<br>Det er igangsatt et prosjekt på Renhold ifm. rapporterte helseplager ved bruk av desinfeksjonsmidler.<br><br>Lav andel av innlagte stoffer i stoffkartoteket. Ingen stoffer er substitusjonsvurdert.<br><br>Ikke optimale forhold på kjemikalieavfallslager på Riks/RAD. Personlig verneutstyr (PVU) må benyttes.   | Fortsette med samarbeidsprosjekter for å finne gode/trygge løsninger for de ansatte. Gi opplæring og bedre kunnskap hos bl.a. renholdere om produktene/kjemikaliene som benyttes.<br>Fortsette utprøving av PVU, samt utarbeidelse av prosedyre ved desinfeksjonsrenhold.<br>Legge inn alle stoffer i stoffkartoteket og risikovurdere disse.<br>Vurdere substitusjon til mindre farlige kjemikalier.<br>Reparere ventilasjonen på kjemikalieavfallslager. |
| <b>Ergonomi</b>    |                                | Grønn: 78 %<br>Gul: 18 %<br>Oransje: 2 %<br>Rød: 2 %<br><br>(som sist)          |                             |                             | Fysisk arbeid, høy arbeidsbelastning og lav bemanning øker risiko for å utvikle belastningsplager.<br>Undervisning i ergonomi og arbeidsteknikk med tilbud til samtlige renholdere i OSS. 139 renholdere var med på undervisningen.<br>Det har vært opplæring av en del ergonomiveiledere og forflytningsveiledere. Portørenheten bistår inn i forflytningsundervisningen for hele OUS. Sengeparken i OUS fornyes og samtlige hjul på senger (Ullevål) har blitt skiftet ut. Det er fortsatt mangler ved systemet for reparasjon av senger. Derfor fortsatt avvik på defekte senger. | Jobbe forebyggende, og øke forståelsen for sammenhengen mellom fysiske belastninger og skader.<br>Følge opp ergonomiundervisningen for renholdere i 2014.<br>Opplæring av flere ergonomiveiledere og forflytningsveiledere, samt følge opp disse.<br>Utarbeide felles rutiner i OUS for merking av ødelagte senger, vedlikehold, reparasjon og oversikt over sengeparken.  |
| <b>Omstilling</b>  |                                | Grønn: 82 %<br>Gul: 15 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 3 %<br><br>(fra gul til grønn) |                             |                             | Forbedring på alle spørsmål i MU. Sammen med Medisinsk klinikk er OSS den som skårer høyest på endring og omstilling.<br>Igangsatt mange prosjekter og økt tilbud av kurs til ansatte med fokus på service og kulturbygging.<br>Lederutfordringer i enkelte enheter.<br>Fortsatt utfordringer knyttet brukernes forventninger til tjenestekvalitet.  | Klinikken har tatt tak i utfordringer og har flere steder jobbet med kulturbygging.<br>Fortsette å satse på lederutvikling, prosessforbedringer, å bygge stolthet over arbeidet.<br>Fortsette arbeidet med kulturbygging.<br>Avklare forventninger, og videreføre samarbeidsmøter med "kundene".   |

|                          | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                               | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|--------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Arbeidsbelastning</b> |                                | Grønn: 60 %<br>Gul: 36 %<br>Oransje: 2 %<br>Rød: 2 %<br><br>(som sist)   |                             |                             | Resultat MU=57. En liten forbedring fra 2012, men arbeidsbelastning er blant det mest markerte i OUS. Fysiske krav er i en del jobbsituasjoner svært høye. Egenkontroll er på det beste nivået i OUS, og viser at de ansatte gis frihet og selvbestemmelse, noe som styrker evnen til å tåle den fysiske belastningen. Medvirkning er forbedret fra 2012. Ansatte opplever at de har klarhet i deres roller, men motstridende krav er med på å skape rollekonflikt. Sosialt samspill er svakt, og konflikter kan forstyrre både arbeidet og samarbeid.                       | Egenkontroll er viktig å befeste i 2014, og kan være utgangspunkt for dialoger om løsninger på krysspess i hverdagen. Gjennomgang av metoder og rutiner, opplæring og bruk av hjelpemidler kan kanskje minske noen fysiske belastninger. Medvirkning gir erfaring med å få sin mening frem og kan være kilde til å invitere ansatte til å være med og løse opp i samspillproblemer. |
| <b>Arbeidsglede</b>      |                                | Grønn: 91 %<br>Gul: 7 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 2 %<br><br>(noe bedring) |                             |                             | Resultat MU=73 er en svak forbedring, men litt under snittet for OUS. Jobbing og fokus på temaet har flere steder gitt positivt utslag på arbeidsglede tross fysisk tung belastning. Det er store variasjoner innad i klinikken. Det oppleves en lavere grad av tilhørighet blant de ansatte.  | Øke inspirasjon ved å hjelpe grupper til å gjøre deres innsats mer synlig. Hente informasjon om kvalitet på tjenester som leveres, og gi positive tilbakemeldinger.   |
| <b>IA</b>                |                                | Grønn: 84 %<br>Gul: 16 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)   |                             |                             | Sykefraværet for 2013 er på 10,9 % noe som er uendret siden 2012. Klinikken har sykehusets høyeste fravær, og lavest score på egenrapportering av arbeidsrelatert fravær i MU. På spørsmål om lederoppfølging av fravær scorer klinikken noe under gjennomsnittet. Klinikken har størst andel ensidig manuell arbeid på sykehuset, noe som kan være en medvirkende årsak til høyere rapportering på arbeidsrelatert fravær. I tillegg er det utfordringer i arbeidsmiljøet med mange typer fremmedspråk. Det jobbes betydelig i enkelte enheter for å redusere sykefraværet. | Oppmuntre til videre arbeid og fortsatt fokus på sykefraværprosjekter i enheter med høyt fravær. Fortsette å benytte lederstøtte og opplæring av ledere i IA -arbeid.   |



|   | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013          | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak   |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|--|
| <b>Skade på ansatt<br/>Ansattssikkerhet</b> |                                | Grønn: 96 %<br>Gul: 2 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 2 % |                             |                             | Det er meldt 116 skader på ansatte i 2013, hvorav "fall, slag, støt, klem, kutt", "stikk/kutt med smitterisiko" og "muskel/skjelettskader" utgjør de største avviksgruppene. 40 avvik er risikovurdert med moderat skade, og 10 med betydelig skade. Flere avvik beskriver skader forårsaket av fall utendørs (is/glatt underlag), samt fall inne på våte/glatte gulv. Mye tungt manuelt arbeid og høyt tempo gir potensiale for belastningsskader. | Ha fokus på opplæring og veiledning i forhold til fysisk arbeidsbelastning og å redusere manuelle løft. Anskaffe / benytte hjelpemidler og utstyr til håndtering av varer. Gode arbeidsrutiner. Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig. |

**Direktørens stab**

|                               | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                            | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|-------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| <b>Systematisk HMS-arbeid</b> |                                | Grønn: 91 %<br>Gul: 3 %<br>Oransje: 2 %<br>Rød: 2 %<br><br>(som sist) |                             |                             | <p><u>Tall fra eHMS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>7 av 8 verneområder har gjennomført HMS-runde</li> <li>8 verneområder har oppdatert HMS-handlingsplanen.</li> <li>86 % av medarb. svarte på MU</li> <li>98 % av medarb. har deltatt i tilbakemeldingsmøter etter forrige MU</li> <li>Totalt 67 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 22 % fullført, 22 % i arbeid og 55 % ikke påbegynt.</li> </ul> <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 1 har gjennomført. 1 som startet på kurs i 2012-2013 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 5 siden 2010).</li> <li>Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 3 ledere har gjennomført. 4 som startet på kurs i 2012-13 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 5 siden 2010 + 5 før 2010).</li> </ul> <p>Det er fremdeles ledere i DST som ikke har gjennomført HMS-lederopplæring</p> <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u><br/>           Det har vært holdt to møter i AMU for direktørens stab i 2013.<br/>           Det meldes svært få saker til AMU.<br/>           HMS-avvik er fast post.</p> | Det bør sjekkes ut hvilke ledere som fremdeles mangler HMS-lederopplæring. Ledere i direktørens stab bør gå foran som et godt eksempel i OUS. |

|                     | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                    | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer   | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak                                  |
|---------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| <b>HMS-avvik</b>    |                                | Grønn: 97 %<br>Gul: 0 %<br>Oransje: 3 %<br>Rød: 0 %<br>(som sist)             |                             |                             | <p>Tall fra Achilles for 2013:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>21 avvik, hvorav 4 i gruppen Skade på ansatt og 2 i Arbeidsmiljø (Tall for 2012: 17-2-4)</li> <li>24 % (4) flere avvik i 2013 enn 2012</li> <li>De største avviksgruppene er (&gt;1): IT-utstyr/IT-system, Brudd på sikkerhetsrutiner, Støy, Trusler</li> </ul> <p><u>Meldekultur:</u> Det er lavt antall avvik. Det er grunn til å tro at det fremdeles er mulig å bedre meldekulturen.</p> <p>Det er også sannsynlig at det er en viss "meldetretthet", folk opplever at det ikke blir gjort endringer på forhold som det bes om endring på. IT- situasjonen og inneklimasituasjonen kan være eksempler på dette.</p> | Meldekulturen bør fortsatt forbedres.                                       |
| <b>Plassforhold</b> |                                | Grønn: 67 %<br>Gul: 33 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br>(fra oransje til gul) |                             |                             | Stabsenheten Forskning, innovasjon og utdanning tar opp i handlingsplanen at de trenger flere kontorplasser. For øvrig gjenspeiles ikke behov for dette så langt vi kan se i eHMS. Men det er et generelt inntrykk når vi snakker med ansatt, at de sitter trangt.  |   |
| <b>Inneklima</b>    |                                | Grønn: 63 %<br>Gul: 10 %<br>Oransje: 6 %<br>Rød: 0 %<br>(som sist)            |                             |                             | Lokalene mangler ventilasjonsanlegg, og som tidligere meldes det om inneklimatematikk. Godt renhold for å redusere støvmengden er viktig.   | Installere ventilasjonsanlegg.<br>Tilrettelegge for hensiktsmessig renhold. |
| <b>Kjemikalier</b>  |                                |   |                             |                             | Ikke aktuelt.   |   |

|                          | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                       | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak                  |
|--------------------------|--------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Ergonomi</b>          |                                | Grønn: 88 %<br>Gul: 12 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)           |                             |                             | Mye ensidig kontorarbeid. Økte belastninger ved store arbeidsmengder og tidsfrister.   | Variasjon i arbeidsoppgaver. Bevisstgjøring av den enkelte. |
| <b>Omstilling</b>        |                                | Grønn: 67 %<br>Gul: 33 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(fra grønn til gult) |                             |                             | Bedring på alle spørsmål om endring i MU, fra et allerede – for OUS – høyt nivå.   | Fortsette den gode utviklingen.                             |
| <b>Arbeidsbelastning</b> |                                | Grønn: 67 %<br>Gul: 0 %<br>Oransje: 33 %<br>Rød: 0 %<br><br>(noe bedring)        |                             |                             | <p>Resultat MU=72 er litt høyere enn i 2012 og er en av de beste i OUS. Medvirkning og egenkontroll er også forbedret fra i fjor, og ligger langt over snittet for OUS. Rolleklarhet er god, konflikt er minimal, sosialt samspill svært godt.</p> <p>Det er vanskelig å sammenlikne resultatene herfra med resultatene for de som behandler pasienter, for arbeidet er svært annerledes. Selv om arbeidsbelastningen er stor, er den ofte lettere å leve med når man har høy egenkontroll og god mulighet for medvirkning. Det er mange som jobber utover ordinær arbeidstid. Arbeidsgleden er fremdeles høy.</p> <p>Disse faktorene kan være noe av forklaringen på at arbeidsbelastning kommer tallmessig såpass bra ut i MU, i forhold til snittet for OUS. Alle enhetene har satt arbeidsbelastning opp som prioritert satsningsområde i HMS-handlingsplanen.</p> | Fortsette arbeidet med å redusere arbeidsbelastningen.      |

|   | Klinikkens egen vurdering 2013 | Oppsummering av klinikkens HMS-runder 2013                                | ARBs faglige vurdering 2012 | ARBs faglige vurdering 2013 | Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer  | Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak  |
|---|--------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|--|---|
| <b>Arbeidsglede</b>                         |                                | Grønn: 100 %<br>Gul: 0 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(noe bedring) |                             |                             | Resultat MU=82 som er et godt stykke over snittet for OUS. Motivasjon er på topp, tilhørighet og stolthet over arbeidsplassen er sterk. Ansatte har et svært godt arbeidsmiljø.  | Det er vanskelig å foreslå tiltak som risikerer å endre på noe så positivt utover å håpe at autonomi, entusiasme og interesse fortsetter å prege arbeidshverdagen i 2014. |
| <b>IA</b>                                   |                                | Grønn: 100 %<br>Gul: 0 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %<br><br>(som sist)    |                             |                             | Lavt sykefravær i 2013 på 4,0 % noe som er en reduksjon siden 2012. Det scores gjennomsnittlig på egenrapportering av arbeidsrelatert fravær, og godt over gjennomsnittet på spørsmål om lederoppfølging av sykefravær i MU. | Sikre at lederne har god kunnskap om IA.  |
| <b>Skade på ansatt<br/>Ansattssikkerhet</b> |                                | Grønn: 67 %<br>Gul: 33 %<br>Oransje: 0 %<br>Rød: 0 %                      |                             |                             | Det er kategorisert 4 skader på ansatt. Ett fall på isen etter for dårlig strøing. En situasjon der pasient utagerte, ingen konsekvens. To trusselsituasjoner.   | Gjennomgå sikkerhetsrutiner, da også ansatte i staben kan møte ustabile personer.   |
| <b>Annet</b>                                |                                |   |                             |                             | Det har vært store problemer med IT systemene. Det er noe bedret i løpet av 2013, men det gjenstår fortsatt noen utfordringer.   | Fortsette å ta opp IT- utfordringene med de som har ansvar for dette. Avvikssystemet bør brukes til dette.  |

## 5. HMS-opplæring i 2013

|                       | PHA  | MED  | KKN  | KVB  | KKT  | HLK  | AKU  | KDI  | OSS      | STAB     |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------|----------|
| Brannvernopplæring    | 80 % | 79 % | 82 % | 80 % | 89 % | 87 % | 77 % | 85 % | 70 %     | 71 %     |
| MTU-opplæring         | 37 % | 64 % | 61 % | 71 % | 68 % | 79 % | 91 % | 86 % | uaktuelt | uaktuelt |
| Arbeidsmiljøopplæring | 63 % | 57 % | 52 % | 55 % | 75 % | 36 % | 62 % | 68 % | 66 %     | 60 %     |

### Krav til opplæring

- Brannvern = 100 %
- MTU = 100 % av de det er relevant for
- Arbeidsmiljø = nødvendig opplæring, øvelse og instruksjon for å kunne utføre jobben på en sikker måte

## 6. Viktigste gjennomførte tiltak i klinikkene i 2013 – egenrapportering fra klinikkene

| PHA   | MED  | KKN  | KVB   | KKT  | HLK  | AKU  | KDI  | OSS   | STAB   |
|---|--|--|---|--|--|--|--|---|--|
| Faglig utvikling<br>Vold og trusler<br>Arbeidsglede<br>Verdier<br>Sosialt samspill<br>Brannvern | Faglig utvikling<br>Forbedringer<br>Arbeidsglede<br>Sosialt samspill<br>Arbeidslokaler<br>og fellesarealer<br>Arbeids-<br>belastning | Faglig utvikling<br>Sosialt samspill<br>HMS-runde -<br>brannvern<br>Arbeidsglede<br>Tilhørighet<br>Medvirkning | Faglig utvikling<br>Systematisk<br>HMS-arbeid<br>Motivasjon<br>Arbeidsglede<br>Arbeidslokaler /<br>fellesarealer<br>Sykefraværs-<br>arbeid / IA | Strategiarbeid i<br>Medisinsk fysikk<br>Målarbeid<br>Verdiarbeid<br>Samhandling<br>vernetjeneste og<br>arbeidsgiver<br>Revisjon av IA-<br>handlingsplan<br>Samhandling<br>mellom kliniske<br>avd. og<br>forsknings-<br>miljøer | Faglig utvikling<br>Ergonomi<br>MTU-opplæring<br>Arbeids-<br>belastning<br>Strålevern<br>Brannvern<br>Psykososialt<br>arbeidsmiljø | Sosialt samspill<br>Sykefraværs-<br>arbeid, IA<br>HMS-avvik<br>Lyd<br>Arbeids-<br>belastning<br>Arb.lokaler /<br>fellesarealer | Arbeids-<br>belastning<br>Brannvern<br>Kjemikalie-<br>håndtering<br>Ergonomi<br>Sosialt samspill<br>Arbeidslokaler | Medvirkning<br>Arbeidsglede<br>Sosialt samspill<br>Kvalitet,<br>trygghet, respekt<br>Arbeids-<br>belastning<br>Endring og<br>omstilling | Arbeids-<br>belastning<br>Faglig utvikling<br>Rolleklarhet |

## 7. Viktigste gjenstående arbeidsmiljøproblematikk i klinikkene pr. 2013 – egenrapportering fra klinikkene

| PHA   | MED   | KKN  | KVB  | KKT   | HLK  | AKU  | KDI  | OSS   | STAB   |
|---|---|--|--|---|--|--|--|---|--|
| Faglig utvikling<br>Sosialt samspill<br>Arbeidslokaler/<br>fellesarealer<br>Motivasjon<br>Endring og<br>omstilling<br>Inneklima | Faglig utvikling<br>Arbeids-<br>belastning<br>Arbeidslokaler<br>og fellesarealer<br>Mål<br>HMS-avvik<br>Motivasjon<br>Samspill<br>Inneklima | Renhold<br>Plassforhold<br>Arbeids-<br>belastning<br>Inneklima,<br>ventilasjon<br>Lagringsforhold<br>Ergonomi, tungt<br>arbeid | Faglig utvikling<br>Arbeidsglede<br>Arbeidslokaler /<br>fellesarealer<br>Mål<br>Egenkontroll | Lederslitasje<br>Flytteprosesser<br>Nedslitt<br>bygningssmasse<br>Arbeids-<br>belastning<br>Flytting av URO | Faglig utvikling<br>Arbeidslokaler<br>Målarbeid,<br>kultur og<br>samarbeidsklima<br>Arbeids-<br>belastning<br>Kjemikalier<br>Utviklings-<br>samtaler | Overtid<br>AML-brudd<br>Samarbeid på<br>tvers<br>Arbeids-<br>belastning<br>Areal /<br>plassforhold<br>Budsjett | Arbeids-<br>belastning<br>Lokaler /<br>fellesarealer<br>Faglig utvikling<br>Kjemikalier<br>Inneklima<br>Psykososialt /<br>organisatorisk<br>arbeidsmiljø | Arbeids-<br>belastning<br>Rollekonflikt<br>Sosialt samspill<br>Kvalitet<br>Miljøledelse<br>Smittevern | Arbeids-<br>belastning<br>Faglig utvikling<br>Rolleklarhet |

## 8. Satsningsområder i klinikkene i 2014 – egenrapportering fra klinikkene

| PHA   | MED   | KKN  | KVB  | KKT  | HLK  | AKU  | KDI  | OSS   | STAB   |
|---|---|--|--|--|--|--|--|---|--|
| Målarbeid med<br>handlingsplan<br>og avdelingsvise<br>prosesser<br>Faglig utvikling<br>med volds-<br>reducerende<br>tiltak og<br>realistiske<br>kompetanse-<br>planer<br>Effektivitet | Faglig utvikling<br>Arbeids-<br>belastning<br>Mål<br>Forbedringer<br>Verdier<br>Medvirkning | Renhold<br>Plassforhold<br>Arbeids-<br>belastning<br>HMS-opplæring<br>MTU-opplæring<br>Stoffkartotek-<br>opplæring | Faglig utvikling<br>Mål<br>Arbeidsglede<br>Arbeids-<br>belastning<br>Plassforhold<br>Verdier | Følge opp IA-<br>handlingsplan<br>Redusere AML<br>brudd / overtid<br>Følge opp<br>HMS-avvik<br>LEAN /<br>forbedrings-<br>arbeid<br>Verdier; leder<br>og medarbeider-<br>utvikling<br>Samhandling<br>kliniske avd. og<br>forsknings-<br>miljøer | Faglig utvikling<br>Plassforhold<br>Målarbeid<br>Omstilling,<br>endring,<br>kulturbygging<br>MTU-opplæring<br>Brannvern<br>Strålevern<br>Arbeids-<br>belastning<br>Kjemikalier,<br>stoffkartotek | Redusere<br>AML-brudd<br>Gjennomgang<br>deler av<br>Prehospitall<br>senter -<br>organisering<br>Kulturbygging i<br>enkelte avd.<br>Redusere bruk<br>av overtid<br>Kurs i<br>forflytnings-<br>teknikk<br>Redusere<br>sykefravær<br>Leder-<br>utviklingskurs<br>Strålevern | Arbeids-<br>belastning<br>Arbeidslokaler<br>Faglig utvikling<br>Inneklima<br>Sosialt samspill<br>Kjemikalier | Arbeidsglede<br>Medvirkning<br>Sosialt samspill<br>Arbeids-<br>belastning<br>Rolleklarhet<br>Faglig utvikling<br>Plassforhold | Arbeids-<br>belastning<br>Faglig utvikling<br>Rolleklarhet |

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte 24. april 2014

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør samhandling og internasjonalt samarbeid

Vedlegg:

---

### SAK 26/2012 VALG AV STYRE I KREFTREGISTERET

#### Forslag til vedtak

*Styret i Oslo universitetssykehus HF oppnevner følgende medlemmer til styret for Kreftregistertet med funksjonstid fra 1. januar 2014 til 31. desember 2015:*

|                            |                                 |                       |
|----------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| <i>Tove Strand (leder)</i> | <i>Oslo universitetssykehus</i> | <i>Gjenoppnevning</i> |
| <i>Finn Henry Hansen</i>   | <i>Helse Nord</i>               | <i>Gjenoppnevning</i> |
| <i>Stig Slørdahl</i>       | <i>Helse Midt-Norge</i>         | <i>Gjenoppnevning</i> |
| <i>Helga Salvesen</i>      | <i>Helse Vest</i>               | <i>Gjenoppnevning</i> |
| <i>Stein Kvaløy</i>        | <i>Helse Sør-Øst</i>            | <i>Gjenoppnevning</i> |
| <i>Gro Seim</i>            | <i>Ekstern</i>                  | <i>Gjenoppnevning</i> |
| <i>Björg Veen</i>          | <i>Ekstern</i>                  | <i>Ny</i>             |

Oslo den 11. april 2014

Bjørn Erikstein



**Oppnevning av nytt styre**

Det nåværende styret ved Kreftregisteret ble oppnevnt av styret for Oslo universitetssykehus i møte den 9. februar 2012, sak 8/2012. Styret ble valgt for perioden 1. januar 2012 til 31. desember 2013.

I følge instruks for Kreftregisterets enhetsstyre skal medlemmer av enhetsstyret tjenestegjøre i to år. Det sies videre i instruksene at ”Medlemmene kan gjenvelges for en ny periode på to år, deretter en ny periode på to år. Samlet tjenestetid kan ikke overskride 6-seks-år.”

Ingen av enhetsstyrets medlemmer har vært medlemmer av enhetsstyret i mer enn fire år. Et av de eksternt oppnevnte medlemmene har imidlertid ønsket å tre ut av styret etter fire år. Som nytt styremedlem foreslås advokat Bjørg Veen, Oslo.

De øvrige medlemmene har sagt seg villig til gjenoppnevning og de foreslås gjenvalgt.

Representantene fra Helse Nord, Helse Vest og Helse Midt er oppnevnt etter forslag fra de respektive regioner og bidrar til å sikre Kreftregisterets nasjonale rolle og fokus.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 24. april 2014  
Saksbehandler: Direksjonssekretær  
Vedlegg:

---

**SAK 27/2014 STATUS INNFORING AV FELLES JOURNAL OG PASIENTADMINISTRATIVT SYSTEM**

I møte vil det bli gitt en orientering om innføringen av felles elektronisk journalsystem og pasientadministrativt system.

Oslo, den 11. april 2014

Bjørn Erikstein

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

---

Dato møte: 24. april 2014

Saksbehandler: Direktør pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg:

---

**SAK 28/2014**

**INTERNREVISJONSPLAN FOR  
OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar forslag til revisjonsplan for 2014-2015 for Oslo universitetssykehus til etterretning.*

Oslo, den 11. april 2014

Bjørn Erikstein

## **Sammendrag**

I denne saken orienteres styret om plan for interne revisjoner i foretakets egen regi for 2014 - 2015. Det orienteres også om utførte aktiviteter i forrige planperiode – både fra interne revisjoner og fra konsernrevisjoner i Oslo universitetssykehus HF.

## **Administrerende direktørs vurdering og anbefaling**

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.

## **Faktabeskrivelse**

### Internrevisjonen

Internrevisjonen ved Oslo universitetssykehus skal på vegne av administrerende direktør være et ledd i internkontrollansvaret; se etter om det er etablert og gjennomført intern styring og kontroll som er hensiktsmessig og betryggende. Internrevisjonsarbeidet i helseforetaket, samhandler med konsernrevisjonen Helse Sør-Øst.

### Konsernrevisjonens rolle

I tillegg til interne revisjoner i foretakets egenregi, gjennomfører konsernrevisjonen interne revisjoner i foretakene i Helse Sør-Øst. Konsernrevisjonens rolle og ansvar følger av helseforetakslovens § 37 a: *”Internrevisjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse bidra til forbedringen i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring”*.

## **Samhandling mellom foretakets internrevisjon og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst**

Det er samhandling med konsernrevisjonen gjennom regelmessige møter med avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet (månedlig) og med administrerende direktør (tertialvis).

Et av målene med samhandlingen er å etablere revisjonsplaner hvor de interne revisjonene som foreslås gjennomført på foretaksnivå i foretakets egen regi, ses i sammenhengen med konsernrevisjonens revisjoner. Målet er å oppnå god koordinering og en målrettet og best mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket.

Kildene som brukes for å etablere kunnskap om risiko, og som i all hovedsak er felles for foretaket og konsernrevisjonen, er bl.a.:

- foretakets tertialvise risikovurderinger
- feil, mangler eller svikt som meldes i foretakets avviks- og meldesystem
- avvik og forbedringsområder som fremkommer av rapporter fra eksterne tilsynsmyndigheter
- funn som fremgår av Riksrevisjonens undersøkelser
- 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”)

**Revisjoner utført i 2013:**Konsernrevisjoner

- Revisjonsrapport 3/2013:Revisjon av tversgående arbeidsprosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS.
- Styresak 73/2013:Ad hoc revisjon vedrørende henvisninger som er sendt, men ikke kommet til aktuelle avdelinger ved Oslo universitetssykehus (OUS).
- Revisjon under utførelse "Revisjon av helseforetakets intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen"

Det har vært oppfølging av alle revisjonsanbefalingene fra tidligere revisjoner via dialogmøter mellom konsernrevisjonen og aktuelle avdelinger/klinikker/stab ved OUS .

Interne revisjoner

- Oppfølging av tilsynsavvik innen strålevernområdet.
- Revisjon intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet innen forskning
- Revisjoner av intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system (herunder henvisningsrutiner og ventelistebehandling). Oppfølging av Gjennomføringsprosjektet (pasientadministrativt arbeid, ventelistebehandling og fristbrudd)

Det har i tillegg vært opplæring i revisjon for ansatte, med sikte på at alle klinikker skal ha revisjonskompetanse og foreta egne revisjoner innen identifiserte risikoområder. Flere klinikker har til dels stor revisjonsaktivitet.

Stabsenhetene samhandler også med andre aktører vedrørende internkontroll, som for eksempel ved kjøp av tjenester fra Sykehusapotekene HF - som et ledd i oppfølging av internkontrollen. Tema i legemiddeloppfølgingene kan gå på tvers av helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF (fellesrevisjoner), eller ha tema med bakgrunn i lokal vurdering. I 2013 var tema i fellesrevisjonene utdeling av legemidler i DPS og rusenheter.

Tema i lokale legemiddelrevisjonene var;

- Kartlegging av status på implementering av styrende dokumenter innen legemiddelbehandling
- Tilsyn i ambulanseavdelingen, Prehospitalt senter, Akuttklinikken

Alle funn fra forrige revisjonsplansrevisjoner er rapportert hvert tertial til styret i Ledelsens gjennomgang.

**Planlagte revisjoner for perioden 2014-15**Planlagte konsernrevisjoner ved Oslo universitetssykehus HF 2014-15

Styret for Helse Sør-Øst RHF har godkjent revisjonsplan 2014-2015 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Revisjonsplanen viser at konsernrevisjonen i 2014 vil undersøke hvorvidt helseforetakene har etablert systemer for virksomhetsstyring, risikostyring, internkontroll og kvalitet, samt gjennomgå enkelte utvalgte prosesser innenfor kjerneoppgavene for å undersøke om etablerte systemer benyttes. For helseforetak hvor det allerede er gjennomført revisjoner av utvalgte prosesser i 2013 vil det bli gjennomført en oppfølging av om forbedringstiltak er gjennomført.

Hjerte -, lunge- og karklinikken i Oslo universitetssykehus HF anmodet om å være første klinikk for denne revisjonen. Revisjonen er ferdig og rapport nylig mottatt (adm.direktørs

orientering, sak 30/2014). Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere om det er etablert intern styring og kontroll innenfor et utvalg av prosesser i Hjerte-, lunge- og karklinikken. Resultatet av revisjonen skal bidra til forbedring av klinikkens prosesser.

Den endelige rapporten fremlegges for styret sammen med administrerende direktørs oppfølging av tiltaksarbeidet i tråd med gjeldende prosedyrer. Tiltaksarbeidet vil breddes til hele organisasjonen.

### **Planlagte interne revisjoner i foretakets egen regi for 2014-15**

Med utgangspunkt i målområder for 2014 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 egne ressurser til intern revisjon best kan nyttes for å oppnå bred revisjonsmessig dekning sett opp mot konsernrevisjonens planlagte aktiviteter ved foretaket i samme periode. Revisjonsaktiviteten skal også ta hensyn til at det skal innføres ved felles journal og pasientadministrativt system høsten 2014 og at driften i den perioden ikke skal forstyrres.

#### **Prioritering og valg av tema:**

##### 1) Oppfølging av funn innen praksis med medisinsk koding av pasientrettet aktivitet

I henhold til revisjonsplanen for Oslo universitetssykehus 2011 ble det utført intern revisjon av kodepraksis. Formålet med revisjonen var å se etter om det er etablert en tilfredsstillende praksis med medisinsk koding av pasientrettet aktivitet, og om det er etablert betryggende intern styring og kontroll med denne.

Et av funnene var behov for mer opplæring i medisinsk koding. Det ble høsten 2012 satt i gang omfattende opplæring for å få en ensartet og helhetlig forståelse av medisinsk koding (Ledermøtesak 326/2012).

Korrekt koding er en nødvendig forutsetning for god dokumentasjon og rapportering av virksomheten. Den gir grunnlag for statistikk, forskning, styring og økonomi - inkludert den aktivitetsbaserte finansieringen (ISF). Det er derfor viktig med en felles forståelse av medisinsk koding og norske koderegler. Som ledd i oppfølgingen av dette ønskes koderevisjon på utvalgte fagområder.

##### 2) Organisering, intern styring og kontroll innen bruk av ekstravakter

Oslo universitetssykehus har til dels stor bruk av ekstravakter, særlig i helger. Mange avvik omhandler ekstravakter; mangler i opplæring eksternt og internt, språkutfordringer, med mer. Det har også ved flere tilsynsbesøk vært avdekket svakheter i opplæring av ekstravakter. Det er ønskelig med en revisjon som følger linjen fra organisering på sykehusnivå og til den pasientnære kontakten.

##### 3) Intern styring og kontroll innen personvern og informasjonssikkerhet

Oslo universitetssykehus HF er databehandlingsansvarlig for helse- og personopplysninger som behandles innen foretaket, og er lovpålagt å ha planlagte og systematiske tiltak for å oppfylle dette ansvaret. Revisjonen vil omfatte følgende temaer:

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

#### 4) Prøvesvar – utfylling av henvisninger/rekvisisjoner og merking av prøver

Det er registrert flere bekymringsmeldinger og avvik som viser svakheter ved praksis vedrørende utfylling av henvisninger/rekvisisjoner og merking av prøver. Dette kan ha stor betydning for den enkelte pasient, og det tar mye tid å rette opp misforståelser mellom ulike personalgrupper.

Målsettingen er å kartlegge og å vurdere om avdelingene/enhetene praktiserer forsvarlig håndtering av bestilling, behandling og mottak av prøver. Revisjonen tenkes organisert som et større prosjekt med ”punktrevisjoner” i alle aktuelle klinkker. Revisjonsteamene vil bli sammensatt av medarbeidere på tvers av sykehuset og teamene vil revidere andre avdelinger enn sine egne. Det vil være bred forberedelse med alle teamene i forkant av revisjonene, samt evaluering og oppfølging i etterkant.

#### 5) Behandlingsreiser til utlandet (Montenegro)

Oslo universitetssykehus anmodet konsernrevisjonen Helse Sør-Øst våren 2011, om å gjennomføre revisjon av de økonomiske og organisatoriske sidene ved forvaltningen av tilskuddordningen for behandlingsreiser som følge av Stortingets bevilgninger over statsbudsjettets kapittel 733 post 72 (styresak 149/2011).

Behandlingsreiser til utlandet er et fast tilbud som tilbys utvalgte diagnosegrupper. Helse og omsorgsdepartementet stiller midlene til disposisjon for Helse Sør-Øst RHF gjennom det årlige bestilledokumentet. Helse Sør-Øst RHF stiller igjen midlene til Oslo universitetssykehus sin disposisjon årlig i oppdrags- og bestillerdokumentet.

Et av funnene fra revisjonen var at tilsynsprosessen med behandlingsstedene ikke var ivarettatt. Det ble i 2012 foretatt en revisjon av tilsynsprosessen på to behandlingssteder på Gran Canaria. Seksjon for utenlandsreiser anmoder internrevisjonen om bistand til revisjons av tilsynsprosessen i Montenegro.

Denne revisjonen vil bli gjennomført høsten 2014 ettersom den ikke vil påvirke innføring av felles journal og pasientadministrativt system.

#### 6) Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system (herunder også henvisningsrutiner og ventelistehåndtering). Oppfølging av Gjennombruddsprosjektet

Revisjoner av intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system på overordnet nivå og i to klinikker viste funn forbundet med høy risiko, og tiltak ble umiddelbart satt i verk. Oslo universitetssykehus etablerte et sykehusomfattende prosjekt - ”Gjennomføringsprosjektet”- som også tok for seg alle anmerkningene i de to konsernrevisjonene. Oppfølging av disse funn er redegjort for i styresak 28/2013.

I tillegg omhandler prosjektet de funn som er gjort gjennom det regionale helseforetakets prosjekt om det pasientadministrative arbeidet - økt pasientsikkerhet gjennom pasientadministrativt arbeid – prosjekt ”Glemt av sykehuset.”

Et overordnet tiltak i prosjektet var opplæring og kompetanseheving med gjennomgang av lover, regler, prosedyrer og pasientadministrative rutiner og -system. I tillegg til opplæringstiltak skulle klinikkene/avdelingene ha egne handlingsplaner som bl.a. krevde at avdelingene utviklet gode retningslinjer for ivaretagelse av prosedyrer med tydeliggjøring av roller og ansvar, herunder prioritering av arbeid med ventetider og håndtering av fristbrudd.

Det var to oppfølginger av arbeidet og tidligere funn ved to enkeltstående revisjoner i Klinikk for kirurgi og nevrofag, og 7 ”punktrevisjoner” på utvalgte seksjoner i alle aktuelle klinikker.

Begge revisjonsenhetene i Klinikk for kirurgi og nevrofag hadde alvorlige funn. Funnene fra punktrevisjonene viste at det fortsatt er en del forbedringsarbeid som gjenstår etter Gjennomføringsprosjektet. Det planlegges derfor videre oppfølgingsrevisjoner.

#### 7) Gjennomgang av eiendomsområdet (fra utlysning av kontrakt)

Oslo universitetssykehus har en omfattende bygge virksomhet knyttet til utbedringer av eksisterende bygningsmasse. Det vises blant annet til investeringsbudsjettet for innværende år. Revisjones hovedfokus vil være å undersøke om gjeldende fullmakter i tilknytning til byggeprosjekter etterleves. Dette omfatter aktiviteter fra utlysning av kontrakt, inngåelse av kontrakt, løpende bestillinger og fakturabehandling mv.

#### 8) 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. Et annet mål er å se klinikkens revisjonsplaner i sammenhengen med interne revisjoner på nivå 1.

### **Gjennomføring**

#### Prioritering av avdelinger og klinikker

Hvor revisjonene skal utføres vil bli besluttet etter godkjent revisjonsplan. Avdelinger prioriteres etter en risikobasert tilnærming hvor pasientbehandling, volum, kompleksitet, infrastruktur og kompetansesammensetning er vurderingskriterier.

#### Ressurser

Oslo universitetssykehus gjennomfører interne revisjoner med egne ressurser. Ansvaret for å planlegge og å tilrettelegge for interne revisjoner på foretaksnivå ligger i stab Pasientsikkerhet og kvalitet ved intern revisjonsleder. Revisjonsleder har ansvar for organisering og utøvelse av revisjonsplanen og er avhengig av ressurser fra klinikkene for gjennomføring.

Det er gjennom året bygget opp et nettverk av medarbeidere som bistår i revisjonsoppdrag etter gjennomført grunnkurs i revisjonsmetodikk. Dette har vist seg nyttig og effektivt i det kontinuerlige lærings- og forbedringsarbeidet som pågår i sykehuset. Uavhengigheten blir sikret ved at de ikke reviderer egne avdelinger. Revisorene bidrar til kompetansehevning i klinikkene.



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 24.april 2014

Saksbehandler: HR-direktør

Vedlegg:

---

### **SAK 29/2014 REVISJON PÅ LØNNSOMRÅDET**

#### **Forslag til vedtak:**

*Styret tar til saken til orientering.*

Oslo, den 11. april 2014

Bjørn Erikstein

## **SAMMENDRAG**

Oslo universitetssykehus HF hadde revisjon på lønnsområdet og kvalitetsrevisjon av transaksjonstunge HR-prosesser i 2011, og en utvidet revisjon av rekrutterings- og ansettelsesrutiner i 2012. Som oppfølging av funnene har Oslo universitetssykehus HF iverksatt en rekke tiltak, herunder foretatt endringer i oppgavedelingen og lagt om ansettelses- og lønnsprosessen.

Revisjonsprosessene viste også at oppfølgingen av refusjonskrav til NAV ikke har vært tilstrekkelig, verken fra Oslo universitetssykehus HFs eller Sykehuspartners side. Flere tiltak ble iverksatt. De iverksatte tiltakene på refusjonsområdet har redusert antall utestående krav på syke- og foreldrepenger betraktelig.

Det er innført læringsløyper på begge områdene med løpende tilbakemeldinger som bidrar til kontinuerlig oppfølging og læring med sikte på ytterligere kvalitetsforbedring.

## **TIDLIGERE VEDTAK I SAKEN**

Den 21. mars 2011 ble styret forelagt sak 26/2011 Revisjonsrapport av lønnsområdet med handlingsplan 2011. Styret fattet følgende enstemmige vedtak:

*Styret vil understreke viktigheten av god internkontroll og styring av lønnsprosessen. Styret tar til etterretning at det arbeides målrettet med å styrke samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og Sykehuspartner slik at kvaliteten i alle lønnsprosessene økes. Styret slutter seg til den skisserte tiltaksplanen og ber om å få fremlagt ny status innen utgangen av 2011.*

Våren 2012 ba administrerende direktør helseforetakets revisor om å foreta en utvidet revisjon av rekrutterings- og ansettelsesrutiner. Styret ble orientert om resultatene av denne revisjonen på styremøte 20. september 2012, jf. styresak 69-2012.

## **ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING**

Det er foretatt store endringer i ansettelses- og lønnsprosessen bl.a som følge av de forbedringsområdene som ble påpekt av revisjonen. Endringene og de iverksatte tiltakene har redusert risikoen for feil i prosessen betydelig.

Tiltakene som ble iverksatt ved Oslo universitetssykehus HF og Sykehuspartner, samt intensivert oppfølging av refusjonskrav mot NAV, har gitt meget god effekt. Saksbehandlingstiden er redusert og antall utestående refusjonskrav eldre enn 3 måneder er vesentlig redusert.

Kvaliteten på og kontrollen av ansettelses- og lønnsprosessen er gjennomgående styrket, og konsernrevisjonen har avsluttet sin oppfølging av handlingsplanen etter lønnsrevisjonen i 2011(jf. brev av 17. desember 2013 fra Helse Sør-Øst RHF).

## **FAKTABESKRIVELSE**

Med utgangspunkt i funnene fra konsernrevisjon 2011 ble det besluttet å gjennomføre en uavhengig vurdering av kvaliteten på de fire transaksjonstunge HR-

prosessene.<sup>1</sup> Kvalitetsrevisjonen resulterte i beslutning om at transaksjonstunge og kompetansekrevende HR-oppgaver skulle samles sentralt i Oslo Sykehuservice.

Parallelt med omlegging av arbeidsprosessen ba administrerende direktør våren 2012 helseforetakets revisor om å foreta en utvidet revisjon av rekrutterings- og ansettelsesrutiner. Revisors vurdering var at Oslo universitetssykehus HF i hovedsak har gode rutiner og god internkontroll relatert til rekruttering og ansettelse av nye medarbeidere samt bruk av eksterne vikarer. Revisor påpekte at en svakhet var at leder og HR i klinikk kunne fullregistrere en ansatt i Personalportalen før signert kontrakt var mottatt og arkivert. Et viktig forbedringstiltak var å innføre nøkkelkontroller som sikrer at hele prosessen etterleveres fra begynnelse til slutt og at de mest kritiske risikoene i prosessen håndteres.

Implementeringen av den nye rekrutterings- og ansettelsesprosessen startet høsten 2012, og de nye rutinene ble fullt ut implementert våren 2013. Viktige mål for den nye prosessen har vært å redusere antall ledd, redusere ledernes arbeid, redusere antall feil, øke kontrollen og gi raskere saksbehandlingstid. En rekke oppgaver er flyttet fra klinikkene til Oslo Sykehuservice ved Seksjon for personal og arbeidskontrakter, og ledere kan ikke lenger fullregistrere ansatte i Personalportalen.

I forbindelse med omleggingen ble det gjennomført systematisk kartlegging, analyse og oppfølging av feil i grunndata i Personalportalen. Funnene ble brukt til prosessforbedring samt i læringssløyfer i form av tilbakemeldinger direkte til ledere og nøkkelpersonell med sikte på effektivisering og kontinuerlig kvalitetsforbedring. Omleggingen og iverksatte tiltak har redusert antall feil i grunndata i Personalportalen betraktelig.

Som ledd i det kontinuerlige utviklings- og forbedringsarbeidet, har Oslo universitetssykehus HF gjennomført en internevaluering av den nye rekrutterings- og ansettelsesprosessen i desember 2013 og januar 2014.<sup>2</sup> Resultatene fra spørreundersøkelsen blant lederne er gjennomgående positive, og viser at målene for omleggingen i stor grad er realisert. Den nye rutinen sikrer at alle nyansatte har arbeidskontrakt før lønnsutbetaling. Resultatene tyder gjennomgående på at ledernes tidsbruk er redusert, at prosessen går raskere, ansettelsesvedtak i større grad er korrekte, oppfølgingen av kravene til dokumentasjon er bedre, og at samarbeidet mellom ledere og seksjonen fungerer tilfredsstillende.

Internevalueringen vil videre følges opp i det kontinuerlige forbedringsarbeidet på ansettelses- og lønnsområdet. Det vil blant annet arbeides med å sikre større forutsigbarhet og likhet i saksbehandlingstiden.

Revisjonsprosessene viste at oppfølgingen av refusjonskrav til NAV ikke har vært tilstrekkelig, verken fra Oslo universitetssykehus HFs eller Sykehuspartners side<sup>3</sup>. Som ledd i arbeidet med å sikre bedre styring og kontroll av prosessen for innkreving av

---

<sup>1</sup> Kvalitetsrevisjon av transaksjonstunge HR-prosesser august 2011.

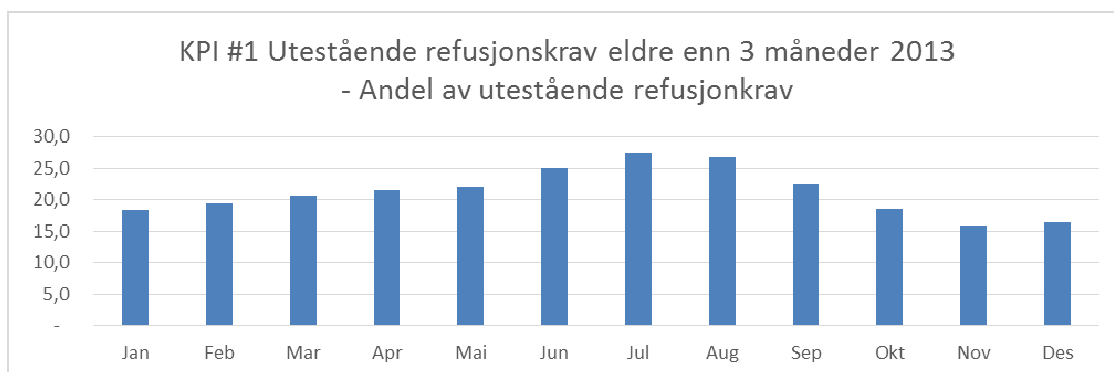
<sup>2</sup> Det er gjennomført spørreundersøkelser blant foretakets ledere og blant ansatte ved Oslo Sykehuservice ved Seksjon for personal og arbeidskontrakter. Det er også gjennomført utdypende intervjuer med nøkkelpersoner. Spørreundersøkelsene ble gjennomført i desember 2013.

<sup>3</sup> Sykehuspartner har ansvar for å søke refusjon fra NAV på vegne av Oslo Universitetssykehus HF for sykemelding og foreldrepermisjon, og å følge opp refusjonene som kommer inn fra NAV.

refusjoner fra NAV, innskjerpet Oslo universitetssykehus HF egne rutiner for å sikre raskere levering av korrekt utfylte sykemeldinger og søknader om foreldrepermisjoner til Sykehuspartner. I hovedsak har tiltakene rettet seg mot å sikre gode rutiner, lett tilgjengelig informasjon og hjelpeverktøy for ledere, etablere læringssløyfer som sikrer tilbakemelding ved feil, og bidra til større bevissthet rundt viktigheten av at prosessen gjennomføres så raskt som mulig fra et sykefravær oppstår. Videre ble det gjennomført et omfattende forbedringsarbeid i Sykehuspartner gjennom en rekke tiltak for opprydding og forbedring av tjenesten knyttet til refusjoner. Det er etablert nye arbeidsrutiner for å redusere saksbehandlingstid og feil samt gi bedre oversikt over hvilke krav som er i ferd med å foreldes for å unngå restanser. Nye måleparametre er utarbeidet på området, og det er etablert en struktur for oppfølging av disse overfor Sykehuspartner.

Som følge av de iverksatte tiltakene, er andelen sykemeldinger med feil som ble oversendt til Sykehuspartner betydelig redusert. Det er nedlagt mye arbeid for å få ned restansen på gamle krav, og krav fra tidligere år er nå praktisk talt nedarbeidet. Andelen utestående krav på syke- og foreldrepenge eldre enn 3 måneder er kraftig redusert, og har holdt seg relativt stabil gjennom 2013.

Tallene for november og desember 2013 viser at Oslo universitetssykehus HF aldri tidligere har hatt så få refusjonskrav eldre enn 3 måneder utestående fra NAV. Figuren illustrerer utviklingen i 2013:



Figur 1 Utestående refusjonskrav eldre enn 3 mnd. i 2013 – andel av utestående refusjonskrav (beløp).<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Kilde: «Rapportering refusjoner» fra Sykehuspartner til Oslo universitetssykehus HF januar 2014.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte.: 24. april 2014

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

---

### **SAK 30/2014 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER**

Følgende legges frem til orientering:

1. Utviklingsprosjekter
2. Pasientsikkerhet
3. Revisjoner
4. Forskning og utdanning
5. Rettstvister og straffesak
6. Mediebildet - medieomtale
7. Referater

### **Forslag til vedtak**

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 14. april 2014

Bjørn Erikstein

## **Innledning**

Ved forberedelse til to styremøter på hver sin side av påskeferien i april, gir våre styresaker særlig anledning til å både se resultatmessig bakover til 2013 og fremover med økonomisk langtidsplan for 2015 – 2018. Begge deler er viktig.

Vi må ta med oss det gode arbeidet som ble gjort i 2013 og videreføre dette. Klinikklederne ved Oslo universitetssykehus, er ledere med god forståelse for driftens mange utfordringer og har et godt blikk på sykehusdriftens mangfoldighet, og resultatene så langt tyder på at det gode arbeidet fortsetter for 2014.

Det må særlig påpekes den formidable innsatsen som gjøres nå knyttet til rydding på ventelister, rettighetsvurderinger og elektroniske svar. Dette vil vise seg som verdifull rydding ”i eget hus” før implementeringen av felles Pas-EPJ høsten 2014.

## **1. UTVIKLINGSPROSJEKTER**

### **• OUS idéfasearbeid – status april 2014**

Prosjektarbeidet går i hovedsak som planlagt og vil kunne ferdigstilles innenfor tids- og budsjetteramme. Idéfaserapporten forventes sluttbehandlet av prosjektets styringsgruppe den 16. juni og fremlagt for styret som planlagt i møte den 26.06.14.

Arbeidet med å konkretisere grunnlaget for de fysiske løsningsalternativer og planlegging av en etappevis utbygging ligger noe etter plan, og dette har sammenheng med pågående avklaringer om arealer, alternativer for etappeinnhold og behovet for iterativ planlegging. Videre har det vært arbeidet med Helse Sør-Øst om samkjøring av modell for økonomiske beregninger.

Nødvendige gjenværende avklaringer forventes å foreligge medio april, slik at ferdigstilling av løsninger og evaluering av alternativene opp mot de på forhånd fastsatte evalueringskriteriene kan gjennomføres og forelegges styringsgruppen til behandling i møte den 28. april. Styret vil bli orientert om løsningsalternativer og sentrale vurderinger i prosjektet i løpet av temagjennomgang i styreseminar 23.04.14, og vil bli gitt mulighet for å komme med innspill til de aktuelle løsningsalternativene. Videre legges det opp til en oppdatert orienteringssak til styremøte 28.05.14, før forslag til vedtakssak fremsendes til styremøte 26.06.14.

Siden forrige orientering har delprosjekt virksomhetsløsninger ferdigstilt sin hovedleveranse. Tidligere delleveranser er videreutviklet og komplettert og inngår som underlag for de andre delprosjektene arbeider med dimensjonering, fysiske løsningsalternativer og økonomiberegninger. Virksomhetsløsningene omfatter forslag til tre alternative virksomhetsmodeller - en videreføring av dagens modell, en todelt modell og en klyngemodell. I leveransen inngår dimensjonerende faktorer som legges til grunn for fremskrivingen av aktiviteten til 2030, og videre beskrives virksomhetsmessige avhengigheter blant annet med betydning for etappevis utbygging. Endelig beskrives sentrale problemstillinger som har vært belyst gjennom en serie tematiske møter.

Delprosjekt kapasitet, areal og økonomiske analyser har i perioden hatt et høyt aktivitetsnivå. Dimensjoneringsgrunnlag er i hovedsak ferdigstilt, og det er gjennomført videre analyser av investeringskostnader og driftskostnader. Det er ingen vesentlige endringer i de analyserte arealbehov ift. tidligere beregninger hensyntatt fremskrivingshorisont til 2030.

Det er avholdt møter med Helse Sør-Øst for å tilpasse de økonomiske analysemodellene til krav om beregningsforutsetninger fra HSØ. Videre er det gjennom møter med HSØ drøftet hvordan videreføring av planarbeidet og arbeidet med etappeinndelingen skal legges opp. Det er også avholdt erfaringsutvekslingsmøter med Prosjekt nytt Østfoldsykehus/Sykehuset Østfold og Vestre Viken HF. Endelig har det vært gjennomført studieturer til St. Olavs Hospital i Trondheim og til Solna Karolinska sykehus i Stockholm.

Delprosjekt fysiske løsninger har gjennomført grovsortering av løsningsalternativer evaluert ift. tomteforhold og generell gjennomførbarhet samt risiko. Det gjenstår noen mindre arbeider med ferdigstilling av løsningsalternativer og evaluering ift. virksomhetsmodeller og etappeinnhold, men det er gjennomført en foreløpig alternativanalyse av foreliggende løsninger ift til de på forhånd fastlagte evalueringskriteriene.

Innenfor innovasjon og byutvikling er det gjennomført idédugnad om innovasjon med høy deltagelse.

Samarbeidet med enheter og representanter i Oslo kommune og Universitetet i Oslo oppfattes som positivt. Det har vært avholdt flere møter i perioden, og det legges opp til at både Oslo kommunes planer om Storbylegevakt og Universitetets planer for videre utvikling synliggjøres i endelig rapport. Det har videre vært avholdt møter med berørte naboer, og det er planlagt møte med Statens vegvesen.

I tillegg kan det spesielt trekkes fram at Ungdomsrådet har vært invitert inn i idéfasearbeidet. Utvikling av et moderne morgendagens sykehus krever planlegging og påvirkning fra et bredt spekter av fagpersoner og brukere i alle aldersgrupper. Ungdom og unge voksne er en viktig ressurs i utviklingen av sykehuset, og de unges stemme er viktig å ta hensyn til som supplement til råd fra eksperter og fagfolk med lang erfaring i organisasjonen. Det er de unge som er morgendagens pasienter og helsepersonell.

Prosjektleder for virksomhetsløsninger deltok i ungdomsrådets møte 4. februar med informasjon om prosjektet. Det var et positivt møte som resulterte i en invitasjon til kreativ idémyldring for ungdom og unge voksne om utforming av fremtidens sykehus. Idémyldringsmøtet ble avholdt 1. april med ungdom fra ungdomsrådet ved sykehuset, representanter fra enkelte student- og brukerorganisasjoner samt arkitekt og andre sentrale aktører fra prosjektet. Sentrale tema som ble tatt opp var utvikling av fysiske omgivelser i og rundt sykehuset og hva et nytt sykehus skal tilby pasienter, pårørende og ansatte. Ungdommene var engasjerte og kom til ordet med sine forslag.

## 2. PASIENTSIKKERHET

### • **Handlingsplan for pasientsikkerhet 2014 i Oslo universitetssykehus**

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen er fra årsskiftet 2013/-14 gjort om til et nasjonalt 5-årig pasientsikkerhetsprogram. Alle kampanjens tiltakspakker blir videreført i programmet og sykehuset er gjennom oppdragsdokumentet gitt i oppdrag å innføre alle tiltakspakker i hele sykehuset.

Det forberedende arbeidet med innføring av tiltakspakkene i sykehuset ble gjort i 2013 av faggrupper innen hvert temaområde. Det ble da tilpasset prosedyrer, utviklet handlingskort, plakater og brosjyrer, og gitt anbefalinger om metoder for innføring og oppfølging (styresak 36/2013, vedlegg 2, pkt.2.6).

I 2014 er dette arbeidet videreført i "Handlingsplan for pasientsikkerhet i Oslo universitetssykehus HF 2014" med veileder som utdeles i møtet. I tillegg er det definert flere tiltak som er viktige for sykehuset ut over pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker, som sikring av ventelister og henvisninger, sikker pasientidentitet, sikker overføring av pasienter mellom lokalisasjoner, kompetansebygging og læringsaktiviteter.

Status for oppfølging av handlingsplanen vil bli gitt styret i tertial rapportene og ledelsens gjennomgang.

### 3. REVISJONER

- **Revisjon av Hjerne-, lunge- og karklinikken ved Oslo universitetssykehus HF**  
Styret for Helse Sør-Øst RHF har vedtatt flerårig plan for konsernrevisjonens interne revisjoner i foretaksgruppen. En hovedsatsing i planperioden frem til 2015 er interne revisjoner av helseforetakenes interne styring og kontroll som integrert del av sin virksomhetsstyring. Revisjonene planlegges gjennomført i alle helseforetak og i Sykehuspartner.

Hjerne-, lunge- og karklinikken (HLK) ønsket en gjennomgang av sin internkontroll i 2013 og Oslo universitetssykehus HF anmodet derfor Konsernrevisjonen om at denne klinikken ble valgt som en pilot klinikk.

Revisjonen har foregått i tiden august 2013 – februar 2014.

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere om det er etablert intern styring og kontroll innenfor et utvalg av prosesser i HLK. Revisjonen har omhandlet områdene:

- Virksomhetsstyring
- Pasientforløp
- Forskning
- Utdanning
- Kompetansestyring
- Ressursstyring

Revisjonen er nylig avsluttet og rapport er mottatt. Styret vil få fremlagt saken i egen styresak straks handlingsplaner og tiltaksoppfølging er etablert, i tråd med gjeldende prosedyre.

- **Kompetansesenter for sikkerhets- fengsels- og rettspsykiatri - KPS**  
Styret ble i styremøte 26.09.2013 orientert om resultatet og oppfølging av systemrevisjon av kompetansesenteret innen områdene økonomistyring, ledelse og styring samt ansatte og arbeidsmiljø. Klinikkleidelsen har arbeidet med tiltak. Etter en totalvurdering har sykehusets ledelse engasjert sykehusets revisor til å gjennomføre en undersøkelse. Formålet er å undersøke forholdene som går på økonomi bredt og i dybden for å ivareta sykehusets interesser og se om det har forekommet ytterligere kritikkverdige forhold som skal følges opp. Gjennomgangen skal følges opp med forbedringstiltak.

### 4. FORSKNING OG UTDANNING

- **Samarbeid med høyskolene om innhold i grunnutdanning i sykepleie og dimensjonering av spesialsykepleierutdanninger**

---



Sykehusets Utdanningsstrategi 2013-2018 bygger blant annet på et prinsipp om at utdanning skal foregå i nært og forpliktende samarbeid med universiteter og høyskoler, samt videregående skoler og fagskoler. Sykehuset skal identifisere behov for endringer i utdanningstilbudet og formidle disse til utdanningsinstitusjonene. Et strategisk mål er at sykehuset skal legge til rette for gode utdanningsløp. Sykehuset skal, i samarbeid med utdanningsinstitusjoner, sikre at utdanningene i fremtiden dekker sykehusets og samfunnet behov for kompetanse.

Det har den senere tid fremkommet bekymring fra flere klinikker om at for mange bachelorstudenter i sykepleie innehar for lite grunnleggende kunnskap når de er i praksis i sykehuset. Selv om det de siste par årene er etablert en struktur for samarbeid mellom OUS, i regi av Stab forskning, innovasjon og utdanning, og høyskolene, er det nødvendig at sykehus og høyskoler jobber enda tettere sammen om innholdet i utdanningen, herunder involveres når nye studieplaner utvikles. Som en oppfølging av Meld St 13 Utdanning for velferd, har Kunnskapsdepartementet bedt Universitets- og høgskolerådet om å koordinere et nasjonalt utviklingsarbeid om kvalitet og relevans i praksisstudier, i tett samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene. Dette utviklingsarbeidet, som inkluderer alle helse- og sosialfagutdanningene, er OUS involvert i. I tillegg skal OUS bidra i et doktorgradsprosjekt hvor temaet er læringsmiljø, kvalitet og rammevilkår på klinisk praksis for bachelorutdanninger i spesialisthelsetjenesten.

En annen utfordring er sykehusets mangel på spesialsykepleiere. Ved forrige kartlegging hadde OUS et samlet behov for ca. 430 spesialsykepleiere, mens det i hele Osloregionen utdannes under halvparten av dette hvert halvannet år. Det er en kapasitetsutfordring som fortløpende diskuteres med høyskolene, men sykehuset har behov for større innflytelse enn i dag på hvilke utdanningstilbud som i fremtiden bør tilbys innen spesialsykepleie.

#### • **Forslag om ny spesialitetsstruktur for leger – konsekvensvurderinger**

Utredningen *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fra mot 2030*, ble utarbeidet i 2012 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Utredningen skulle ivareta en mer fremtidsrettet spesialitetsstruktur og et bedre spesialiseringsløp for legene. Målet er å legge til rette for bedre kvalitet i diagnostisering, behandling og oppfølging av og samhandling om pasientene både i små, mellomstore og store sykehus. I dette ligger også å bedre pasientsikkerheten.

Endringsforslagene omfatter både spesialitetsstrukturen, utdanningsløpet og oppgavedelingen mellom sentrale aktører i spesialistutdanningen. Det legges opp til en tredelt spesialistutdanning:

- Del 1 utgjør dagens turnus. Denne delen skal være obligatorisk. Innholdet blir noe endret sammenlignet med dagens turnus. Psykiatri er tenkt å kunne erstatte tre måneder indremedisin eller tre måneder kirurgi.
- Del 2 utgjør en felles kompetanseplattform for grupper av fag.
- Del 3 er unik for den enkelte spesialitet.

Det legges opp til nye tversgående kompetansemoduler (bl.a. kunnskapsbasert praksis, kommunikasjon, etikk, kvalitetsforbedring, samhandlingskompetanse) som skal gå gjennom hele løpet. Universitetet er tiltenkt en rolle i å etablere relevante kurs, mens helseforetakene må bidra til at dette blir integrerte temaer i klinikken.

Det foreslås større endringer knyttet til indremedisinske og kirurgiske fag. Dagens grenspesialiteter innen kirurgi (6 grenspesialiteter) og indremedisin (8 grenspesialiteter)

omgjøres til hovedspesialiteter. For å balansere dette foreslås en felles kompetanseplattform for kirurgiske fag og for indremedisinske fag. En ny hovedspesialitet kalt Mottaks- og indremedisin, foreslås å erstatte dagens hovedspesialitet Generell indremedisin.

Den nye strukturen legger opp til kortere løp for leger i spesialisering på hver enkelt avdeling, men med mer målrettet supervisjon og veiledning for å nå definerte læringsmål. Med dagens ressurser er dette ikke mulig. Dette vil også gjelde andre spesialiteter enn indremedisin og kirurgi. Det vil bli behov for flere legestillinger innen hver avdeling/spesialitet for å kunne følge opp intensjonen. Gjennomføring av forslagene ved en effektivisering innen nåværende ramme, vil påvirke kvalitet og pasientsikkerhet i negativ retning, da det i dag på mange avdelinger (mottak, sengeposter, poliklinikker) allerede er problematisk å gi nødvendig supervisjon og veiledning. Forslaget har også mange positive elementer som kan bidra til en kvalitetsforbedring av spesialistutdanningen og således bidra til bedre kvalitet for pasientene. Dette forutsetter imidlertid at det avsettes tilstrekkelig ressurser til drift og utdanning.

Oslo universitetssykehus gir fortløpende innspill i prosessen gjennom nasjonal arbeidsgruppe og gjennom skriftlige innspill til Helsedirektoratet, senest i brev av 2.4.2014, der ni utvalgte sykehus var invitert til å gi innspill til konkrete spørsmål. Oslo universitetssykehus deltar også i gruppen som utreder den foreslåtte, nye spesialiteten Mottaks- og indremedisin.

- **Styrket forskningsstøtte til EU-finansierte forskningsprosjekter**

I tråd med Forskningsstrategi 2011-2015 og Handlingsplan forskning 2013-2015, arbeider OUS med å øke omfanget av eksternt finansiert forskning, og EU-finansiering spesielt. Sykehuset styrker også sin regionale forskningsstøttefunksjon for søknader til EU og andre internasjonale kilder. Forskningsstøtte til EU-prosjekter og det nye rammeprogrammet "Horisont 2020" blir koordinert via en prosjektstyringsstruktur bestående av representanter fra Det medisinske fakultet og sykehusets forskningsstøtteavdeling. Dette gir svært gode resultater på søknadssiden. Ved Forskningsstøtte, per mars 2014, arbeides det med/er sendt samme antall søknader som var forventet for hele året. Det er også en betydelig økning i antall nye søknader i 2014 der OUS er koordinator, dvs. prosjektansvarlig institusjon, som er en betydelig større oppgave enn å være partner i en søknad.

*Deltakelse i EUs 7. rammeprogram - FP7-prosjekter (perioden 2007-2013):*

- Totalt ble det i programperioden 2007-2013 sendt 151 søknader fra OUS. Av disse ble 28 prosjekter innvilget, hvorav to med OUS som koordinator. Suksessrate 17 %.
- Health-programmet: 65 søknader og 16 innvilgede prosjekter. Suksessrate 22 %.
- European Research Council (ERC): 12 søknader og 0 innvilgede prosjekter, men én søknad ble senere finansiert av Forskningsrådets via deres ordning for ERC-søkere.

Helseforetakene i Helse Sør-Øst sendte totalt 161 søknader til FP7, hvorav 30 prosjekter ble innvilget i perioden 2007-2013.

*Nye søknader og forsterket forskningsstøtte til EUs 8. rammeprogram, Horisont 2020, og andre europeiske samarbeidsprogrammer:*

Som tabellen viser er det så langt i 2014 sendt/under utarbeidelse 27 nye søknader til Horisont 2020 og 48 søknader til andre europeiske samarbeidsprogrammer. OUS bidrar særlig med støttefunksjoner til forskerne ved:

- Styrket kompetanse og kapasitet innen støttetjeneste i "pre-grant" og "post grant", slik at forsker kan fokusere på det faglige i søknads- og prosjektgjennomføringen.
- Mer målrettet oppfølging mot potensielle søkermiljø
- Styrking av ordning med økonomisk støtte i søknadsprosessen (frikjøp, reiser m.v.)
- Skrivekurs og andre opplæringstiltak

- Økt administrativ kapasitet knyttet opp mot økonomi og budsjettering  
Det er også grunn til å fremheve betydningen av økt ledelsesfokus på EU-finansiering.

*Søknader med bidrag fra Forskningsstøtte ved OUS fra 2011 t.o.m. mars 2014:*

| FP7/Horizon2020   | 2011                   | 2012                   | 2013     | Jan.-mars 14                   |
|---|------------------------|------------------------|----------|--------------------------------|
| FP7 Health/ICT/Research for SME<br>Horizon 2020 Industrial leadership & Societal Challenges | 12 partner<br>1 Koord. | 17 partner<br>1 Koord. | 1        | <b>13 partner<br/>7 Koord.</b> |
| FP7/Horizon 2020 – Marie S. Curie   |                        | 6                      | 4        | 3 partner<br>1 Koord.          |
| FP7/Horizon 2020 – ERC Starting Grant (StG)   | 4                      | 2                      |          | 2                              |
| FP7/Horizon 2020 – ERC Consolidator Grant (CrG)   |                        | 1                      | 4        | 1                              |
| FP7/Horizon 2020 – ERC advanced Grant (Adv)   | 2                      | 4                      |          |                                |
| FP7/Horizon 2020 – ERC Synergy Grant  | 3                      | 1                      |          |                                |
| Innovative Medicine Initiative (IMI)  | 2                      |                        |          |                                |
| <b>Total FP7/Horizon 2020</b>   | <b>24</b>              | <b>32</b>              | <b>9</b> | <b>27</b>                      |
| Joint Programming (JPI)   |                        |                        | 1        | 2                              |
| Competitiveness and Innovation Program (CIP)  | 1                      |                        |          |                                |
| Eurostars   |                        |                        | 1        | 1                              |
| Public Health Progr./EUs folkehelseprogram  |                        | 1                      | 3        |                                |
| EEA Grants/EØS-midlene  |                        | 1                      |          | 45                             |
| <b>Totalt - andre europeiske samarbeidsprogram</b>  | <b>1</b>               | <b>2</b>               | <b>5</b> | <b>48</b>                      |

## 5. RETTSTVISTER OG STRAFFESAK – status per d.d.

### Krav om ekstraferie for arbeidstakere over 60 år – ”stråleferie”

Sykehuset har vært stevnet av 12 ansatte som mener å ha rett til 6 virkedager ekstra ferie fra det året de fyller 60 år. Saken gjaldt om en gruppe arbeidstakere som har en individuell avtale om seks uker ferie, også hadde krav på 6 ekstra virkedager ferie i henhold til ferieloven fra det året de fyller 60. Ordningen var opprinnelig en utvidet ferie begrunnet i vernehensyn for denne gruppen som arbeider med ioniserende strålingen. Ordningen er imidlertid avvirket.

Saken gikk for Oslo tingrett i februar og dom ble avsagt 28. mars. Sykehuset ble frifunnet, retten kom til at saksøkerne ikke har krav på mer enn 6 uker ferie etter fylte 60 år, mao ingen 7. ekstrauger.

### Erstatningskrav og tilbakebetaling i kontraktsforhold – sak forlikt

Styret er tidligere orientert om at Oslo universitetssykehus har tatt ut stevning mot Det Norske Kartselskap AS. Sykehuset mente å ha grunnlag for at selskapet gjennomgående, systematisk og bevisst hadde overfakturert sykehuset og at sykehuset hadde til gode ca 1,459 901 mill kroner.

Dette ble bestridt av selskapet. Gjennom en tid har det vært kontakt mellom partene om en løsning i minnelighet. Dette resulterte i at det ble inngått et rettsforlik 25. mars. Dette innebærer en tilbakebetaling av 1 100 000 mill kroner for tidligere betalte fakturaer på gitte vilkår.

Sykehuset er fornøyd med resultatet og at saken er avsluttet.

### Usaklig oppsigelse

Sykehuset er stevnet av en ansatt. Saken gjelder påstand om usaklig oppsigelse i arbeidsforhold. Saken er berammet 27-30. mai.

### Urettmessig lønnstrekk

Det er tatt ut forliksklage fra en ansatt mot sykehuset. Klagen gjelder urettmessig lønnstrekk over en periode. Saken har sammenheng med konvertering av lønnsstruktur i OUS der det ble vedtatt at en del legegupper ved sykehuset skulle trekkes i lønn for de antatte overtidstimer og

utrykning på vakt som tidligere hadde vært bakt inn i totallønnen. Saken er berammet i Forlikrådet i mai.

#### Krav om etterbetaling av lønn

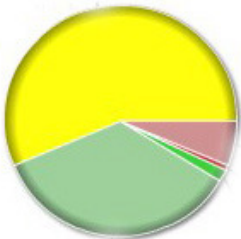
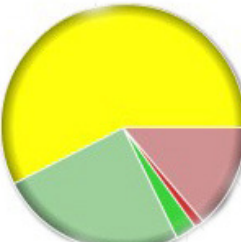
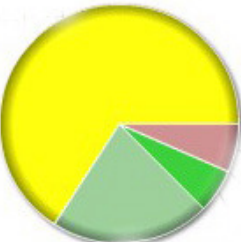
Det er tatt ut forliksklage mot sykehuset fra en ansatt. Saken gjelder krav om etterbetaling av lønn.

#### Straffesak: Rekruttering av sykepleiere til arbeid

Styret er tidligere orientert om frifinnelse i straffesaken der sykehuset var tiltalt for brudd på utlendingsloven for medvirkning til utilbørlig utnyttelse av tre sykepleiere. Påtalemyndigheten anket saken til lagmannsretten 2. januar. Borgarting lagmannsrett avsa kjennelse og beslutning 25.mars om at anken henvises til ankeforhandling. Det ligger an til at saken vil bli berammet i begynnelsen av 2015.

### 6. MEDIEOMTALE 1. JANUAR - 31. MARS 2014

Antall saker i mediene har sunket fra 1252 i januar, til 943 i mars, totalt 3304 for hele perioden.. Medieomtalen er i det alt vesentlige vektet nøytralt, noe som har holdt seg stabilt siden forrige periode. Rødt viser andel svært negative/svakt negative saker, grønt viser andel svært positive/svakt positive saker, mens gult viser andel saker som er vektet nøytralt.

| Periode      | Antall saker | Vekting   | Vekting prosent                           | Kommentar   |
|--------------|--------------|---|---|---|
| Mars 2014    | 943          |  | Positiv: 37<br>Nøytral: 56<br>Negativ: 7  | Økningen i antallet positive saker skyldes at sykehusets ansatte opptrer som eksperter i en rekke store saker.                        |
| Februar 2014 | 998          |  | Positiv: 28<br>Nøytral: 57<br>Negativ: 15 | Økningen i antallet negative saker skyldes en del omtale av brudd på arbeidsmiljøloven ved sykehuset, i tillegg til noen enkeltsaker. |
| Januar 2014  | 1252         |  | Positiv: 27<br>Nøytral: 66<br>Negativ: 7  | Måneden har vært preget av helikopterulykken på Sollihøgda, en god del andre ulykker og ekspertuttalelser fra sykehusets personell    |

Mediebildet har i perioden vært preget av sykehusets behandling av mishandlede barn,

fosterreduksjon, brudd på arbeidsmiljøloven, seier i NM i institusjonskøkk, nytt akuttbygg på Ullevål og ekspertuttalelser.

#### Behandling av mishandlede barn

I begynnelsen av mars satte Aftenposten behandling av mishandlede barn på dagsorden. Dette førte til en rekke ekspertuttalelser fra sosialpediatrisk seksjon, spesielt Torkild Aas og Norunn Vetlesand. De uttalte seg som fagekspert i en rekke medier og saken hadde bred dekning en periode. Saken er alvorlig, men det etterlatte inntrykket for sykehusets del er likevel svakt positiv da de to viser sin ekspertise og faglige styrke.

#### Brudd på arbeidsmiljøloven

I slutten av februar slo Dagsavisen stort opp at OUS brøt Arbeidsmiljøloven 32.000 ganger i 2012. Klinikkleder Øyvind Skraastad var intervjuet i saken. Dette avstedkom en lang debatt der kvalitet og pasientsikkerhet sto på den ene siden, og et ønske om en mer fleksibel arbeidsmiljølov på den andre siden.

#### Fosterreduksjon

I begynnelsen av februar hadde Dagsrevyen et innslag der de refererte til et brev fra OUS der sykehuset ber om en avklaring med tanke på fosterreduksjon ved flerlingesvangerskap. Dette innledet en rekke debatter hvor sykehuset ikke deltok, men stadig ble referert til. Det hele er vektet som nøytralt, da sykehuset ikke har noen aktiv rolle i saken.

#### Nytt akuttbygg på Ullevål

7.februar ble det holdt en forhåndsvisning av det nye akuttbygget på Ullevål før åpningen, noe som genererte flere positive medieinnslag, i blant annet Østlandssendingen. I forbindelse med den offisielle åpningen et par uker senere var flere medier til stede, uten at det ble de store innslagene ut av det. Imidlertid fikk en video fra akuttbygget, lagt ut på sykehusets Facebook-side, mye oppmerksomhet. I skrivende stund er den sett av over 60.000 brukere, og er sykehusets mest sette post på nettstedet noensinne. Dagen etter ble samme video publisert på Dagbladets nettsider sammen med en liten artikkel om at sykehuset hadde fått et nytt akuttbygg. Dette viser at det ikke bare er de tradisjonelle mediekanalene som får oppmerksomhet.

#### NM i institusjonskøkk

5.februar vant to kokker ansatt ved sentralkjøkkenet på OUS NM i institusjonskøkk for lag. Seieren fikk mye oppmerksomhet i fagpressen, men også en del andre steder. Dekningen var utelukkende positiv.

#### Ekspertuttalelser

Sykehusets medarbeidere presenterer seg ofte med sin faglige ekspertise i mediene. I denne perioden har det særlig handlet om MS, noe mer på syntetisk narkotika og som tidligere nevnt mishandling av barn.

## **7. REFERATER**

- Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 23.03.14 (vedlegg)
- Protokoll fra Brukerutvalgets møte 10.02.2013 (vedlegg)

## Møteprotokoll

---

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| <b>Styre:</b>     | Helse Sør-Øst RHF         |
| <b>Møtested:</b>  | Grev Wedels plass 5, Oslo |
| <b>Dato:</b>      | Styremøte 13. mars 2014   |
| <b>Tidspunkt:</b> | Kl 0900-1530              |

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

|                        |                                       |
|------------------------|---------------------------------------|
| Per Anders Oksum       | Styreleder                            |
| Sigrun E. Vågang       | Nestleder                             |
| Eyolf Bakke            |                                       |
| Kirsten Brubakk        |                                       |
| Anne Cathrine Frøstrup | Til kl 1415                           |
| Terje Bjørn Keyn       | Forfall.<br>Varamedlem Karin Solfeldt |
| Irene Kronkvist        |                                       |
| Bernadette Kumar       |                                       |
| Peer Jacob Svenkerud   |                                       |
| Truls Velgaard         |                                       |
| Svein Øverland         |                                       |

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

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

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

|   |
|---|
| Administrerende direktør Peder Olsen  |
| Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen  |
| Viseadministrerende direktør Steinar Marthinsen, fagdirektør Alice Beathe Andersgaard, konserndirektør Atle Brynestad, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande, HR-direktør Anne Biering og konsernrevisor Liv Todnem |

---

### Konstituering:

Innkalling og sakliste ble godkjent.

**Saker som ble behandlet:**

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>009-2014</b> | <b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 6. FEBRUAR 2014</b> |
|-----------------|---|

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøtet 6. februar 2014 godkjennes.

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>010-2014</b> | <b>AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER FEBRUAR 2014</b> |
|-----------------|---|

Saken ble lagt fram i møtet.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar foreløpig aktivitets- og økonomirapport per februar 2014 til etterretning.

|                 |   |
|-----------------|---|
| <b>011-2014</b> | <b>ÅRLIG MELDING 2013 FOR HELSE SØR-ØST RHF</b> |
|-----------------|---|

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. På grunnlag av samlet rapportering for 2013 anser styret for Helse Sør-Øst RHF at:
  - Hovedoppgavene pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende har vært ivarettatt i tråd med de føringer eier har gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller.
  - Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2013 er fulgt opp. Styret er tilfreds med dette, men påpeker samtidig at en fortsatt står overfor uløste oppgaver og målkrav, særlig knyttet til kvalitet, pasientsikkerhet og tilgjengelighet til tjenestene og at det må arbeides aktivt for å løse disse.
2. Årlig melding 2013 for Helse Sør-Øst RHF oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.
3. Styreleder og administrerende direktør gis fullmakt til å utforme endelig dokument.

012-2014

**VIDEREUTVIKLING AV INNTEKTSMODELLEN FOR HELSE SØR-ØST**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret slutter seg til den anbefalte modellen for fordeling av inntekter til prehospitaler tjenester slik den er beskrevet i denne saken og vedlagte rapport om inntektsmodell for prehospitaler tjenester.
2. Styret slutter seg til den anbefalte endringen i kostnadskomponenten for forskning, og at styret årlig fastsetter eventuell vekst i den variable delen som fordeles på grunnlag av forskningspoeng.
3. Styret slutter seg til den anbefalte endringen i avregningen i inntektsmodellen knyttet til basisrammen til Sunnaas sykehus HF. Endringen får ingen konsekvenser for størrelsen på basisrammen til Sunnaas sykehus HF, som besluttes særskilt.

013-2014

**ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2015 -2018. PLANFORUTSETNINGER**

**Styrets**

**V E D T A K**

1. Vedtatte mål for perioden 2014-2017 videreføres.
2. Det settes som planforutsetning følgende regionale mål for aktivitetsvekst i 2015:
  - 2,4 % for somatikk
  - 2,6 % for psykisk helsevern barn og ungdom
  - 2,6 % for psykisk helsevern voksne
  - 2,6 % for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)

Endelige aktivitetskrav for 2015 settes på bakgrunn av føringer som gis i statsbudsjett 2015. Det skal stilles differensierte aktivitetskrav som tar hensyn til dekning i forhold til befolkningsvekst og øvrige kjennetegn ved sykehusområdene.

Det planlegges for en vekst innen somatikk på minst 8% i perioden 2015-2018. Når det gjelder andre tjenesteområder, gis det foreløpig ikke konkrete forutsetninger for aktivitetsvekst ut over 2015.

3. I perioden 2015-2018 forutsettes en fortsatt prioritering av aktivitetsveksten mot følgende fagområder innen somatikk:
  - Utredning, behandling og oppfølging av kreft og annen alvorlig sykdom
  - Poliklinisk vurdering/behandling
  - Sekundær forebygging og oppfølging ved alvorlige livsstilsykdommer



4. Innenfor psykisk helsevern skal det være et særskilt fokus på
  - akutt - og sikkerhetspsykiatri
  - arbeidet med å forebygge selvmord og redusere bruk av tvang
5. Innen TSB skal det være særlig fokus på å videreutvikle samarbeidet mellom helseforetakene, de private leverandørene og kommunene for å sikre god gjennomføring av behandlingen og forebygge tilbakefall
6. Økonomiske planleggingsrammer for perioden baseres på:
  - Oppdatering og fremskriving av regional inntektsmodell, med 100 % implementering av modellelementet for prehospitale tjenester og forskning i 2015
  - Fordeling av forutsatt økt bevilgning til aktivitetsvekst på 500 millioner kroner pr år
  - Bevilgning på i alt ca 310 millioner kroner knyttet til utbygging og drift av kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud faller bort fra 2016
  - Midlertidig bevilgning til Akershus universitetssykehus HF i 2014 på 100 millioner kroner legges inntil videre til det regionale helseforetaket og disponeres endelig i budsjett 2015
  - Fra 2015 innføres kvalitetsbasert finansiering i foretaksgruppen, og det vurderes etablert en økonomisk incentivordning for økt tilgjengelighet.
7. Planlagte og nødvendige investeringer krever at helseforetakene ytterligere forsterker sitt arbeid med å skape positive resultater gjennom fokus på kvalitet og pasientsikkerhet. Videre at gevinster fra gjennomførte investeringer, herunder standardisering og digital fornying, realiseres som forutsatt. Arbeidet må skje i god dialog med medarbeidere og brukere.
8. Helseforetakene skal vedlikeholde sin bygningsmasse i tråd med vedtatt strategi for eiendomsområdet, og i tråd med krav om planmessig vedlikehold gitt i foretaksmøter. Økonomisk langtidsplan skal inkludere plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Helseforetakene skal videre kartlegge og vurdere anskaffelsesbehovet når det gjelder medisinsk teknisk utstyr, og påse at det gjøres gode prioriteringer av nødvendige investeringer. Investeringsbehovet i Digital fornying må balanseres mot regionens øvrige investeringer

Votering:

Punkt 6, femte kulepunkt vedtatt mot en stemme (Øverland). Resten av vedtaket enstemmig.

Stemmeforklaring fra styremedlem Øverland:

Implementering på HF-nivå av kvalitetsbasert finansiering vil kunne ha uheldige vridningseffekter som ikke er utredet. Støtter intensjonen om å fremme god kvalitet og vil påpeke at det også er mange måter å oppnå dette på.

014-2014

ÅRSRAPPORT 2013 OG REVISJONSPLAN 2014-2015

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar Årsrapport 2013 om revisjonsutvalget og konsernrevisjonen sitt arbeid til etterretning.
2. Styret godkjenner revisjonsplan 2014-2015.

015-2014

**SYKEHUSET ØSTFOLD HF – AVHENDING AV EIENDOMMER I SARPSBORG, FREDRIKSTAD OG HALDEN KOMMUNER**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF oversender Sykehuset Østfold HF sin anmodning om samtykke til salg av:
  - a. Ulfhilds gate 1, gnr 1, bnr 1809 (feste til Borregaard) i Sarpsborg kommune og
  - b. Østfoldklinikken, gnr. 6, bnr. 21, 22 og 24 i Fredrikstad kommune
  - c. Konglelunden, gnr 63, b.nr 46 og 65 i Halden kommune
 til foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF for behandling.
2. Styret anbefaler at Ulfhildsgate 1, Østfoldklinikken og Konglelunden avhendes og at de legges ut på det åpne marked og legger til grunn at salget gjennomføres i henhold til lover og forskrifter, samt instruksjer gitt i styrende dokumenter innen foretaksgruppen og avhendingsstrategien i Helse Sør-Øst.
3. Frigjort likviditet kan benyttes til nedbetaling av gjeld, til investeringer i varige driftsmidler eller til rehabilitering og verdibevarende vedlikehold av bygninger som er nødvendig for klinisk drift.
4. Investeringer må behandles i henhold til gjeldende fullmaktstruktur.
5. Styret presiserer at Sykehuset Østfold HF har ansvaret for at avhendingen gjennomføres korrekt, og bærer all risiko knyttet til avhendingen.

016-2014

TERTIALARPPORT 3. TERTIAL 2013 FOR PROSJEKT NYTT ØSTFOLDSYKEHUS

Styrets enstemmige

**V E D T A K**

Tertialrapport for prosjekt nytt østfoldsykehus 3. tertial 2013 tas til orientering.

017-2014

STYREINSTRUKS OG INSTRUKS FOR ADMINISTRERENDE DIREKTØR I HELSE SØR-ØST RHF

Styrets enstemmige

**V E D T A K**

Styreinstruksen og instruks for administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF godkjennes med de tillegg og endringer som ble gjort i møtet.

018-2014

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER

Styrets enstemmige

**V E D T A K**

Årsplan styresaker tas til orientering.

**ANDRE ORIENTERINGER**

1. Styreleder orienterer
2. Driftsorienteringer fra administrerende direktør, inkl tilleggsorienteringer om endringer i administrerende direktørs ledergruppe
3. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget
4. Referat fra møte i brukerutvalget

**Temasaker**

- PASOPP-undersøkelsen.  
Presentasjon ved Kunnskapssenteret

Møtet hevet kl. 1525

Oslo, 13. mars 2014

---

Per Anders Oksum  
styreleder

---

Sigrun E. Vågeng  
nestleder

---

Eyolf Bakke

---

Kirsten Brubakk

---

Anne Cathrine Frøstrup

---

Terje Bjørn Keyn

---

Irene Kronkvist

---

Bernadette Kumar

---

Peer Jacob Svenkerud

---

Truls Velgaard

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær

## PROTOKOLL

Møtetema: Brukerutvalgsmøte 10. februar 2014

Til: Tove Nakken, Heine Århus, Kim Fangen, Ghazala Naseem, Kolbjørn Forfang, Grete Müller, John Bjørnøy, Helga Skåden, Twinkle Dawes, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Øyvind Arntzen

Kopi: Eva Bjørnsborg, Tove Strand, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 12.2.2014

Dato møte: 10.2.2014

Referent: Ingrid Birgitte Møller Ekne

Tilstede: Tove Nakken, Ghazala Naseem, Helga Skåden, Kim Fangen, Kolbjørn Forfang, Twinkle Dawes, Grete Müller, Heine Århus, Veslemøy Ruud  
Fra Ledelsen: Tove Strand, Eva Bjørnsborg

Forfall: John Bjørnøy, Lilli-Ann Stensdal, Øyvind Arntzen

Saksliste (følgende saker ble drøftet/orientert om):

| Sak nr     |  |
|------------|--|
| Sak 001-14 | <p><b>Godkjenning av innkalling</b><br/>Saker til eventuelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kontaktpersonordning med regionalt brukerutvalg og brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus</li> <li>Pasientsikkerhets konferanse i Paris 8. - 11. april 2014</li> <li>Pasientombud</li> </ul> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Innkalling med sakslisten godkjent med tilføyelse av sak 008-14 Handlingsplan pasientsikkerhet.</li> </ul>   |
| Sak 002-14 | <p><b>Administrerende direktør sin time</b><br/>Tove Strand, viseadministrerende direktør, stilte som stedfortreder for Administrerende direktør, Bjørn Erikstein. Strand gjennomgikk styresakene til styremøtet 14. februar 2014, samt besvarte spørsmål fra utvalget.</p> <p>Saken ble tatt til orientering.</p>   |
| Sak 003-14 | <p><b>Styresaker</b><br/>Det var ingen uttalelser til styresakene. Leder og nestleder representerer utvalget i styremøtet 14. februar 2014.</p>  |
| Sak 004-14 | <p><b>Andre Råd, utvalg, prosjekter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anna Barlund, representant fra Rådgivning for spiseforstyrrelser (ROS) har trukket seg fra brukerutvalget. Det arbeides med oppnevning av ny kandidat, som kan erstatte henne.</li> <li>Orientering fra brukerrådet i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT). Nyoppnevnte representanter.</li> </ul> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Notat fra brukerråd i KKT sendes på e-post til utvalget. Vedlegg 1.</li> </ul> <p>Følgende nyoppnevninger til råd og utvalg:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kim Fangen utnevnt til Læringsnettverk pas.sikkerhet og kvalitet Vestre Viken.</li> </ul> |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <p><b>Sak<br/>005-14</b></p> | <p><b>Fokusområder 2014 m/ ungdomsrådet og klinikkvise brukerråd</b><br/> Ungdomsrådet ved leder og alle klinikkens brukerråd, bortsett fra brukerråd i Klinikk psykisk helse og avhengighet, stilte med representanter til presentasjon og diskusjon av brukerutvalgets to satsningsområder i 2014; ungdomshelse og pasientforløp. Leder av ungdomsrådet, Sarah Nordby Jensen og Anne Hellum ved seksjon for pasient- og pårørendeopplæring presenterte ungdomsrådet. Karin Borgen fra Stab medisin, helsefag og utvikling presentere sykehusets arbeid med pasientforløp.</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalget sender et oppsummeringsnotat til ungdomsrådet og klinikkvise brukerråd, med forslag til oppfølging av sakene.</li> </ul> |
| <p><b>Sak<br/>006-14</b></p> | <p><b>Orientering om OUS Idéfase- Campus Oslo v/Tone Ikdahl , Stab medisin, helsefag og utvikling</b><br/> Ikdahl orienterte brukerutvalget om fremdriften i prosjektet Idéfase OUS – Campus Oslo.</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikdahl inviteres til april møtet for videre orientering om prosessen.</li> </ul>   |
| <p><b>Sak<br/>007-14</b></p> | <p><b>Godtgjøring brukerrepresentanter</b><br/> Brukerutvalget ble informert om endring i retningslinjer for godtgjøring. Vedlegg 2.</p> <p>Saken ble tatt til orientering</p>  |
| <p><b>Sak<br/>008-14</b></p> | <p><b>Handlingsplan Pasientsikkerhet, ved Øystein Helland, Stab pasientsikkerhet og kvalitet</b><br/> Øystein Helland fra Stab pasientsikkerhet og kvalitet, presenterte Handlingsplan for pasientsikkerhet 2014.</p> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalget sender innspill til endring på e-post til koordinator, innen slutten av uken.</li> </ul>   |
| <p><b>Sak<br/>009-14</b></p> | <p><b>Eventuelt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontaktpersonordning med regionalt brukerutvalg og brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus</li> <li>• Pasientsikkerhets konferanse i Paris 8. - 11. april 2014</li> <li>• Pasientombud</li> <li>• Handlingsplan Brukermedvirkning 2014-2016</li> </ul> <p><b>Vedtak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brukerutvalget inviterer kontaktperson fra regionalt brukerutvalg, Erna Høgrenning og Pasientombudet til neste utvalgsmøtet 07.04 2014.</li> <li>• Handlingsplan Brukermedvirkning 2014-2016, brukerutvalget sender innspill til endring på e-post til koordinator i løpet av torsdag 13.02.14.</li> </ul>  |

**Vedlegg 1- Oppnevningnotat fra brukerråd i Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken**  
**Vedlegg 2- Godtgjøring brukerrepresentanter**