

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. april 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 24/2015 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 23. april 2015

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 3/2015
Dato møte:	30. april 2015
Møtetid:	Klokken 08.00 - 13.00
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

24/2015	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
25/2015	Beslutning:	Godkjenning av protokoll styremøte 9. april 2015
26/2015	Orientering:	Rapportering og driftsgjennomføring
27/2015	Beslutning:	Økonomisk langtidsplan
28/2015	Beslutning:	Prefabrikkert bygg på Ullevål sykehus
29/2015	Orientering:	Gjennomgang av kreftområdet og bygg
30/2015	Beslutning:	Revisjonsplan 2015 internrevisjon Oslo universitetssykehus
31/2015	Beslutning:	Arbeidsmiljørapport 2014
32/2015	Orientering:	Avsluttet byggeprosjekt Akuttbygg på Ullevål
33/2015	Orientering:	Beredskapsplan for Oslo universitetssykehus
34/2015	Orientering:	Organisasjonsprosjektet
35/2015	Orientering:	Plan for styret
36/2015	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

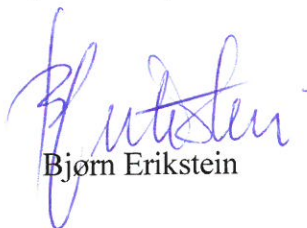
Dato møte: 30. april 2015
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 9. april 2015

**SAK 25/2015 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 9. APRIL 2015**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 9. april 2015.

Oslo, den 23. april 2015



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	9. april 2014
Dato møte:	9. april 2014 kl 8.00 – 12.35 på Radiumhospitalet, Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

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

Forfall:

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Terje Rootwelt, Tove Strand, Erlend Smeland, Rolv Økland, Eva Bjørstad, Morten Meyer m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget, konsernrevisjonen og publikum

Sak 15/2015 Godkjenning av innkalling og sakliste

Sak 18/2015 ble flyttet til behandling før sak 17/2015.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 16/2015 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 13. februar 2015.

Sak 17/2015 Rapport per februar 2015

Det ble orientert om resultater per mars 2015 i styremøtet.

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen til orientering.

Sak 18/2015 Årsoppgjør 2014

Enstemmig vedtak:

1. Styret underskriver årsberetning og årsregnskap for 2014.
2. Årsberetning og årsregnskap for 2014 legges frem for godkjenning i foretaksmøte.

Sak 19/2015 Økonomisk langtidsplan 2016-2019

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 20/2015 Idefase Oslo universitetssykehus HF

Vedtak:

1. Styret ber administrerende direktør slutføre arbeidet med Idéfase Oslo universitetssykehus i 2015 konsentrert om følgende alternativer:

- 0-alternativet.
- Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål.
- Delvis samling Gaustad sør.

Styret ber i tillegg om at de tre alternativene beskriver hvordan en lokalsykehusfunksjon eventuelt kan skilles ut herunder skissere:

- Virksomhetsbeskrivelse for et slikt lokalsykehus.
- Konsekvensene for virksomheten i resten av OUS knyttet opp mot de tre alternativene.

2. Styret ber administrerende direktør om å gjennomføre en utredning av organiseringen av kreftområdet som en del av idéfasearbeidet, herunder en vurdering av bygningsmessige forhold.
3. Idéfaserapport, versjon 2.0, med justert kapittel 1 og 10 fremlagt i denne saken, skal legges til grunn for det videre idéfasearbeidet i 2015. Resultatet fra idéfasearbeidet i resten av 2015 beskrives i et eget dokument. Samlet skal dette gi grunnlag for retningsvalg og hva som utgjør en første etappe inklusiv det virksomhetsmessige innholdet.
4. Styret ber administrerende direktør på grunnlag av det samlede idéfasearbeidet om å legge fram forslag til plan for idé-/ konseptfase for Oslo universitetssykehus HF til styremøtet i desember 2015. Denne planen skal inneholde forslag om en første etappe for de aktuelle alternativene, herunder en beskrivelse av virksomhetsinnhold for alle tre alternativene.

5. Styret ber administrerende direktør sikre god kommunikasjon og dialog både internt og eksternt om prosjektet. Herunder forventes det at styret holdes orientert om fremdriften.

Styremedlemmene Aasmund Bredeli og Eli Lise Skjæret-Larsen ønsket følgende ført i protokollen:

”Ansattrepresentantene Aasmund Bredeli og Else Lise Skjæret-Larsen stemte imot forslaget og har lagt fram et alternativt forslag som presiserer behovet for separate etappeplaner for hvert hovedalternativ, behovet for tilhørende virksomhetsbeskrivelse, nødvendigheten av beskrivelse av utskillelse av lokalsykehus og kreftsykehus uavhengig av, men med samtidig beskrivelse av konsekvenser for hovedalternativene:

Alternativt vedtakforslag:

1. Styret ber administrerende direktør slutføre arbeidet med idefase Oslo universitetssykehus i 2015 konsentrert om følgende alternativer:
 - Et alternativ basert på dagens hovedlokaliseringer (0+ alternativet)
 - Et alternativ der virksomheten er delt mellom to hovedlokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål
 - Et alternativ der det er en hovedlokalisering, Gaustad sør

Hvert av alternativene skal beskrives med:

- a) Etappeplan for realisering (inkludert kostnadsestimater og finansieringsplan)
 - b) Virksomhetsbeskrivelse for hver hovedetappe og for hver lokalisering i alternativet
2. Styret ber i tillegg om at beskrivelsen av de tre alternativene suppleres med følgende:
 - Det beskrives hvordan en lokalsykehusfunksjon kan skilles ut fra hovedlokaliseringen og lokaliseres fortrinnsvis i Oslo Sør/Øst (for eksempel Aker), herunder skissere:
 - I. Virksomhetsbeskrivelse for et slikt lokalsykehus
 - II. Konsekvensene for virksomheten i resten av OUS knyttet opp mot de tre hovedalternativene for lokalisering av resten av OUS
 - III. Skissere en etappeplan for realisering av et slikt lokalsykehus
 - Det beskrives hvordan kreftområdet kan organiseres og deler av dette kan lokaliseres på nåværende Radiumhospitalet:
 - I. Dette skal inneholde en virksomhetsbeskrivelse av den kreftvirksomheten som eventuelt kan lokaliseres adskilt fra hovedlokaliseringen(e)
 - II. Konsekvensene for virksomheten i resten av OUS knyttet opp mot de tre hovedalternativene for lokalisering av resten av OUS
 - III. Samt en etappeplan for realisering av et slikt særskilt kreftsykehus
 3. Styret ber administrerende direktør sikre god kommunikasjon og dialog både internt og eksternt om prosjektet herunder forventes det at styret holdes orientert om fremdriften.”

Sak 21/2015 Virksomhetsoverdragelse av Psykoseenhet 4, Gaustad, til Akershus universitetssykehus HF

Enstemmig vedtak:

1. Styret slutter seg til avtale om virksomhetsoverdragelse av Psykoseenhet 4, Avdeling psykisk helsevern døgnbehandling,

fra Oslo universitetssykehus HF til Akuttpsykiatrisk
avdeling, Akershus universitetssykehus HF.

2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å
sluttføre og signere avtalen om virksomhetsoverdragelse på
vegne av Oslo universitetssykehus HF.

Sak 22/2015 Plan for styrets arbeid

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Sak23/2015 Administrerende direktørs orienteringer

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Anne Carine Tanum
Nestleder

Berit Kjøll

Björg Månum Andersson

Ole Petter Ottersen

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Else Lise Skjæret-Larsen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. april 2015

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

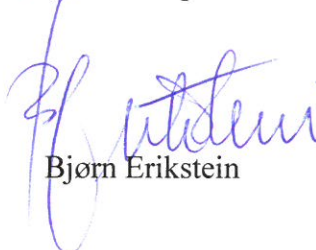
Vedlegg: 1. Tabellvedlegg
2. Tiltak for å holde budsjettet – klinikkvis oversikt

SAK 26/2015 RAPPORTERING PER MARS 2015

Forslag til vedtak:

1. *Styret tar rapporteringen til orientering.*
2. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2016.*

Oslo, den 23. april 2015


Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Gjennomgangen av status og resultater per mars 2015 viser kortfattet følgende:

- Registrert aktivitet innenfor somatikken er hittil i år 2,0 prosent lavere enn periodisert budsjett.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i år lavere enn måltallene for døgnvirksomheten mens den polikliniske aktiviteten er høyere enn planlagt.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er den rapporterte polikliniske aktiviteten fortsatt betydelig lavere enn budsjettert. En stor del av avviket skyldes at ikke all utført aktivitet er registrert i DIPS. Antall døgnspasienter (liggedøgn og utskrevne pasienter) er høyere enn budsjettert.
- Det er registrert færre liggedøgn enn budsjettert innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, mens den polikliniske aktiviteten innenfor dette området er betydelig høyere enn planlagt.
- Etter overgang til DIPS 20. oktober 2014 var det en stor økning i antall ventende, herunder langtidsventende, og ventende med fristbrudd. Antall fristbrudd og antall langtidsventende er betydelig redusert siden da, men per 20. april var fortsatt antall fristbrudd av ventende pasienter 1 565 og antall langtidsventende var 1 886.
- Justert for økte pensjonskostnader viser regnskapet per mars et negativt avvik på 77 millioner kroner.
- Antall brutto månedsverk var i perioden januar - april 18 072. Dette er 142 høyere enn budsjettert og 586 høyere enn i samme periode i 2014.
- Registrert sykefravær til og med februar 2015 er 8,2 prosent, og sykefraværet var dermed noe høyere enn i samme periode i 2014 (7,8 prosent).

2. Administrerende direktørs vurderinger

Hovedmålene for virksomheten i Oslo universitetssykehus HF i 2015 er å unngå fristbrudd, fortsette reduksjonen i antall langtidsventende pasienter og sikre et økonomisk resultat som budsjettert eller bedre. Samtidig skal det innføres pakkeforløp for kreftpasienter.

Arbeidet for å få ned fristbrudd og langtidsventende gir resultater, og både antall fristbrudd og langtidsventende reduseres gradvis. Arbeidet tar imidlertid noe mer tid enn ønsket. Frem mot sommeren vil innsatsen på dette området spisses ytterligere for å være trygg på at antall fristbrudd er under kontroll før ny pasient- og brukerrettighetslov trer i kraft fra 1. september 2015. Arbeidet omfatter både opplæring, kvalitetssikring og kontroll av ventelistegrunnlaget og økt aktivitet både på poliklinikker og operasjonsstuer. Ny pasient- og brukerrettighetslov innebærer at fristbruddpasienter skal meldes til Helfo med rett til å få et alternativt tilbud om helsehjelp.

Administrerende direktør er bekymret for at aktiviteten innenfor somatikken fortsatt er lavere enn lagt til grunn i budsjettet for 2015. Isolert for mars var imidlertid den samlede aktiviteten noe høyere enn lagt til grunn i periodisert budsjett. Det er fortsatt utfordringer knyttet til løpende registrering og kvalitetssikring av registrert aktivitet etter overgangen til DIPS. Det er derfor

usikkert hvor stor del av avviket etter mars som skyldes registreringsproblemer og hvor mye som skyldes reelt lavere aktivitet enn planlagt. Det er nå frigjort ekstra kapasitet for å bidra til kvalitetssikring av aktivitetsgrunnlaget for 1. tertial.

Etter mars er det rapportert et negativt resultatavvik på 77 millioner kroner. Avviket skyldes både lavere aktivitet og inntekter enn planlagt, men også særlig høye varekostnader i mars. Avviket må lukkes både gjennom økt aktivitet og reduksjon av kostnader. Gjennom prioriteringer i budsjettet er kapasiteten økt både innenfor radiologi, patologi og operasjonsteam. Analyser av driften på poliklinikkene viser at det innenfor eksisterende åpningstider er mulig å gjennomføre flere konsultasjoner. Hovedprioriteringen fremover er å utnytte kapasiteten innenfor poliklinikker og operasjonsstuer på en bedre måte slik at aktiviteten innenfor somatikken øker som forutsatt i budsjettet. Samtidig er det nødvendig å redusere kostnadene, først og fremst gjennom å holde bemanningen så lav som mulig og redusere bruk av ekstern innleie og variabel lønn. Klinikken er bedt om å finne områder hvor lønnskostnader og bemanning kan reduseres uten at det kommer i veien for økt aktivitet.

Det er rapportert lavere aktivitet enn budsjettet på enkelte områder innenfor psykisk helsevern. Det største avviket er for poliklinisk aktivitet innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Hoveddelen av dette avviket skyldes det er vanskelig og veldig tidkrevende å registrere alle konsultasjoner i DIPS. Reelt aktivitetsavvik er derfor trolig betydelig lavere enn rapportert avvik da ikke alle polikliniske konsultasjoner er registrert i DIPS. Det er høyt prioritert å få løst dette slik at rapporteringen kan gi korrekt bilde av den pasientbehandlingen som faktisk er utført.

3. Pasientbehandling

3.1. Aktivitet somatikk

Til og med mars 2015 er det så langt rapportert et negativt avvik i forhold til plantall på om lag 1.200 DRG-poeng, tilsvarende 2,0 pst. Det akkumulert avviket er redusert fra 3,8 pst etter februar. Dette viser at aktiviteten isolert for mars har vært noe høyere enn budsjettet. I tillegg har det vært betydelig etterregistrering for januar og februar.

Deler av avviket for antall DRG-poeng hittil i år skyldes at effektene av ISF-regelverket for 2015 ser ut til å gi en mindre positiv effekt for Oslo universitetssykehus HF enn lagt til grunn i budsjettet for 2015. I budsjettet for 2015 ble det lagt til grunn en positiv effekt av nytt ISF-regelverk/grouper 2015 på nærmere 1 000 DRG-poeng. Interne analyser viser at effekten av ISF-regelverket for 2015 er nær null. Sammenlignet med 2014 viser interne beregninger at aktiviteten hittil i 2015 er om lag som i samme periode 2015. Aktiviteten forventes å øke fremover da ikke alle tiltak for å øke aktiviteten i somatikken så langt er igangsatt som forutsatt i periodisert budsjett.

Det er igangsatt et internt forbedringsarbeid for å sikre mer løpende registrering av medisinsk koding, slik at månedsrapporteringene generelt skal få bedre kvalitet. Hovedfokus nå er imidlertid å sikre at all utført aktivitet er fullstendig

registrert før rapportering av endelige tall for 1. tertial 2015 (26. mai) slik at helseforetaket får betalt for reelt utført aktivitet. I perioden frem mot rapportering av endelig aktivitetsgrunnlag for 1. tertial settes det av ekstra personell til å arbeide med dette, det gjennomføres en journalgjennomgang av 25 journaler i 2 avdelinger i hver klinikk, og det vil fortsatt arbeides med tilgangsstyring og opplæring for å sikre riktig bruk av DIPS.

Det er betydelige variasjoner i aktivitetsavviket mellom klinikkene etter mars. Alle klinikkene har imidlertid redusert de akkumulerte avvikene i mars. Klinikkene med størst aktivitetsavvik er Kvinne- og barneklirikken (avvik – 3,8 prosent) og Kreft-, kirurgi- og transplanasjonsklinikken (avvik – 5,4 prosent).

I *Kvinne- og barneklirikken* er det spesielt Nyfødtintensiv avdeling og Avdeling for gynekologisk kreft som har størst avvik. Nyfødtintensiv avdeling har om lag samme antall DRG-poeng som i samme periode i 2015, men ligger betydelig bak planlagt aktivitetsnivå. Avdelingen planlegger å øke bruken av Avansert hjemmesykehus for å kunne redusere antall pasienter som sendes fra Fødeavdelingen til andre sykehus da foretakets to egne Nyfødtintensivposter er relativt fulle. Avdeling for gynekologisk kreft har utført noen flere operasjoner hittil i 2015 enn i 2014, men har likevel færre DRG-poeng sammenlignet med budsjett og samme periode i 2014. Avdelingen arbeider med å gå gjennom kodingen. Avvik mot budsjett skyldes delvis også at avdelingen venter på utvidet operasjonsstuekapasitet på Radiumhospitalet.

I *Kreft-, kirurgi- og transplanasjonsklinikken* er antall DRG-poeng lavere enn budsjettet og redusert fra 2014. Avviket er mindre i mars enn i januar og februar. Færre utskrevne heldøgns pasienter er den viktigste årsaken til færre DRG-poeng. Dette gjelder alle månedene hittil i år og alle avdelingene med unntak av Avdeling for reumatologi, hud og infeksjon. Det er hittil i år færre pasienter med tracheostomi og færre utskrevne transplanasjonspasienter enn i samme periode 2014.

3.2. Aktivitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Voksenpsykiatri

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i 2015 skrevet ut 54 færre pasienter (12,2 pst) enn plantall og antall liggedøgn er 4,8 pst (913 liggedøgn) lavere enn budsjettet. Sammenlignet med 2014 er antall utskrevne pasienter redusert med 93 (19,3 pst), mens antall liggedøgn for døgnbehandling er redusert med 1 337 (6,9 pst). Antall polikliniske konsultasjoner er 1,9 pst (420 konsultasjoner) høyere enn plantall og 3,8 pst (825 konsultasjoner) høyere enn i samme periode 2014. Det negative avviket på døgnbehandling skyldes samlokalisering av døgnenhetene innen Josefinesgate DPS i januar og forberedelse til flytting av Søndre Oslo DPS som ikke i tilstrekkelig grad var hensyntatt i plantallene. I tillegg har det vært færre pasienter enn planlagt ved to seksjoner i Avdeling for psykisk helse, nasjonale og regionale funksjoner.

Etter innføring av DIPS i oktober 2014 har det vært usikkerhet knyttet til registrering og ferdigstillelse av konsultasjoner, samt hvilke rapporter som skal

brukes for å vise utført aktivitet. I tillegg har det vært problemer med tilganger til DIPS for ulike grupper ansatte. Det arbeides kontinuerlig for å rette opp i problemene knyttet til riktig registrering av aktivitet og rapporterte tall for mars reflekterer at det ryddes kontinuerlig opp i dette.

I rapportert poliklinisk aktivitet innenfor voksenpsykiatrien inngår polikliniske konsultasjoner for en psykosomatisk enhet (Avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin). Enheten er søkt omgjort til en somatisk enhet.

Barne- og ungdomspsykiatri

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er 8 (25,0 pst) høyere enn plantall hittil år og 2 (5,3 pst) høyere enn i 2014. Høyere aktivitet enn planlagt skyldes relativt høy pågang av pasienter. Antall liggedøgn er 70 (5,1 pst) høyere enn plantall i 2015 og 306 (26,6 pst) høyere enn 2014. Flere liggedøgn enn planlagt skyldes at det er flere unge med alvorlige tilstander som trenger lengre behandling i sykehus og at det er få egnede tilbud til de pasientene som trenger et annet tilbud enn poliklinikk etter utskrivelse fra døgnpost (Intermediær). Grunnet den store pågangen i høst/vinter har en del pasienter har måttet vente lenge på innleggelse.

Antall oppholdsdager dagbehandling er hittil i år 170 (21,2 pst) høyere enn plantall og økt med 183 (23,2 pst) fra 2014. Det er gjennomgående høyere belegg på dagenhetene enn forutsatt i budsjettet.

Den registrerte polikliniske aktiviteten viser hittil i 2015 18,4 pst (2 535 konsultasjoner) færre polikliniske konsultasjoner enn plantall. Sammenlignet med 2014 er antall polikliniske konsultasjoner redusert med 2 150 (16,0 pst).

En stor del av avviket for antall polikliniske konsultasjoner hittil i år innenfor barne- og ungdomspsykiatrien knyttes til oppstartsproblemer etter overgang til DIPS fra BUP-data. Dette gjelder blant annet:

- Økt omfang konsultasjoner som ikke er ferdig registrert (disse er fra og med mars inkludert i rapporterte konsultasjoner).
- Reduksjon i registrerte telefonkonsultasjoner (avdelingen hadde 1 281 færre registrerte telefonkonsultasjoner de tre første månedene i 2015 sammenliknet med samme periode 2014). Det varierer noe mellom enhetene, men klinikerne melder at telefonkonsultasjoner er svært komplisert og tidkrevende å registrere i DIPS og at det derfor ikke alltid er tid til å registrere disse.
- Flere tiltak per pasient samme dag: Sammenlignet med same periode i 2014 har avdelingen registrert 589 færre konsultasjoner på takstene P22b og P23. Dette er takster som brukes ved konsultasjon med foresatte/foreldre og oppfølgingsmøter med førstelinjen. Begge disse aktivitetene er viktige deler av behandling av barn og ungdom i psykisk helsevern. Det er både nødvendig, og i tråd med faglig god praksis å involvere pårørende i behandling, og dette foregår ofte samme dag som pasienten er til samtale/undersøkelse. I DIPS var det i starten ikke mulig å registrere flere tiltak per pasient pr dag. Dette skal nå være rettet opp, men det rapporteres fortsatt om vansker med registreringen.

Til sammen utgjør nedgang i telefonkonsultasjoner og færre konsultasjoner på takstene P22b og P23 om lag 1 800 konsultasjoner av det negative avviket på 2 535. Det øvrige avviket (om lag 700 konsultasjoner) skyldes først og fremst en reelt lavere aktivitet enn lagt til grunn i budsjettet.

Det er iverksatt en rekke tiltak for å øke polikliniske konsultasjoner:

- Rydding i uferdiglister, med ukentlige rapporter til seksjons – og enhetsledere.
- Problemstillingen med komplisert registrering av telefonkonsultasjoner er meldt til DIPS-prosjektet, og det gjennomføres kontinuerlig opplæring av ansatte i prosedyren.
- Det arbeides med å løse problemene med å registrere flere konsultasjoner (tiltak) per pasient pr dag.
- Det er ansatt overleger ved enhet Søndre Nordstrand som når disse har tiltrådd vil ha full overlegedekning fra medio mai.
- Ukentlig opplæring i bruk av DIPS i enhetene/seksjonene, og spesielle tiltak rettet mot de medarbeiderne som har størst problemer med å mestre et nytt system.
- Av andre tiltak kan nevnes saksmengdesamtaler, styrt timedagbok og fokus på effektive pasientforløp.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det hittil i 2015 skrevet ut 45 flere pasienter (6 pst) fra døgnbehandling enn plantall, en økning på 111 utskrivninger (16,1 pst) fra 2014. For antall liggedøgn er det likevel et negativt avvik i forhold til plantall på 10,3 pst (715 liggedøgn). Sammenlignet med 2014 er antall liggedøgn døgnbehandling økt med 222 (3,7 pst). Avviket på liggedøgn skyldes blant annet redusert kapasitet i forbindelse med tvang, flere kortere innleggelsesforløp og økt antall avbrudd i enkeltenheter. Klinikken arbeider med tiltak for å øke innsøkningen og tiltak for å sikre at pasientene gjennomfører behandlingen. Det igangsettes også et prosjekt for å se på bruk av tvangsplasser i avdelingen, da disse opptar en ekstra seng som ikke kan brukes til ordinær drift.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB er hittil i 2015 44,7 pst (1 597 konsultasjoner) høyere enn budsjettet, hvilket er en økning på 125 pst (2 869 konsultasjoner) fra 2014. Fra oktober 2014 var det en økning i antall rapporterte polikliniske konsultasjoner som i stor grad fulgte av gjennomførte tiltak for å lydisolere alle kontorene ved Seksjon for ruspoliklinikker på Ullevål. Økningen med stor pågang av pasienter fortsetter i 2015 og ser så langt ut til å være høyere enn lagt til grunn i budsjettet.

Avdelingen arbeider med ulike former for oppsøkende aktivitet som skal være et tilbud til unge pasienter med rusproblemer som nå ikke fanges opp og henvises til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med å nå ut til brukere som ikke selv oppsøker hjelp har vært høyt prioritert. Fra 1. september ble det etablert et nytt tilbud "Uteteam ung". Teamet har et stort nettverk av samarbeidspartnere og fokus på pasienter som faller mellom andre tilbud og som ikke har klart å gjennomføre andre behandlingstilbud. Ut over dette er mer individuelt tilrettede og differensierte behandlingsforløp viktige virkemidler for å legge til rette for økt oppmøte i behandling og økt gjennomføring av planlagte behandling.

3.3. Ventelisteutvikling

Etter overgang til DIPS 20. oktober er det lagt ned et betydelig arbeid med å forstå konsekvensene av regler benyttet i forbindelse med konvertering av data fra de tidligere løsningene (PasDoc, DIPS Aker og aktuelle BUP-filer), sikre riktig løpende bruk av DIPS, herunder nødvendige tilganger for brukere på klinikk/avdeling og å finne gode prosesser for rydding i data, for å kunne presentere korrekte ventelistedata for Oslo universitetssykehus HF.

Kvalitetssikring av ventelistedata er et kontinuerlig arbeid som gis ekstra prioritet i 2015, også gjennom arbeidet med DIPS Fase 2. Oslo universitetssykehus HF vedtok primo januar en kortsiktig plan om å redusere fristbrudd og langtidsventende minst til samme nivå som før overgang til DIPS innen utgangen av februar. Selv om både antall fristbrudd og antall langtidsventende nå er betydelig redusert sammenlignet med 20. oktober, var ikke reduksjonen fullt så stor som forutsatt. Status følges tett hver uke, og det er utarbeidet en plan for resten av 2015 hvor målet for arbeidet i 2015 er ned mot null fristbrudd. Det er rapportert prognose for ventetid og fristbrudd til Helse Sør-Øst RHF og for antall fristbrudd av ventende pasienter er det her lagt til grunn en reduksjon i antall fristbrudd ned til 400 i desember 2015.

Status fristbrudd av ventende pasienter

Per utgangen av mars var antall fristbrudd av ventende pasienter 1 389. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2014 er dette en økning på 359 fristbrudd. Det er fortsatt ikke god nok planlegging av inntak av ventende pasienter, og etter påske var det en forbigående økning i antall fristbrudd som nå er på vei ned igjen. Per 20. april er antall fristbrudd av ventende pasienter 1 565. Antall fristbrudd er størst innenfor fagområdene ortopedi, nevrokirurgi, nevrologi og øre-nese-halssykdommer. Disse fire fagområdene står for nærmere 70 prosent av alle fristbrudd på dette tidspunktet.

Ny pasient- og brukerrettighetslov innebærer at fristbruddpasienter skal meldes til Helfo med rett til å få et alternativt tilbud om helsehjelp. Det arbeides målrettet i hele organisasjonen for å redusere antall fristbrudd så mye som mulig fram mot ny pasient- og brukerrettighetslov trer i kraft fra 1. september 2015. I tillegg til løpende kvalitetssikring av ventelistedata, herunder rydding av feilregistreringer, og opplæring i riktig bruk av DIPS er det viktig at alle poliklinikkene har timbøker som går langt nok frem i tid (minst 12 måneder). For å unngå økte restanselister etter sommerferien er det viktig at pasientene får time ifm med vurdering av henvisningen og at poliklinikken samtidig forsikrer seg om at avvikling er planlagt. En grundig gjennomgang av en avdeling med mange fristbrudd viste at halvparten av alle pasientene ikke skulle ha vært rettighetsvurdert (de var allerede vurdert fra tidligere) og feilaktig hadde fått fristbrudd. Det antas at tilsvarende feil gjøres andre steder. Oslo universitetssykehus HF behandler tiltak for å korrigere dette i administrerende direktørs ledermøte 28. april.

Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)

Per utgangen av mars var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller med

1.972. Antallet begynner å nærme seg nivået før overgang til DIPS. Sammenlignet med samme periode i 2014 er det imidlertid en reduksjon på 733 langtidsventende.

Det er flest langtidsventende innenfor fagområdene ortopedi, plastikk-kirurgi, nevrologi og øyesykdommer. Mer enn halvparten av de langtidsventende er innenfor plastikk-kirurgi, og disse fire fagområdene står for 85 prosent av alle langtidsventende. De siste månedene har det vært rettet et særskilt fokus på de pasientene som har ventet over 4 år. Mange av disse vurderes å ikke være reelle ventende, så her er fokus både rydding og ordinær avvikling fra venteliste. Enkelte av pasientene som har ventet lenge, skal stå på ventelisten av medisinske årsaker. Det foretas også en gjennomgang av hvilken utredning/behandling de pasientene som har ventet lengst, venter på.

Status ventetider

I mars var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 84 dager. Dette er på nivå med samme periode i 2014. For pasienter som fortsatt venter på behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av mars 148 dager, 79 dager for pasienter som venter med rett til behandling og 204 dager for pasienter som venter uten rett. Sammenlignet med samme periode i 2014 har det vært en stor reduksjon i ventetid både for pasienter med og uten rett. Gjennomsnittlig ventetid for alle ventende er redusert fra 189 dager per utgangen av mars 2014 til 148 dager per utgangen av mars 2015.

Tiltak innenfor ventelisteområdet

Arbeidet med å redusere fristbrudd og langtidsventende omfatter tiltak på flere områder, hvorav noen er nevnt nedenfor:

- Opplæring og kontinuerlig fokus på kvaliteten i ventelistedata, herunder riktig bruk av DIPS (også via Regional EPJ – Fase 2) inkl. spesielt å sikre at pasienter som allerede er rettighetsvurdert og inne i et pasientforløp ikke rettighetsvurderes på nytt med ny frist.
- Bedre planlegging gjennom å sikre at timebok er tilgjengelig langt nok frem i tid
- Øke andelen pasienter som får time sammen med bekreftelse på at henvisning er vurdert
- Løpende rapportering og økt ledelsesfokus på alle nivå
- Bedre utnyttelse av egne poliklinikker (særlig fokus ettermiddag og fredager)
- Økt operasjonsaktivitet (nye stuer, tidligere oppstart, flere operasjoner per stue per økt mv)
- Økt bruk av avtaler med private sykehus og avtalespesialister
- Samarbeid med andre helseforetak
- Særlig fokus på de som har ventet over 4 år

Gjennomførte tiltak er mer detaljert beskrevet helseforetakets innspill til regional plan for ventetid, pasientforløp og effektivitet i 2015.

Det er etablert felles verktøy for gjennomføring av rydding og ajourhold av ventelister. Regional prosedyre som beskriver praksis for viderehenvisninger

mellom HF'ene vil bli fulgt opp internt for å sikre at prosedyren etterleves, og at informasjon om viderehenviste pasienter blir registrert riktig i DIPS.

3.4. Gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført

I forbindelse med innføringen av DIPS som PAS/EPJ i Oslo universitetssykehus HF ble det innført et sentralt henvisningsmottak i foretaket. Dette skulle sikre "en dør inn" for alle henvisninger og rask elektronisk videreformidling til aktuelle avdeling og tilrettelegge for at foretaket i fremtiden kan motta elektroniske henvisninger (en pilot på dette startes nå i april). En av målsettingene med etablering av sentralt henvisningsmottak var også å få vurderingstiden ytterligere ned. Etter oppstart av DIPS økte imidlertid gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering av henvisning var utført, betydelig. Fra januar til september 2014 rapporterte helseforetaket en gjennomsnittstid fra mottak av henvisning til vurdering var utført på 5-6 dager. Etter oppstart av DIPS i oktober økte gjennomsnittstiden til 11 dager, og er deretter gradvis redusert. I mars er vurderingstiden redusert til 7,3 dager.

Sykehuset har som klart mål at gjennomsnittstiden fra mottak av henvisning til vurdering av henvisningen er fullført reduseres ytterligere de neste månedene, i første omgang ned til samme nivå som før innføringen av DIPS 20. oktober 2014 eller lavere. Det arbeides blant annet med å styrke bemanningen i henvisningsmottaket for å sikre dette.

3.5. Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev

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. Hittil i 2015 har om lag 55 pst fått timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

I forbindelse med arbeidet med opplæring og kompetanseheving knyttet til håndtering av henvisninger og ventelister er det et mål at flest mulig pasienter skal få tidspunkt for helsehjelp sammen med informasjon om henvisningsvurderingen. Videre bredding av timebøker minst 12 måneder fremover i tid vil muliggjøre en positiv utvikling på dette området.

4. Økonomi

4.1. Resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter mars 2015 et regnskapsmessig underskudd på 110 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 44 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik på 154 millioner kroner hvorav 77 millioner kroner er knyttet til økte pensjonskostnader utover budsjett. Justert for økte pensjonskostnader er det et negativt avvik på 77 millioner kroner hittil i 2015. Isolert for mars er det et negativt avvik på 21 millioner kroner. Rapportert avvik etter februar skyldtes i stor grad lav aktivitet og lave aktivitetsbaserte inntekter innenfor somatikken. I mars er imidlertid de

aktivitetsbaserte inntektene høyere enn budsjettet og periodens avvik skyldes først og fremst høye varekostnader og andre driftskostnader samt høye kostnader innleie av helsepersonell.

For 2015 er det budsjettet med en pensjonskostnad på 2 755 millioner kroner basert på pensjonsberegninger (NRS-beregninger) fra juni 2014. Pensjonskostnaden i regnskapet er bokført ut fra oppdaterte NRS-beregninger fra januar 2015 mottatt i mars i år. Årsaken til nye pensjonsberegninger er harmonisering av forutsetninger om gjenværende opptjeningstid i PKH (Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet) og i Oslo Pensjonsforsikring AS fra og med 2015. Forutsatt gjenværende opptjeningstid for de som er knyttet til disse to pensjonskassene er i beregningene økt fra 7 år til 12 år. Dette medfører en redusert pensjonskostnad i 2015 sammenlignet med beregningene som forelå i januar/februar siden gjenværende opptjeningstid benyttes til amortisering av estimatavvik. Forutsetningen om 12 år amortiseringstid er den samme som benyttes for helseforetakene i KLP. Øvrige forutsetninger i beregningene er uendret. De nye NRS-beregningene viser at pensjonskostnaden for 2015 øker med 309 millioner kroner utover budsjett, slik at pensjonskostnadene i 2015 da vil bli 3 064 millioner kroner. Det legges til grunn at økte pensjonskostnader vil bli kompensert slik at endringen ikke øker foretakets økonomiske utfordring for 2015 ytterligere.

Sum driftsinntekter viser et negativt avvik på 9 millioner kroner (0,2 pst) hittil i år, mens periodens avvik viser en merinntekt på 26 millioner kroner. Positivt avvik i mars skyldes at aktiviteten siste måned har vært noe bedre enn budsjettet. Øremerkede inntekter er 12 millioner kroner høyere enn budsjettet, og ikke-budsjetterte inntekter fra utleie av personell til prosjekter mv utgjør også 12 millioner kroner. Hensyntatt disse forholdene er inntekter fra ordinær drift om lag 35 millioner kroner lavere enn budsjettet. Inntektsavviket knyttes i stor grad til lavere aktivitetsbaserte inntekter innenfor somatikken enn budsjettet hittil i år.

Sum driftskostnader viser et negativt avvik på 150 millioner kroner hittil i år, hvorav økte pensjonskostnader er inkludert med 77 millioner kroner. Holdes økte pensjonskostnader utenfor er det et negativt avvik på om lag 73 millioner kroner hvorav 12 millioner kroner er relatert til aktivitet med øremerket finansiering og 12 millioner kroner gjelder kostnader knyttet til personell som er frikjøpt til prosjekter. I mars er det store negative avvik for varekostnader (18 millioner kroner) og andre driftskostnader (8 millioner kroner). Avskrivninger er 4 millioner kroner lavere enn budsjettet og netto finans er 5 millioner kroner bedre enn budsjettet. For ytterligere detaljer vises til kommentarer per ØBAK-linje. Utover dette er kostnader til innleie av helsepersonell 24 millioner kroner høyere enn budsjettet. Bruk av innleid helsepersonell er størst i Klinikk for kirurgi og nevrofag (11 millioner kroner hittil i år), Kvinne- og barneklubben (14 millioner kroner hittil i år) og i Akuttklubben (13 millioner kroner hittil i år). Sammenlignet med budsjett er avviket størst innenfor Kvinne- og barneklubben, som har et merforbruk av innleie på 9 millioner kroner. Avviket innenfor Kvinne- og barneklubben gjelder i hovedsak to avdelinger; Nyfødtintensiv avdeling og Barnemedisinsk avdeling.

Avvik for ulike inntekts- og kostnadstyper

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

Kostnad / inntekt i mnok	Per mars 2015			Kommentarer
	Faktisk	Budsjett	Avvik	
Basisramme	3 054 572	3 054 572	0	Basisramme er inntektsført som budsjettet.
Aktivtetsbaserte inntekter	1 952 821	1 986 708	-33 887	Lavere aktivtetsbaserte inntekter enn budsjettet skyldes i hovedsak lavere aktivitet enn budsjettet ved de somatiske enhetene per mars. Dette gir lavere ISF-inntekter og lavere gjestepasientinntekter. Deler av avviket skyldes at effektene av ISF-regelverket for 2015 er mindre positivt enn lagt til grunn i budsjettet for 2015.
Andre inntekter	524 242	499 439	24 803	Andre driftsinntekter er 25 mnok høyere enn budsjettet per mars og kan relateres til merinntekter fra prosjekter som salderes og lønnsrefusjoner fra DIPS Fase 2. For øvrig er det små positive og negative avvik på flere poster.
Sum driftsinntekter	5 531 635	5 540 718	-9 084	
Lønn- og innleiekostnader	3 966 846	3 847 981	-118 865	For de samlede lønns- og innleiekostnadene er det et merforbruk på om lag 119 mnok (tilsvarende 3,1%). 77 mnok av dette er knyttet til økte pensjonskostnader utover budsjettet. Justert for dette er det negative avviket 42 mnok. Høyere kostnader til innleie av helsepersonell forklarer 24 mnok av dette. Høyere lønnskostnader enn budsjettet for øremerkede midler forklarer deler av øvrig avvik.
Varekostnader	727 217	700 031	-27 186	Varekostnadene er 27 mnok høyere enn budsjettet per mars og skyldes i all hovedsak høye medikamentkostnader og noe høyere kostnader til medisinske forbruksvarer. I tillegg er det høye kostnader relatert til kjøp av behandling i utlandet.
Andre driftskostnader	947 166	942 848	-4 318	Andre driftskostnader er om lag 4 mnok høyere enn budsjettet per mars. Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet (4 mnok). Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrutttagelse. For øvrig er det mindre avvik på flere områder, blant annet er kostnadene til leie av lokaler og IKT-utstyr, samt konsulentkostnader noe lavere enn budsjettet. Energikostnadene er noe høyere enn forutsatt i budsjettet.
Sum driftskostnader	5 641 229	5 490 860	-150 369	
Driftsresultat	-109 595	49 858	-159 453	
Nett finans	-1 098	-6 108	5 010	Det positive avviket kan relateres til positivt bidrag fra datterselskapene og lavere rentekostnader enn forutsatt.
Resultat	-110 693	43 750	-154 443	
Herav endrede pensjonskostnader	-77 252	-	-77 252	
RESULTAT JUSTERT FOR ENDREDE PENSJONSKOSTNADER	-33 441	43 750	-77 191	

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

4.2. Gjennomføring av tiltak for å sikre et resultat som budsjettet i 2015

Det arbeides for å lukke det negative avviket etter mars og oppnå et resultat som budsjettet i 2015. Etter første kvartal i 2015 vurderes hovedutfordringen å være gjennomføring av det budsjetterte aktivitetsnivået. For å sikre økt gjennomføring av pasientbehandling som planlagt har administrerende direktør derfor etablert ukentlig oppfølging av aktivitet (foreløpig for poliklinisk og operativ aktivitet) med klinikklederne. Det forventes at det samme gjennomføres i klinikkene med avdelingene.

Klinikkene har for hele 2015 planlagt å gjennomføre tiltak med en estimert verdi på 286 millioner kroner. Per mars rapporterer klinikkene at det er gjennomført tiltak for 28,2 millioner kroner - en gjennomføringsprosent på om lag 40 prosent hittil i år. Klinikkene er bedt om å sikre gjennomføring av de tiltak som ble planlagt, og det er utarbeidet prognose for gjennomføring i 2015 i den enkelte klinikk. Prognosen tilsier en gjennomføringsgrad på årsbasis på over 70 prosent. De planlagte tiltakene vil med bedre gjennomføring bidra til en forbedring av resultatet fra mars og ut året.

For de klinikkene som har størst negative avvik er det gjennomført oppfølgingsmøter fredag 17. april. Her var målet å kartlegge klinikkens forventede effekt av meldte tiltak, hvordan de jobber med gjennomføring av tiltak innen aktivitet, varekostnader og lønn. Dette som et grunnlag for å vurdere det videre arbeidet.

Basert på gjennomgangen er det fremdeles høyeste prioritet å sikre at Oslo universitetssykehus HF sikrer gjennomføring av tiltak som muliggjør gjennomføring av planlagt aktivitet. Klinikken forventer om lag 70 millioner kroner i effekt av disse tiltakene. Noen effekter kommer som et resultat av kontinuerlig oppfølging, men det er også tatt flere konkrete grep for å øke aktiviteten. Det forventes større effekter av disse tiltakene utover året. Som eksempel er det siden april tatt i bruk nye operasjonsstuer på Ullevål. Bruken av stuen vil øke etter en innkjøringsfase. I april ble det åpnet ny ekspedisjon ved Øyeavdelingen. Dette vil øke poliklinisk kapasitet innen de ordinære åpningstidene, fra 07:30 til 18.30. På kirurgisk operativ poliklinikk er det planer om utvidete åpningstider og økt aktivitet på morgenen.

Klinikkene og innkjøpsavdelingen prioriterer å få på plass god avtaledekning og avtalelojalitet. Enkelte klinikker har prosjekter for å vurdere alternative medikamenter og evt en annen finansiering av medikamentene.

Flere klinikker gjennomgår nå bemanningen. Sentralt har det blitt jobbet mye for at legenes lønnsutbetalinger skal baseres på grunnlaget fra GAT. Dette innebærer en rydding i arbeidssystemet, økt kompetanse i klinikkene om registreringer og arbeidstidsplanlegging som igjen vil gi bedre muligheter for aktivitets- og bemanningsstyring.

Klinikkene er også bedt om å vurdere nye tiltaksområder og det pågår vurderinger i klinikken som ikke er ferdigstilt eller drøftet med tillitsvalgte. Tiltakene berører prioriteringer av aktiviteter i 2015, nye gjennomganger av bemanningsplaner, ledighold av stillinger, mulige alternativer til dagens bruk av medikamenter og varer og innkjøpsstopp.

I vedlegg 2 – Tiltak for å holde budsjettet – klinikkvis oversikt, fremkommer mer informasjon om hva klinikkene nå gjør for å prøve å gjennomføre driften i 2015 innenfor tildelt budsjettet.

4.3. Investeringer

Investeringer til videreføring av drift i 2015 - MTU

I styresak 66/2014 ble investeringsbudsjettet for 2015 lagt frem, og styret vedtok et investeringsbudsjett på 1 016 millioner kroner. Investeringsbudsjettet omfatter investeringer i medisinsk-teknisk utstyr for totalt 357 millioner kroner. Herav finansieres 50 millioner kroner av omstillingsmidler, 200 millioner kroner med finansielle leieavtaler og 107 millioner kroner med ordinær likviditetstildeling og utvidet ramme fra Helse Sør-Øst RHF.

Ved utgangen av mars var ordinær likviditetstildeling og utvidet ramme til medisinsk-teknisk utstyr på 107 millioner kroner benyttet i sin helhet. Det er

samtidig vedtatt anskaffelser for å erstatte sammenbrudd av medisinsk-teknisk utstyr for 73 millioner kroner. Disse anskaffelsene var forutsatt finansiert med leieavtaler. Utstyret kan imidlertid ikke settes i bestilling før det er inngått rammeavtale for leieavtaler, som etter Sykehuspartners fremdriftsplan forventes å skje tidligst medio juni. Ettersom dette er sammenbruddsaker er det nødvendig å gjennomføre anskaffelsene så raskt som mulig. Det er utarbeidet en prioritert liste på om lag 30 millioner kroner som inneholder de mest prekære anskaffelsene, som det vurderes som nødvendig å få levert før rammeavtale for leieavtaler er inngått. Sykehuset vil ta opp med Helse Sør-Øst RHF om disse anskaffelsene kan gjennomføres som egne innkjøp (ikke leie) på bakgrunn av at det nå antas at noen omstillingsinvesteringer har en fremdrift som medfører lavere likviditetspådrag i 2015 enn det som er forutsatt tidligere. I så fall vil de anskaffelsene som finansieres som leie blir redusert. Det forutsettes at omdisponering av likviditet i 2015 ikke vil påvirke den totale ramme til omstillingsinvesteringer (1 575 millioner 2012 kroner) og vil bli hensyntatt i budsjett 2016.

Planlegging av MTU investeringer for 2016

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 budsjetterte anskaffelser lar seg gjennomføre i praksis. Det er derfor ønskelig at sykehuset allerede nå kan forplikte sykehuset innenfor investeringsrammen for 2016.

Administrerende direktør har tidligere år fått fullmakt til å inngå avtaler om levering av medisinsk-teknisk utstyr påfølgende år, jf. styresak 38/2013 og 24/2014. I denne saken ber administrerende direktør om fullmakt til å inngå avtaler i 2015 for 200 millioner kroner som belastes investeringsbudsjettet for 2016. Det forutsettes som tidligere at anskaffelsene organiseres slik at ikke likviditetspådraget i 2015 blir større enn budsjettet.

Gjennomførte investeringer til videreføring av drift

Ved utgangen av mars var investeringene 32 millioner kroner lavere enn budsjettet, som i hovedsak forklares med senere levering av blant annet ambulanser, lastebiler og behandlingshjelpemidler enn det som er forutsatt i budsjettet.

4.4. Likviditet

Periodisert kontantstrømsbudsjett for 2015 ble lagt frem for styret i sak 8/2015. Budsjettet innebar en bedring av likviditeten på 56 millioner kroner gjennom 2015. Etter en ny vurdering av enkelte av forutsetningene er dette økt til 96 millioner kroner, jf. styresak 17/2015.

Ved utgangen av mars var benyttet driftskreditt 3 132 millioner kroner, mot budsjettet 3 441 millioner kroner. Likviditetsutviklingen er bedre enn budsjettet til tross for det negative driftsresultatet. Det forklares i stor grad med avsetninger for inntekter og kostnader som ikke har kontanteffekt og en økning i leverandørgjeld. Leverandørgjelden økte i hovedsak som følge av forsinket betaling av pensjonspremie og fakturaer for investeringer.

5. Bemanning og sykefravær

5.1 Månedsværk

Status hittil i 2015

For perioden januar - april i 2015 er antall brutto månedsværk 18 072 mot budsjettet 17 930, det vil si 142 høyere enn budsjettet. Antall månedsværk med eksternt finansiering er 21 lavere enn budsjettet og avviket for brutto månedsværk knyttet til ordinær drift tilsvarende høyere, dvs 163 (tilsvarende 1,0 prosent).

Av brutto månedsværk hittil i år på 18 072 er 1 279 variabellønnede månedsværk og 16 793 månedslønnede månedsværk. Variabellønnede månedsværk utgjør 7,1 prosent av brutto månedsværk totalt. Nivået på variabellønnede månedsværk har vært relativt stabilt over tid.

Nærmere om økning i årsværk det siste året

Sammenlignet med første tertial 2014 er det en økning i antall brutto månedsværk på 586, tilsvarende 3,2 prosent. Av dette har 27 månedsværk ekstern finansiering og resten er ordinær drift.

En stor del av økningen i årsværk det siste året har vært planlagt gjennom budsjettet for 2014 (videreutdanning av spesialsykepleier, økt kapasitet radiologi, økt operasjonsstuekapasitet mv). Noe av økningen er knyttet til pålegg fra tilsynsmyndigheter (Prehospitalt senter). Videre ble det gjennom 2014 godkjent oppbemanning ved enkelte enheter etter at budsjettet for 2014 var besluttet. Dette gjelder blant annet ved Nyfødt intensiv-avdeling. Finansieringen ble hentet fra utdisponerte midler i budsjettet for 2014.

Økningen i årsværk det siste året har vært innenfor de fleste stillingskategorier, men er størst for leger (87), sykepleiere (255), administrasjon/ledelse (63) og diagnostisk personell (63). Alle klinikkene har økt antall brutto månedsværk fra 2014 til 2015.

I tabellene under gis oversikt over endring i antall månedsværk fordelt på månedsværk månedslønnede og månedsværk variabellønnede og endring i brutto månedsværk per klinikk. Alle tabellene er gjennomsnittall for 1. kvartal 2015 sammenlignet med tilsvarende periode i 2014 og oppgitte tall er eksklusiv eksternt finansierte månedsværk.

Tabell 1 – Endring i brutto månedsværk på sykehusnivå per 1. kvartal:

INDIKATOR	Snitt Q1 2014	Snitt Q1 2015	Endr Q1 2014 - 2015	Endr i %
Brutto månedsværk	16 323	16 908	585	3.6 %
Månedsværk månedslønnede	15 059	15 621	562	3.7 %
Månedsværk variabellønnede	1 264	1 288	24	1.9 %

Tabell 1 viser at antall brutto månedsværk har økt med 3,6 prosent fra 1. kvartal 2014 til 1. kvartal 2015. Endringen er i hovedsak innenfor månedslønnede månedsværk som er økt med 562 månedsværk, tilsvarende 3,7 prosent.

Tabell 2 – Endring i brutto månedsverk per klinikk:

ORGANISASJON	Snitt Q1 2014	Snitt Q1 2015	Endr Q1 2014 - 2015
TOTALT	16 323	16 908	585
KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET	2 124	2 180	57
MEDISINSK KLINIKK	1 224	1 261	37
KLINIKK FOR KIRURGI OG NEVROFAG	2 103	2 179	76
KVINNE- OG BARNEKLINIKKEN	1 593	1 697	103
KREFT-, KIRURGI- OG TRANSPLANTASJONSKL.	2 180	2 248	68
HJERTE-, LUNGE- OG KARKLINIKKEN	805	831	26
AKUTTKLINIKKEN	2 309	2 368	59
KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK OG INTERVENSJON	1 942	2 034	92
OSLO SYKEHUSSERVICE	1 837	1 898	61
DIREKTØRENS STAB	206	211	5

Som det fremkommer av tabell 2 ovenfor økte antall brutto månedsverk i alle klinikkene. Under gis en kort beskrivelse av de viktigste forklaringene til endringene per klinikk, herunder hvilke stillingsgrupper som økte mest.

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Innenfor klinikk psykisk helse og avhengighet økte antall brutto månedsverk med 57. Deler av økningen skyldes at flere enheter har hatt svært krevende pasienter som har medført økt bemanning. Dette gjelder særskilt Regional sikkerhetsavdeling, Regional seksjon for spiseforstyrrelser, Akuttavdeling voksen og tvangspasienter ved Rus og avhengighet. Videre har ny spesialitet i rus og avhengighetsbehandling forårsaket bruk av flere månedsverk nå i innføring av spesialiseringen. Økningen var størst innenfor stillingsgruppene Pasientrettede stillinger (21), Leger (15), Psykologer (11) og Sykepleiere (9). De økte månedsverkene er finansiert innenfor klinikkens budsjett i 2014.

Medisinsk klinikk

Antall brutto månedsverk i Medisinsk klinikk økte med 37. Økningen skyldes blant annet svært høyt sykefravær ved en av legeseksjonene i februar 2015 og økt behov for fastvakter. En stor del av økningen var innenfor stillingsgruppen Sykepleiere (25).

Klinikk for kirurgi og nevrofag

Antall brutto månedsverk i Klinikk for kirurgi og nevrofag økte med 76. Økningen var størst innenfor stillingsgruppene Administrasjon/ledelse (21), Leger (17) og Sykepleiere (38). Hovedforklaringen på økningen er:

- Antall månedsverk er økt ved Øyeavdelingen i forbindelse med etablering av AMD-klinikk (antall månedsverk er økte med 6 kontor, 4 leger og 4 sykepleiere). Etter ombygging av ny ekspedisjon (april 2015) forventes variable lønnskostnader redusert med om lag 50 prosent.
- Ved Ortopedisk avdeling økte antall månedsverk med 17. Dette er hovedsaklig knyttet til Skadelegevakten hvor antall leger flukterer ganske mye som følge av mange korttidskontrakter. I tillegg har de økt med totalt 4 årsverk som følge av innføringen av DIPS-arena. Videre har det vært avvirket noe mer permisjoner for overleger i 2015 enn i 2014. I tillegg er det tatt inn vikar for 2

langtidssykemeldte overleger. Månedsværk for sykepleiere er økt med 4 samtidig som innleie på sengeposten er halvert første kvartal 2015 sammenliknet med 2014.

Ved Nevrologisk avdeling og Nevrokirurgisk avdeling har det vært en økning på om lag 10 sykepleierårsverk. Dette er først og fremst knyttet til svært høy aktivitet på disse sengepostene.

Kvinne- og barneklubnikken

Antall brutto månedsværk i Kvinne- og barneklubnikken økte med 103. Økningen var størst innenfor stillingsgruppene Administrasjon/ledelse (18) og Sykepleiere (75). Hovedforklaringen på økningen er:

- Vedtatte oppbemanninger ved Nyfødt-intensiv avdeling
- Oppbemanning knyttet til endring av aldersgrense for barn på sykehus fra 16-18 år.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubnikken

Antall brutto månedsværk innenfor Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubnikken økte med 68. Økningen var størst innenfor stillingsgruppene Administrasjon/ledelse (21), Leger (17) og Sykepleiere (38). Hovedforklaring på økningen er:

- Økt bemanning i sengepostene i Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Avdeling for kreftbehandling, Avdeling for tranplantasjonsmedisin og Avdeling for blodsykdommer. Bemanningsøkningene skyldes dels økt aktivitet (blodsykdommer, kreftbehandling) og dels tungt belegg kombinert med høyt sykefravær.
- Sykefravær og avvikling av overlegepermisjoner har gitt økt legebemanning i flere avdelinger i starten av 2015 sammenliknet med starten av 2014.
- Bemanningsøkning knyttet til innføring av pakkeforløp for kreft og prostatacenter (som i 2014 var eksternt finansiert).
- Oppstart av poliklinikk for klinisk ernæring.

Hjerte-, lunge- og karklubnikken

Antall brutto månedsværk i Hjerte-, lunge- og karklubnikken økte med 26. Økningen var størst innenfor stillingsgruppen Sykepleiere (26). Hovedforklaringen på økningen i brutto månedsværk er oppbemanning ved Kardiologisk avdeling som følge av økt aktivitet og høyt antall fødselsvikarer i en periode.

Akuttklubnikken

Antall brutto månedsværk i Akuttklubnikken økte med 59. Økningen var størst innenfor stillingsgruppene Ambulansepersonell (21), Sykepleiere (16) og Diagnostisk personell (12). Hovedforklaringen på økningen i brutto månedsværk er knyttet til:

- Økt antall årsverk ved AMK (akuttmedisinsk kommunikasjonsentral) som følge av pålegg fra Helsetilsynet.

- Økning i antall årsverk ved Prehospitale tjenester/Ambulanse som følge av stor økning i aktiviteten, for å redusere responstider og bedre beredskapen i enkelte områder (spesielt Groruddalen).
- Ved Avdeling for anestesisykepleie og PO/Intensivavdelingen er antall månedsverk økt som følge av planlagt aktivitetsøkning innenfor de somatiske klinikkene.
- For å ivareta krav til pasientsikkerhet er det etablert et nytt vaktlag for leger ved Rikshospitalet.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon

Antall brutto månedsverk i Klinikk for diagnostikk og intervensjon økte med 92. Økningen var størst innenfor stillingsgruppene Leger (30) og Diagnostisk personell (42). Hovedforklaringen på økningen i brutto månedsverk er knyttet til:

- Vedtatt kapasitetsøkning innenfor radiologiområdet og noen labområder som patologi og medisinsk biokjemi.
- Økt aktivitet innenfor Avdeling for medisinsk genetikk har krevd en økning i antall månedsverk.

Økningen i ressursbruk i klinikken har vært innenfor tildelt budsjett.

Oslo sykehusservice

Antall brutto månedsverk innenfor Oslo sykehusservice økte med 61. Økningen var størst innenfor stillingsgruppene Sykepleiere (35) og Driftsteknisk personell (35). Hovedforklaringen på økningen er økt kapasitet for videreutdanning av spesialsykepleiere, etablering av sentralt henvisningsmottak og sentral skanningsfunksjon.

Basert på tilbakemelding fra styret i møte 9. april arbeides det nå med konkrete tiltak for å redusere lønnskostnader. Det vises til omtale andre steder i denne rapporten og til vedlegg 2 Tiltak for å holde budsjettet – klinikkvis oversikt.

5.2 Sykefravær

Per februar 2015 var samlet sykefravær ved Oslo universitetssykehus HF 8,2 prosent, fordelt på 3,3 prosent korttidsfravær og 4,8 prosent langtidsfravær. Sykefraværet har vist en økning i vintermånedene, også fra januar til februar med økning fra 7,7 prosent til 8,7 prosent.

Sammenliknet med februar 2014 har sykefraværet gått opp 0,3 prosent. Korttidsfraværet har økt med 0,6 prosentpoeng mens langtidsfraværet viser om lag 0,4 prosentpoeng nedgang.

Utviklingen gjennom siste del av 2014 og de to første månedene i 2015 er et uttrykk for sesongvariasjon vi kjenner igjen fra tidligere år og er derfor en forventet utvikling.

Oslo universitetssykehus HF har arbeidet systematisk og langsiktig for å redusere sykefraværet. Det har vært rettet et særlig fokus på forebygging av langtidsfravær i utsatte enheter. Enheter med særskilte utfordringer med langtidsfravær arbeider videre med målrettede tiltak. Dette arbeidet fortsetter, samtidig rettes også fokus

på å unngå hyppige korttidsfravær. IA handlingsplan følges tett i hver klinikk og det legges vekt på gode lederverktøy i arbeidet med å unngå sykefravær.

Styresak 26/2015 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF

Måned rapport mars 2015
(bemanning per april 2015)



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
- 2.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer

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

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafer:

PHA	Klinikk psykisk helse og avhengighet
MED	Medisinsk klinikk
KKN	Klinikk for kirurgi og nevrofag
KVB	Kvinne- og barneklubben
KKT	Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken
HLK	Hjerte-, lunge- og karklinikken
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

4 Bemanning

- 4.1 Bemanningsutvikling
- 4.2 Bemanningsindikatorer, inkl. innleie fra vikarbyrå
- 4.3 Brutto månedsverk på Stillingsgrupper
- 4.4 Andel deltid per klinikk
- 4.5 Bemanningsutvikling per klinikk
- 4.6 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær
- 4.7 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år
Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern
VOP: Voksenpsykiatri
BUP: Barne- og ungdomspsykiatri
TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling



2.1 Aktivitet somatikk

Oppdatert med tall i LIS fra 09 04 2015							
RAPPORTERINGSPERIODE: MARS	BUDSJETT	HITTIL I ÅR				Sammenligning 2014	
Klinikk	2015	Budsjett	Resultat	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	27 088	7 016	6 836	-180	-2,6 %	25	0,4 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	64 345	17 258	17 089	-169	-1,0 %	734	4,7 %
Kvinne- og barneklirikken	37 893	9 792	9 422	-370	-3,8 %	-319	-3,3 %
Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken	62 462	15 673	14 830	-843	-5,4 %	-1 109	-7,1 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	31 883	8 322	8 226	-96	-1,2 %	78	1,0 %
Akuttklinikken	4 129	1 070	1 291	221	20,7 %	549	74,0 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	161	49	40	-9	-18,4 %	-9	-18,4 %
SUM TOTALT	229 728	59 775	58 569	-1 206	-2,0 %	-51	-0,1 %

Kommentarer:

- Estimert etterregistrering er inkludert med 250 DRG-poeng. Dette er inkludert i klinikkens resultater.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: mars 2015	Denne periode			Hittil i år			2015 mot 2014	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Awik	%	Resultat	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen								
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	144	-5	-3,4 %	389	-54	-12,2 %	-93	-19,3 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	6 214	-333	-5,1 %	18 166	-913	-4,8 %	-1 337	-6,9 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	0	0	#DIV/0!	0	0	#DIV/0!	-30	-100,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	9 844	1 794	22,3 %	22 737	420	1,9 %	825	3,8 %
Psykisk helsevern - barn og unge								
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	14	3	27,3 %	40	8	25,0 %	2	5,3 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	433	-42	-8,8 %	1 455	70	5,1 %	306	26,6 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	341	60	21,4 %	972	170	21,2 %	183	23,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 428	-433	-8,9 %	11 279	-2 535	-18,4 %	-2 150	-16,0 %
TSB								
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	270	18	7,1 %	800	45	6,0 %	111	16,1 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 130	-232	-9,8 %	6 216	-715	-10,3 %	222	3,7 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	15	-12	-44,4 %	64	-17	-21,0 %	-24	-27,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner	1 706	676	65,6 %	5 167	1 597	44,7 %	2 869	124,8 %



2.1 Aktivitet radiologi per modalitet

	Mnd 2014	Mnd 2015	HiÅ 2014	HiÅ 2015	%-vis endring 2014-2015 Mnd	%-vis endring 2014-2015 HiÅ
Modalitet	H	H	H	H	H	H
Angio	310	272	848	834	-12,3 %	-1,7 %
CT	5 044	5 372	14 639	15 650	6,5 %	6,9 %
MG	608	414	1 806	1 368	-31,9 %	-24,3 %
MR	2 828	3 000	8 041	8 339	6,1 %	3,7 %
NM	651	637	1 942	1 841	-2,2 %	-5,2 %
PET	427	482	1 263	1 272	12,9 %	0,7 %
RG	14 684	14 500	42 034	43 353	-1,3 %	3,1 %
UL	3 414	3 389	10 078	9 627	-0,7 %	-4,5 %

H = henvisninger

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

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

2.1 Aktivitet PO/Intensiv – intensivpasienter (Akuttklinikken)

Klinikk	Aktivitet	Mar 2015	Akkumulert aktivitet Mar 2015	Mar 2014	Akkumulert aktivitet Mar 2014	Akkumulert endring 2014-2015	Endring 2014-2015 i %
	Antall intensivpasienter	247	709	280	752	-43	-5,7 %
	Antall intensivdøgn	1 163	3 270	1 150	3 356	-86	-2,6 %
	Antall respiratordøgn:						
	Barneintensiv, RH	96	280	65	256	24	9,4 %
	Generell Intensiv UL	124	410	181	444	-34	-7,7 %
	Generell int 1, RH	207	554	189	591	-37	-6,3 %
	Generell int 2, RH	112	330	79	297	33	11,1 %
	Nevrointensiv, Ullevål	116	333	100	224	109	48,7 %
	PO, Aker	2	4	1	3	1	33,3 %
	PO, Radium	2	3	3	7	-4	-57,1 %
	PO, RH	1	1	-	-	1	
	PO, Ullevål	15	37	18	44	-7	-15,9 %
	SUM Antall respiratordøgn	675	1 952	636	1 866	86	4,6 %

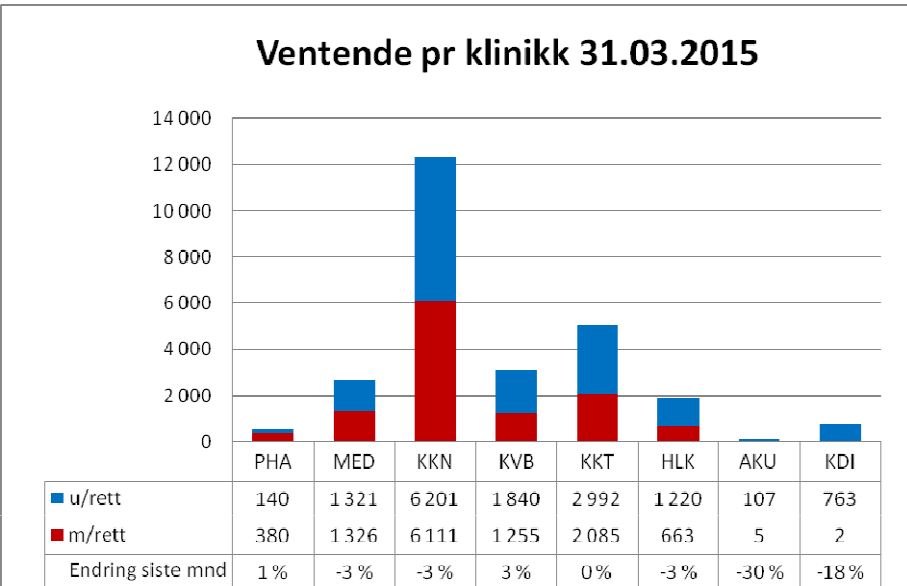
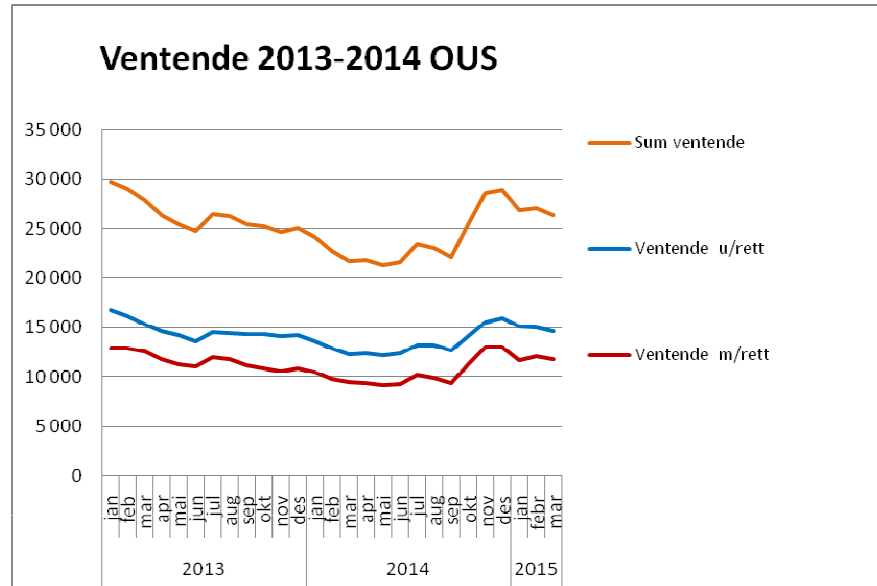
For mer informasjon se LIS-rapport: PO/Intensiv aktivitetsdata

2.1 Aktivitet Oslo sykehuservice

3 Aktivitetsdatarapport for 2015 Oslo sykehuservice									
Produksjon	Måleenhet	Mars		Avvik		Sum		Avvik	
		i fjor	i år	periode	periode i %	i fjor	i år	i år	i år i %
Arealer	Kvm	1 003 755	1 006 320	2 565	0,3 %	1 006 270	1 006 320	50	0,0 %
Forbruk av energi	KWH	30 910 000	30 640 000	-270 000	-0,9 %	91 320 000	90 070 000	-1 250 000	-1,4 %
Forbruk av tekstiler	Tonn	299	332	33	11,0 %	851	916	65	7,6 %
Middager	Antall	73 598	70 772	-2 826	-3,8 %	188 833	184 954	-3 879	-2,1 %
Sengevask/reing	Antall	12 679	13 578	899	7,1 %	37 116	40 650	3 534	9,5 %
Hotellbelegg Pasienthotellet	%	88,5 %	85,7 %	-2,7 %	-3,1 %	88,3 %	85,3 %	-3,0 %	-3,4 %
Hotellbelegg Sykehotellene	%	79,3 %	77,8 %	-1,5 %	-1,9 %	77,5 %	74,3 %	-3,2 %	-4,1 %
Portøroppdrag	Antall	43 630	45 442	1 812	4,2 %	125 547	129 971	4 424	3,5 %
Faktura forfall u.anvisning	%	22 %	11,2 %	-10,8 %	-49,1 %	22,0 %	20,7 %	-1,3 %	-5,9 %
Fakturaer avrop mot bestilling/rek.nr	%		57,1 %				37,0 %		
Fakturaer med automatisk prismatch	%		10,7 %				7,2 %		
Antall bur i forskningsprosjekter/uke	Antall -snitt	2 618	2 458	-160	-6,1 %	2 610	2 461	-150	-5,7 %
BHM - antall søknader	Antall	336	404	68	20,2 %	887	1 087	200	22,5 %
- pasienttilstrømmning	%	0,9 %	1,0 %	0,1 %		1,7 %	2,9 %	1,2 %	
- utlån MTU	Antall	355	452	97	27,3 %	906	1 198	292	32,2 %
Kvalitet									
Avvik	Antall	141	149	8	5,7 %	446	524	78	17,5 %
Personskader	Antall	12	9	-3	-25,0 %	36	41	5	13,9 %
Tilsynsavvik	Antall	0	4	4	0,0 %	5	6	1	20,0 %
Klagesaker	Antall	0	4	4	0,0 %	5	6	1	20,0 %



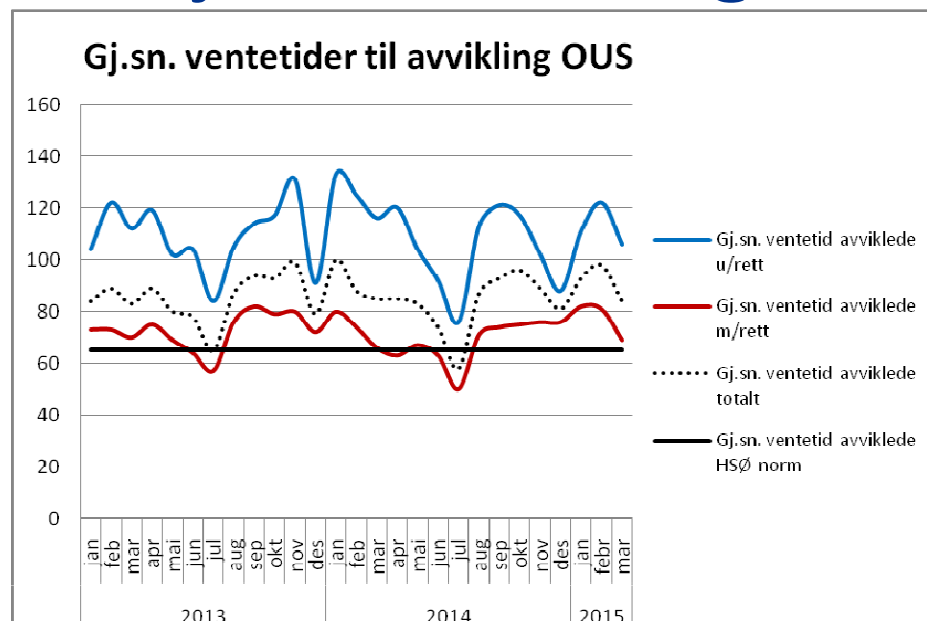
2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



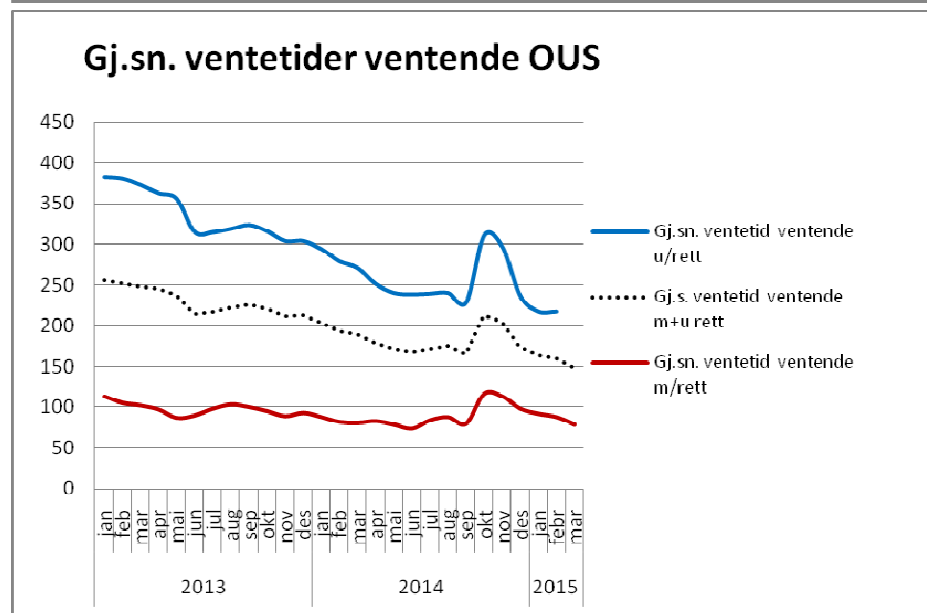
Sum ventende	2014			2015		
	jan	feb	mar	jan	feb	mar
PHA	382	400	536	484	517	520
MED	2 782	2 591	2 424	3 007	2 736	2 647
KKN	11 058	10 150	9 503	12 096	12 719	12 312
KVB	2 253	2 235	2 306	3 002	3 019	3 095
KKT	3 884	3 716	3 488	5 212	5 088	5 077
HLK	1 870	1 658	1 606	1 938	1 945	1 883
AKU	408	423	425	191	159	112
KDI	1 386	1 464	1 441	971	938	765
Sum klinikker	24 023	22 637	21 729	26 901	27 121	26 411
Diff vs. 2014				2 878	4 484	4 682
Diff %				13 %	20 %	22 %

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

2.2 Gjennomsnittlig ventetid til avvikling



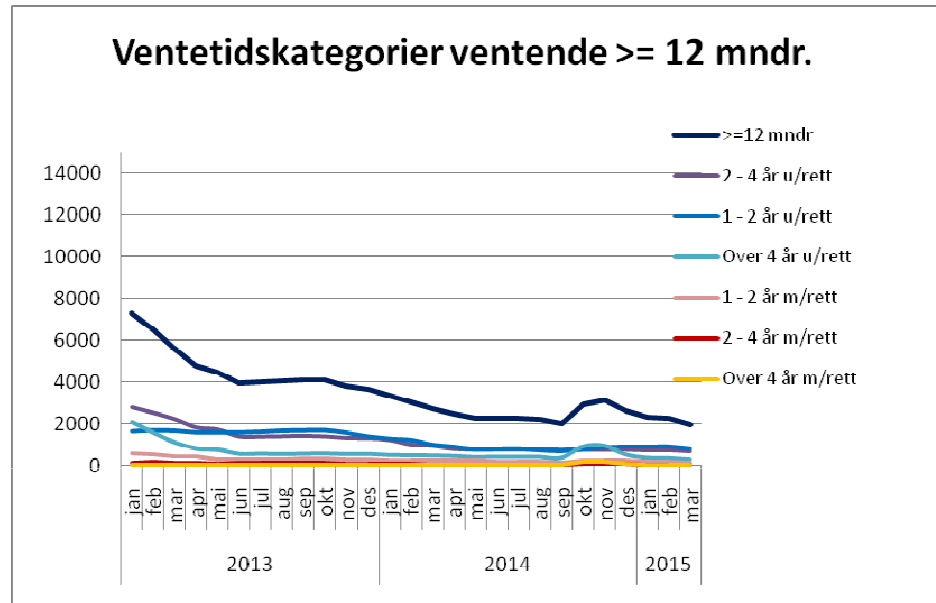
Gj.sn. v.tid til avvikling	2014			2015		
	jan	feb	mar	jan	feb	mar
PHA	46	46	43	48	45	44
MED	71	63	70	74	72	67
KKN	145	125	110	113	119	108
KVB	56	58	56	73	62	70
KKT	88	74	74	93	111	77
HLK	118	105	112	124	136	99
AKU	94	85	105	126	112	101
KDI	34	39	36	63	72	49
OUS	100	88	85	93	98	84
Diff vs. 2014				-7	10	-1
Diff %				-7 %	11 %	-1 %



Gj.sn. v.tid ventende	2014			2015		
	jan	feb	mar	jan	feb	mar
PHA	41	40	68	49	50	42
MED	86	73	63	77	76	72
KKN	337	325	323	242	234	225
KVB	69	69	69	76	80	81
KKT	81	76	76	116	111	84
HLK	126	121	111	133	120	101
AKU	87	89	89	97	97	76
KDI	136	142	131	85	75	61
OUS	204	194	189	163	160	148
Diff vs. 2014				-41	-34	-41
Diff %				-20 %	-18 %	-22 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)



Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

Antall ventet ≥ 1 år	2014			2015		
	jan	feb	mar	jan	feb	mar
PHA	2	3	10	2	6	3
MED	62	44	35	13	14	16
KKN	3 016	2 670	2 420	2 043	2 027	1 830
KVB	14	7	10	14	19	32
KKT	99	97	91	167	153	49
HLK	39	43	40	65	54	30
AKU	1	1	0	1	1	2
KDI	119	150	87	7	10	9
Sum	3 362	3 024	2 705	2 312	2 284	1 972
Diff vs. 2014				-1 050	-740	-733
Diff %				-31 %	-24 %	-27 %

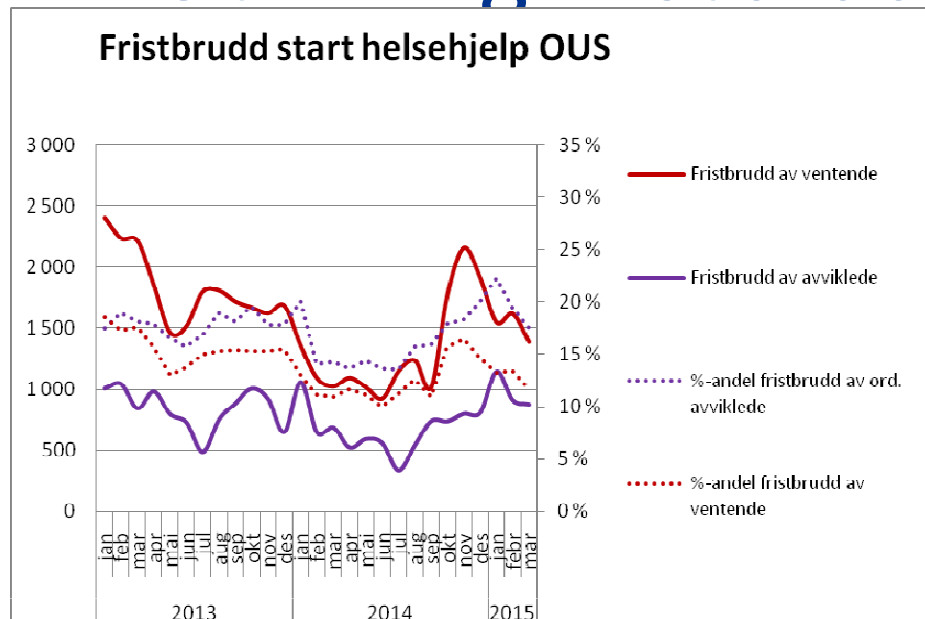
Status langtidsventende per fagområde (per 20. april)

LANGTIDSVENTENDE PER FAGOMRÅDE	Klinikk 10 eller mer	Per 17/10	2015 per 11/1	2015 per 1/3	2015 per 6/4	2015 per 20/4	Endring fra 17/10
<u>050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</u>	KKN	466	546	501	412	399	-67
<u>080 Kjevekirurgi og munnhulesykdom</u>	KKN	10	25	20	19	22	12
<u>090 Plastikk-kirurgi</u>	KKN	1 112	1 246	1 172	1 161	1 113	1
<u>100 Nevrokirurgi</u>	KKN	19	51	38	24	16	-3
<u>110 Generell indremedisin</u>	MED	-	5	2	13	17	17
<u>150 Hjertesykdommer</u>	HLK	17	35	17	25	15	-2
<u>200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp</u>	KVB	8	128	12	33	32	24
<u>250 Nevrologi</u>	KKN	77	160	126	96	73	-4
<u>290 Øre-nese-hals sykdommer</u>	KKN	43	57	71	49	39	-4
<u>300 Øyesykdommer</u>	KKN	75	92	85	96	87	12
SUM TOTALT		1 927	3 064	2 379	2 078	1 886	-41

Merknad:

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

2.3 Utvikling fristbrudd



Fristbrudd ordinært avviklede	2014			2015				Fristbrudd ventende	2014			2015			
	Antall						Andel		Antall						Andel
	jan	feb	mar	jan	feb	mar			mar	jan	feb	mar	jan	feb	
PHA	10	5	4	10	6	6	2 %	PHA	14	2	10	13	23	1	0 %
MED	114	71	61	158	128	80	10 %	MED	59	35	57	83	70	48	4 %
KKN	633	383	350	522	428	465	25 %	KKN	991	814	740	1 118	1 219	1 074	18 %
KVB	25	21	38	103	84	94	15 %	KVB	19	13	19	55	72	46	4 %
KKT	173	125	200	293	238	192	18 %	KKT	159	160	126	246	199	172	8 %
HLK	97	37	30	55	22	33	12 %	HLK	108	62	74	30	31	48	7 %
AKU	2	-	1	-	-	-	0 %	AKU	4	3	1	-	-	-	0 %
KDI	-	1	1	0	2	4	100 %	KDI	3	1	-	4	3	0	0 %
Sum	1 054	643	686	1 141	908	874	18 %	Sum	1 357	1 094	1 030	1 549	1 617	1 389	12 %
Diff vs. 2014				87	265	188		Diff vs. 2014				192	523	359	
Diff %				8 %	41 %	27 %		Diff %				14 %	48 %	35 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

Fristbrudd per fagområde per 20/4

FRISTBRUDD PER FAGOMRÅDE	Klinikk med 10 eller mer	Per 17/10	2015 per 11/1	2015 per 1/3	2015 per 6/4	2015 per 20/4	Endring fra 17/10
<u>030 Gastroenterologisk kirurgi</u>	KKT	9	84	32	45	46	37
<u>050 Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)</u>	KKN	271	406	330	222	207	-64
<u>070 Urologi</u>	KKT	68	87	114	85	51	-17
<u>090 Plastikk-kirurgi</u>	KKN	63	139	75	87	76	13
<u>100 Nevrokirurgi</u>	KKN	229	359	265	227	222	-7
<u>105 Mamma- og para-/tyreoideakirurgi</u>	KKT	3	39	7	31	41	38
<u>140 Fordøyelsesykdommer</u>	MED	29	79	19	15	10	-19
<u>170 Lungesykdommer</u>	MED	31	73	47	42	18	-13
<u>200 Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp</u>	KVB	14	71	18	48	29	15
<u>220 Barnesykdommer</u>	KVB	21	62	54	42	35	14
<u>250 Nevrologi</u>	KKN	37	348	320	462	462	425
<u>260 Klinisk nevrofysiologi</u>	KKN	12	91	78	67	63	51
<u>290 Øre-nese-hals sykdommer</u>	KKN	110	141	258	163	169	59
<u>300 Øyesykdommer</u>	KKN	21	125	48	42	25	4
<u>853 Onkologi</u>	KKT	25	88	44	71	53	28
Sum fristbrudd		1 015	2 647	1 921	1 822	1 565	552

Merknad:

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



3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2015	Mars				Hittil i 2015			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	12 013 296	992 974	992 974	0	0,0 %	3 054 572	3 054 572	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	7 620 706	704 436	685 618	18 818	2,7 %	1 952 821	1 986 708	-33 887	-1,7 %
Andre inntekter	1 979 497	176 447	169 213	7 233	4,3 %	524 242	499 439	24 803	5,0 %
Sum driftsinntekter	21 613 499	1 873 856	1 847 805	26 052	1,4 %	5 531 635	5 540 718	-9 084	-0,2 %
Lønn -og innleiekostnader	14 914 195	1 271 637	1 277 579	5 941	0,5 %	3 966 846	3 847 981	-118 865	-3,1 %
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	2 786 770	262 688	240 902	-21 787	-9,0 %	727 217	700 031	-27 186	-3,9 %
Andre driftskostnader	3 724 975	328 526	312 952	-15 574	-5,0 %	947 166	942 848	-4 318	-0,5 %
Sum driftskostnader	21 425 940	1 862 852	1 831 433	-31 419	-1,7 %	5 641 229	5 490 860	-150 369	-2,7 %
Driftsresultat	187 559	11 004	16 372	-5 368	-0,3 %	-109 595	49 858	-159 453	-2,9 %
Netto finans	12 559	1 235	-1 788	3 023	169,1 %	-1 098	-6 108	5 010	82,0 %
Resultat OUS	175 000	12 240	14 584	-2 344	-0,1 %	-110 693	43 750	-154 443	-2,7 %
Endrede pensjonskostnader		-18 932	0	-18 932		77 252	0	77 252	
Resultat justert for endret pensj.kostnad	175 000	-6 692	14 584	-21 276	-1,1 %	-33 441	43 750	-77 191	-1,4 %

Økte pensjonskostnader inngår i lønns- og innleiekostnader.

3.2 Kommentarer til økonomisk resultat

Art_ØBAK	Regnskap	Budsjett	Awik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	3 054 572	3 054 572	0	
Kvalitetsbasert finansiering	16 522	16 522	0	
ISF egne pasienter	908 223	930 052	-21 829	De totale ISF-inntektene er 23,9 mnok lavere enn budsjettet. Awiket skyldes noe lavere registrert aktivitet enn budsjettet ved de somatiske enhetene per mars. Deler av awiket for antall DRG-poeng skyldes at
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	200 703	204 839	-4 136	effektene av ISF-regelverket for 2015 er mindre positiv enn lagt til grunn i budsjettet for 2015. ISF-inntekter
ISF-refusjon pasientadministrerte biologiske legemidler	14 802	12 720	2 082	knyttet til pasientadministrerte kreftlegemidler er foreløpig inntektsført som budsjettet.
ISF-refusjon pasientadministrerte kreftlegemidler	3 752	3 760	-8	
Utskrivningsklare pasienter	1 472	405	1 066	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også høyere inntekt.
Gjeste pasienter	159 429	163 204	-3 775	Gjeste pasientinntekter for pasienter fra andre regioner er om lag 4 mnok lavere enn budsjettet og gjelder i sin helhet somatikk.
Salg av konserninterne helse tjenester	502 786	511 243	-8 457	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er 8,4 mnok lavere enn budsjettet per mars. Det negative awiket gjelder somatikken generelt og kurdøgnsinntekter fra SSE. Innenfor psykisk helse og radiologi er det positivt awik.
Polikliniske inntekter	161 655	160 485	1 170	De polikliniske inntektene er om lag 1 mnok høyere enn budsjettet per mars. Det er et negativt awik innen både psykisk helse og somatikk, mens det er et positivt awik innen lab/rtg-området. Dette gjelder særlig innenfor medisinsk genetik.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	9 769	10 882	-1 113	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Awiket skyldes i hovedsak lavere aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag og Klinikk for psykisk helse og avhengighet.
Andre øremerkede tilskudd	258 075	269 958	-11 884	Nivå for inntektsføring av øremerkede tilskudd er lavere enn budsjettet. Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	239 876	202 077	37 799	Andre driftsinntekter er om lag 38 mnok høyere enn budsjettet per mars og relateres til tilskudd fra private institusjoner. For øvrig er det små positive og negative awik. Blant annet er det lønnsrefusjoner fra DIPS Fase 2 på nærmere 12 mnok.
Sum driftsinntekter	5 531 635	5 540 718	-9 084	
Kjøp av off helsetjenester	19 217	16 169	-3 048	Kostnadene til kjøp av offentlige helsetjenester er 3 mnok høyere enn budsjettet og gjelder i hovedsak kjøp av lab.tjenester og gjestepasientkostnader (poliklinikk).
Kjøp av private helsetjenester	59 229	46 307	-12 922	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er 13 mnok høyere enn budsjettet per mars og kan i hovedsak relateres til kjøp av behandling i utlandet.
Varekostnader	638 401	620 238	-18 163	Varekostnadene er 18 mnok høyere enn budsjettet per mars og skyldes i all hovedsak høye medikamentkostnader og noe høye kostnader til medisinske forbruksvarer.
Innleid arbeidskraft	56 562	32 576	-23 986	Innleiekostnadene er ikke redusert som forutsatt i budsjettet og er også høyere enn for samme periode i 2014. Merforbruket er størst innenfor nevrokirurgisk avdeling, nyfødtintensiv, PO/intensiv og barnemedisin. Det jobbes med tiltak for å redusere innleiekostnadene.
Kjøp av konserninterne helse tjenester	10 369	17 317	6 948	Kjøp av konserninterne helsetjenester er 7 mnok lavere enn budsjettet. Awiket gjelder både innen somatikk og psykisk helse.
Lønn til fast ansatte	2 569 737	2 574 784	5 047	For samlede lønnskostnadene er det et merforbruk på om lag 95 mnok hittil i år. 77 mnok av dette er knyttet til økte pensjonskostnader utover budsjettet. Justert for dette er det negative awiket 18 mnok og kan relateres i hovedsak til noe høyere lønnskostnader enn budsjettet for øremerkede prosjekter samt frikjøp av personell til DIPS Fase 2 (gir tilsvarende inntekt).
Overtid og ekstrahjelp	285 323	243 236	-42 088	
Pensjon	762 030	684 778	-77 252	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-171 712	-138 661	33 051	
Annen lønn	464 905	451 268	-13 637	
Avskrivninger	211 439	215 499	4 060	Avskrivningene er noe lavere enn budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibruktagelse.
Nedskrivninger	-26	0	26	
Andre driftskostnader	735 754	727 349	-8 405	Andre driftskostnader er 8,4 mnok høyere enn budsjettet. Awiket består av mindre awik på flere områder, blant annet er kostnadene til leie av lokaler, konsulent tjenester og IKT-utstyr noe lavere enn budsjettet, mens energikostnadene er noe høyere enn budsjettet.
Sum driftskostnader	5 641 229	5 490 860	-150 369	
Finansinntekter	19 427	18 150	1 277	
Finanskostnader	20 526	24 258	3 732	Positivt bidrag fra datterselskap, på 3,8 mnok, samt lavere rentekostnader bidrar til positivt finansresultat.
Netto finans	1 098	6 108	5 010	
TOTALT	-110 693	43 750	-154 443	
Herav endrede pensjonskostnader utover budsjett	-77 252		-77 252	
RESULTAT JUSTERT FOR ENDREDE PENSJONSKOSTNADER	-33 441	43 750	-77 191	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Mars 2015 tall i hele 1000 kr	Mars				Hittil i år			
	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-1 340	0	-1 340	-0,8 %	-492	0	-492	-0,1 %
Medisinsk klinikk	-7 753	0	-7 753	-7,3 %	-20 167	0	-20 167	-6,3 %
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-8 608	0	-8 608	-4,0 %	-43 987	0	-43 987	-7,1 %
Kvinne- og barneklubben	-7 686	0	-7 686	-5,0 %	-21 335	0	-21 335	-4,7 %
Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon	-14 542	0	-14 542	-6,1 %	-43 725	0	-43 725	-6,2 %
Hjerte-, lunge- og karklubben	-8 397	0	-8 397	-8,1 %	-19 618	0	-19 618	-6,5 %
Akuttklubben	-5 071	0	-5 071	-2,3 %	-6 165	0	-6 165	-0,9 %
Klinikk for diagnostikk og intervensjon	-979	0	-979	-0,5 %	-1 964	0	-1 964	-0,3 %
Oslo sykehusservice	-6 353	0	-6 353	-3,3 %	-9 970	0	-9 970	-1,7 %
Konsern	2 394	342	2 052	-	4 025	150	3 875	-
Fellesposter	67 833	14 242	53 591	62,3 %	45 925	43 600	2 325	9,9 %
Direktørensstab	2 742	0	2 742	2,0 %	6 779	0	6 779	1,7 %
Sum OUS	12 240	14 584	-2 344	-0,1 %	-110 693	43 750	-154 443	-2,7 %
Sum OUS justert for endret pensj.kostnad	-6 692	14 584	-21 276	-1,1 %	-33 441	43 750	-77 191	-1,4 %

Økte pensjonskostnader inngår i Fellesposter.



3.4 Kommentarer til klinikkens avvik

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	0	Klinikken har et positivt avvik knyttet til både kjøp og salg av gjestepasienter, men høyere lønnskostnader, varekostnader (LAR-medikamenter), innleiekostnader og lavere polikliniske inntekter bidrar til et akkumulert resultat om lag i balanse.
Medisinsk klinikk	-20	Resultatet viser et negativt avvik på 20 mnok. Avviket skyldes en kombinasjon av lavere aktivitet enn budsjettert (4 mnok) og høyere kostnader. Klinikken har høyere varekostnader (2 mnok) enn budsjettert som skyldes implantasjonskostnader knyttet til Pacemaker og ICD senteret og varekostnader knyttet til høyt antall dialyser ved Nyremedisinsk avdeling. Lønns- og innleiekostnadene er til sammen 13 mnok høyere enn budsjettert.
Klinikk for kirurgi og nevrofag	-44	Rapportert resultat viser et negativt avvik på 44 mnok. Hoveddelen av avviket (30 mnok) skyldes høyere kostnader enn budsjettert og resten lavere aktivitet enn budsjettert spesielt i januar og februar. I kostnadsavviket inngår at varekostnadene (medikamenter, dyre implantater og forbruksverer) er 8 mnok høyere enn budsjettert, høyere innleie av helsepersonell enn budsjettert utgjør 6 mnok mens det er et merforbruk av lønnsmidler på 16 mnok.
Kvinne- og barneklubben	-21	Hittil i år har klubben et negativt avvik på 21 mnok som i hovedsak kan relateres til lav aktivitet hos Nyfødt, Gynkreft og Barneavd for nevrofag, samt stort merforbruk på innleie og lønn på flere avdelinger.
Kreft-, kirurgi og transplantasjons-klinikken	-44	Klinikkens negative resultat hittil i år er primært knyttet til lavere aktivitet enn planlagt. Avviket knyttet til DRG-aktivitet utgjør 24 mnok og personalkostnader (overtid og ekstrahjelp) bidrar med om lag 9 mnok av det negative avviket. Det er også høyere varekostnader (medikamenter) enn forutsatt i budsjettert.
Hjerte-, lunge- og karklubben	-20	Klinikkens underskudd relateres til lavere aktivitet enn budsjettert samtidig som det er høye varekostnader (annen pasientsammensetning enn lagt til grunn i budsjettert). Klubben har høye innleiekostnader fra vikarbyrå for å dekke vakante stillinger.
Akuttklubben	-6	Klinikkens akkumulerte merforbruk relateres til pasientreiser, andre driftskostnader (kontor og teleutstyr), innleie og varekostnader (implantater). Klubben har mindreforbruk på fast lønn ved Prehospitalt senter, men merforbruk på innleie på Operasjonsavdelingen og Avdeling for anestesisykepleiere, hvor det er utfordringer med rekruttering.
Klinikk for diagn. og intervensjon	-2	Resultat hittil i år viser et positivt avvik på inntektene innenfor Avdeling for medisinsk genetikk og Avdeling for radiologi og nukleærmedisin. Klubben har høye varekostnader og variabel lønn er høyere enn forutsatt i budsjettert.
Oslo sykehusservice	-10	Høye energikostnader og høyere varekostnader (bl.a. behandlingshjelpemidler og mat) enn budsjettert bidrar til et akkumulert negativt avvik på 10 mnok per mars. Lønnskostnadene er totalt noe lavere enn budsjettert.
Stab	7	Positivt resultat i Stab fremkommer som resultat av lavere prosjektkostnader enn budsjettert (idefaseprosjektet og organisasjonsprosjektet). I tillegg er IKT-kostnadene til Sykehuspartner noe lavere enn budsjettert (3,7 mnok).
Fellesposter mv	6	Justert for økte pensjonskostnader er det et positivt avvik på fellesposter som skyldes budsjetterte reserve, periodiseringer mellom årene, noe lavere avskrivninger enn budsjetter og noe positiv effekt av netto finans.
Samlet avvik	-154	
Endrede pensjonskostnader	77	
Avvik justert for endrede pensjonskostnader	-77	

3.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	mar 2015			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	125 626	1 150	0,9 %	383 831	-488	-0,1 %	364 383	19 448	5,3 %
MED	73 566	-2 995	-4,2 %	224 838	-11 693	-5,5 %	212 755	12 083	5,7 %
KKN	134 810	-6 894	-5,4 %	404 082	-18 172	-4,7 %	378 260	25 821	6,8 %
KVB	105 579	-1 693	-1,6 %	318 974	-5 470	-1,7 %	295 768	23 206	7,8 %
KKT	146 728	-2 957	-2,1 %	449 109	-14 116	-3,2 %	416 207	32 902	7,9 %
HLK	56 088	-1 809	-3,3 %	171 464	-7 362	-4,5 %	160 040	11 424	7,1 %
AKU	143 478	532	0,4 %	437 398	-1 075	-0,2 %	410 546	26 851	6,5 %
KDI	125 461	2 245	1,8 %	385 784	-871	-0,2 %	355 615	30 168	8,5 %
OSS	78 731	2 677	3,3 %	244 959	1 618	0,7 %	232 807	12 152	5,2 %
STAB	21 421	1 733	7,5 %	63 831	6 240	8,9 %	57 224	6 607	11,5 %
FPO	18 567	4 063	18,0 %	35 708	32 180	47,4 %	70 245	-34 537	-49,2 %
OUS	1 039 498	-3 183	-0,3 %	3 148 254	-17 627	-0,6 %	2 978 263	169 991	5,7 %

3.2 Innleiekostnader

Innleie i 1000 kr. Inklusive øremerkede midler	mar 2015			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	800	-756	-1730,9 %	1 781	-1 651	-1269,9 %	153	1 628	1062,4 %
MED	1 611	-587	-57,3 %	3 879	-1 156	-42,4 %	2 767	1 112	40,2 %
KKN	3 878	-1 978	-104,1 %	11 444	-5 758	-101,3 %	9 339	2 106	22,5 %
KVB	6 151	-4 465	-264,8 %	14 254	-9 212	-182,7 %	10 733	3 521	32,8 %
KKT	1 445	-528	-57,6 %	4 721	-1 969	-71,6 %	5 710	-989	-17,3 %
HLK	2 398	-925	-62,8 %	7 047	-2 710	-62,5 %	4 766	2 282	47,9 %
AKU	5 418	-945	-21,1 %	13 130	-1 621	-14,1 %	14 724	-1 594	-10,8 %
KDI	144	-10	-7,7 %	306	91	22,9 %	405	-99	-24,5 %
OSS	-387	387	0,0 %			0,0 %	-16	16	-100,0 %
STAB								-	-
FPO									
OUS	21 457	-9 807	-84,2 %	56 562	-23 986	-73,6 %	48 581	7 981	16,4 %

3.2 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	5 462	-1 191	-27,9 %	15 787	-3 090	-24,3 %	17 433	-1 645	-9,4 %
MED	12 797	-1 031	-8,8 %	35 621	-1 902	-5,6 %	31 807	3 813	12,0 %
KKN	42 443	-7 372	-21,0 %	109 650	-9 285	-9,3 %	91 361	18 289	20,0 %
KVB	12 330	-2 170	-21,4 %	31 345	-1 400	-4,7 %	29 978	1 368	4,6 %
KKT	47 826	-4 960	-11,6 %	134 041	-10 059	-8,1 %	119 197	14 844	12,5 %
HLK	32 627	-5 719	-21,3 %	84 971	-6 106	-7,7 %	78 047	6 924	8,9 %
AKU	18 212	-1 799	-11,0 %	49 265	-1 361	-2,8 %	48 200	1 065	2,2 %
KDI	49 084	-3 909	-8,7 %	139 796	-8 138	-6,2 %	122 648	17 147	14,0 %
OSS	14 636	-2 870	-24,4 %	39 926	-4 583	-13,0 %	37 649	2 277	6,0 %
STAB	21	18	46 %	30	72	70,9 %	36	-7	-18,6 %
FPO	-7 885	16 438	192,2 %	-2 031	27 690	107,9 %	2 134	-4 164	-195,2 %
OUS	227 553	-14 564	-6,8 %	638 401	-18 163	-2,9 %	578 489	59 912	10,4 %



3.2 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	10 909	-592	-5,7 %	27 541	3 172	10,3 %	32 081	-4 540	-14,2 %
MED	2 226	75	3,3 %	8 951	-2 090	-30,5 %	6 728	2 222	33,0 %
KKN	6 061	-1 216	-25,1 %	13 790	630	4,4 %	14 686	-896	-6,1 %
KVB	4 304	1 322	23,5 %	12 192	4 555	27,2 %	19 664	-7 472	-38,0 %
KKT	10 024	-2 908	-40,9 %	26 617	-5 423	-25,6 %	24 052	2 564	10,7 %
HLK	2 807	-944	-50,7 %	7 167	-1 625	-29,3 %	5 272	1 895	35,9 %
AKU	28 703	-4 750	-19,8 %	75 571	-7 245	-10,6 %	68 745	6 825	9,9 %
KDI	10 141	-812	-8,7 %	29 092	-1 327	-4,8 %	28 230	862	3,1 %
OSS	83 264	-7 691	-10,2 %	245 940	-6 919	-2,9 %	238 682	7 258	3,0 %
STAB	96 030	-2 549	-2,7 %	277 399	-323	-0,1 %	266 249	11 150	4,2 %
FPO	870	2 596	74,9 %	3 473	6 704	65,9 %	370	3 103	839,1 %
OUS	257 663	-16 544	-6,9 %	735 754	-8 405	-1,2 %	712 397	23 357	3,3 %



3.3 Resultat for datterselskap mv

AS'ene i 1 000 kr	Budsjett		Regnskap	
	Årsbudsjett	HiÅ	HiÅ	Avvik HiÅ
Inven2	-3 954	-989		-989
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-1 060	550	-399	949
Radpark AS	-2 488	-622	-1 314	692
Sophies Minde AS	-6 370	1 054	-2 027	3 081
Sykehotell AS	-569	-143	-285	142
Totalt	-14 441	-150	-4 025	3 875

3.6 Tiltaksgjennomføring

TYPE TILTAK	BUD ØK EFFEKT I 2015	BUD ØK TOM MARS I 2015	FAKT ØK EFFEKT TOM MARS	PROG EFFEKT 2015 KR	BUD RED ÅRSVERK I DES	BUD RED MARS	FAKT RED ÅRSVERK I MARS
Annet	44 300	9 600	5 100	30 900	3	0	0
Bedret drift	99 200	30 300	6 100	70 700	7	5	3
Endret pas sammensetn.	1 000	300	200	1 000	0	0	0
Innkjøp	25 600	6 300	3 900	21 400	0	0	0
Midlertidig ledighold av stillinger	12 300	3 600	2 600	11 900	10	13	11
Nye IT løsninger	300	0	0	300	0	0	0
Permanente reduksjoner i kostn til bem	88 200	17 600	10 400	62 400	32	28	12
Totalsum	270 900	67 600	28 300	198 400	52	47	27

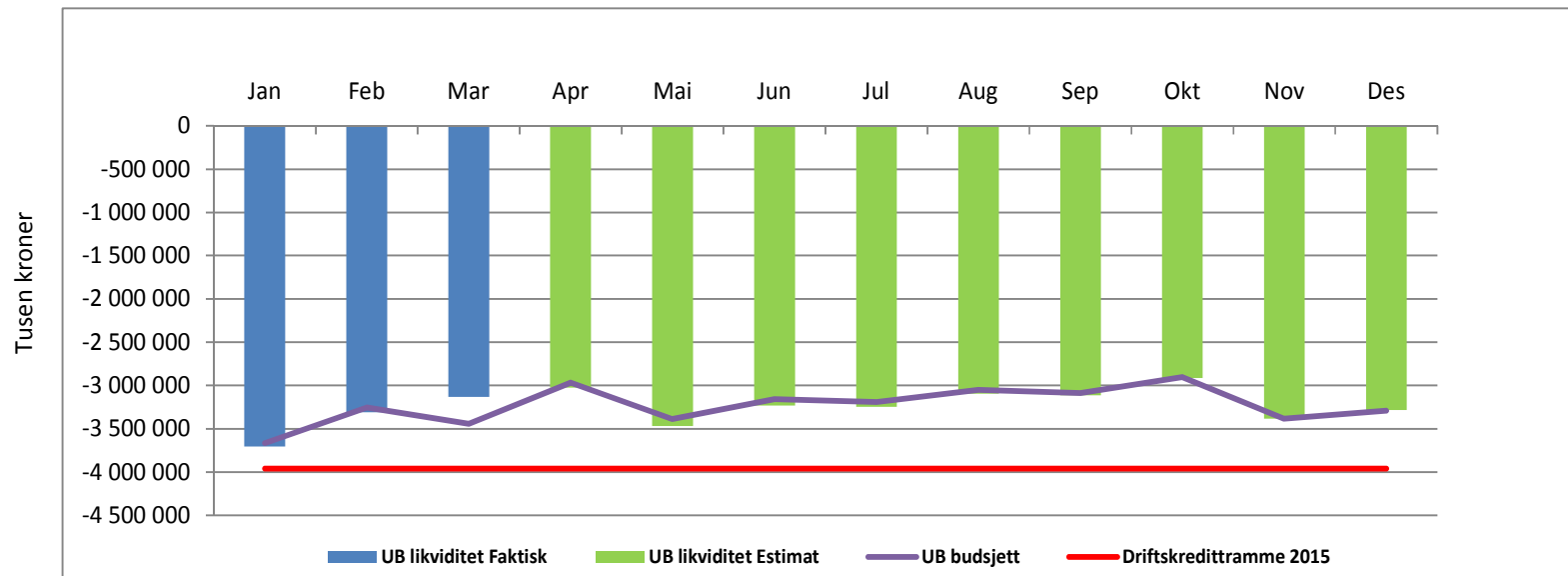
Klinikk	BUD ØK EFFEKT I 2015	BUD ØK TOM MARS I 2015	FAKT ØK EFFEKT TOM MARS	PROG EFFEKT 2015 KR	BUD RED ÅRSVERK I DES	BUD RED I MARS	FAKT RED ÅRSVERK I MARS
MED	12900	3200	1300	7000	1	1	-1
KKN	97100	30800	6100	61000	5	5	0
KVB	40600	6300	6200	29800	3	5	4
KKT	28600	7100	3900	29000	0	0	0
HLK	19100	4800	2500	14500	0	0	0
AKU	27000	5200	2100	21600	29	24	12
KDI	28600	6000	2100	18600	0	0	0
OSS	17100	4200	4200	17100	14	12	12
Totalsur	270 900	67 600	28 300	198 400	52	47	27



3.5 Likviditet

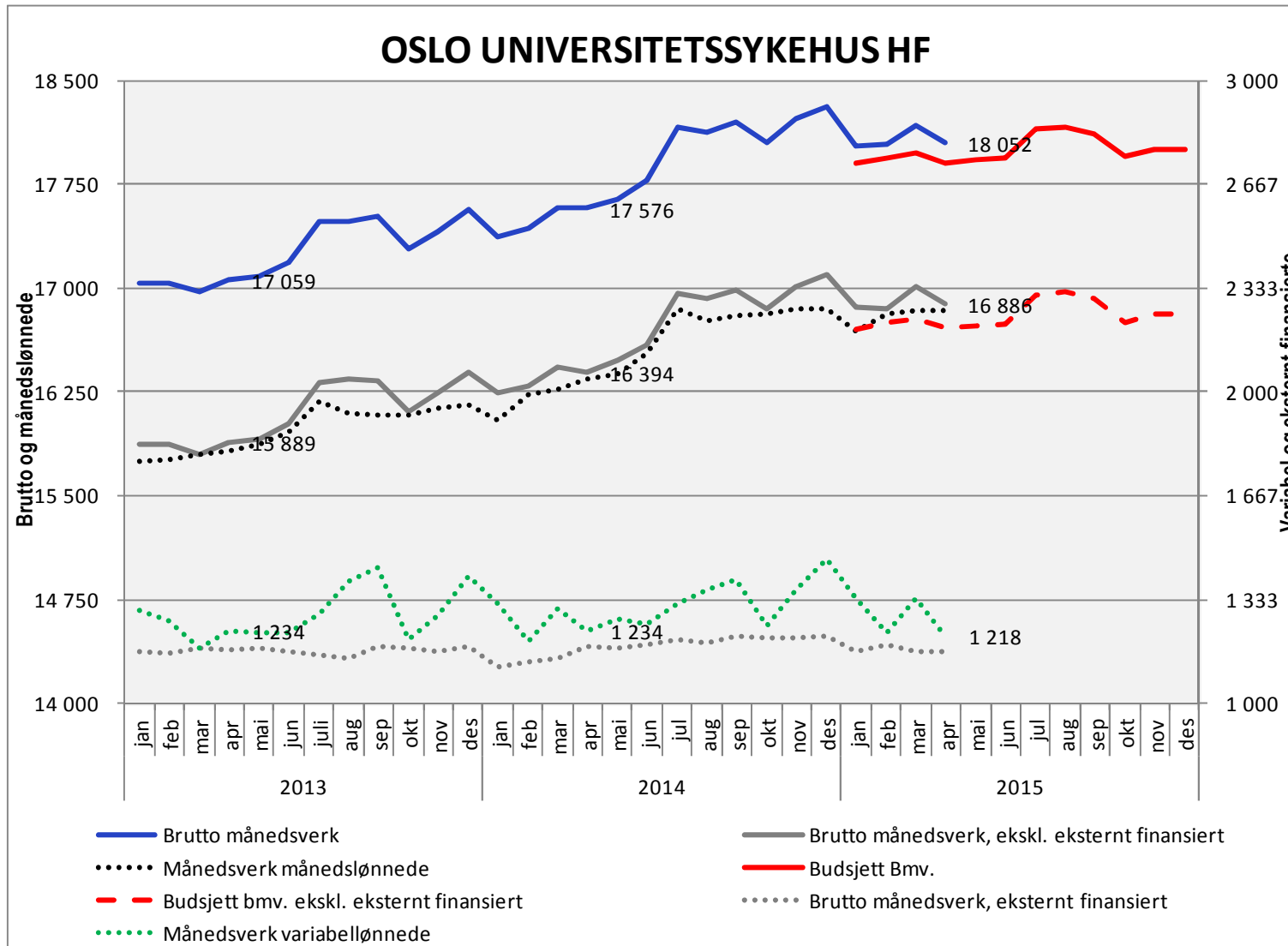
Utvikling likviditet

(utgående saldo ved periodeslutt)



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

4.1 Bemanningsutvikling



4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2015				2015 mot 2014			
	apr 2015	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. apr	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ apr 2015 mot apr 2014	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk	18 052	17 906	145	18 072	17 930	142	0,8 %	476	2,6 %	586	3,2 %
Brutto månedsverk, ekskl. eksternt finansiert	16 886	16 714	172	16 901	16 737	163	1,0 %	492	2,9 %	560	3,3 %
Brutto månedsverk, eksternt finansiert	1 166	1 193	-27	1 171	1 193	-21	-1,8 %	-16	-1,4 %	27	2,3 %
Innleie fra vikarbyrå	226	128	98	193	122	71	58,1 %	52	30 %	-	-
Månedsverk månedslønnede	16 834	16 738	96	16 793	16 754	39	0,2 %	492	2,9 %	573	3,4 %
Månedsverk variabellønnede	1 218	1 155	62	1 279	1 172	108	9,2 %	-17	-1,4 %	14	1,1 %
Netto månedsverk nasj. ind.	15 104			15 291				534	3,5 %	527	3,4 %
Sykefraværspersent	8,7			8,2				0,3	1,8 %	0,4	4,7 %

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.

Brutto månedsverk, Intern finansiering	Denne måned			Hittil i 2015				2015 mot 2014			
	apr 2015	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr. apr	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ apr 2015 mot apr 2014	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
PHA	2 154	2 162	-8	2 175	2 167	8	0,4 %	46	2,2 %	55	2,5 %
MED	1 250	1 190	60	1 258	1 188	70	5,9 %	15	1,2 %	31	2,5 %
KKN	2 182	2 080	102	2 180	2 079	101	4,8 %	50	2,3 %	70	3,2 %
KVB	1 707	1 668	38	1 697	1 674	24	1,4 %	89	5,2 %	98	5,8 %
KKT	2 251	2 209	42	2 249	2 204	44	2,0 %	58	2,6 %	66	2,9 %
HLK	828	776	51	830	773	57	7,3 %	16	2,0 %	23	2,8 %
AKU	2 362	2 364	-2	2 367	2 369	-3	-0,1 %	58	2,5 %	59	2,5 %
KDI	2 042	2 048	-7	2 036	2 051	-16	-0,8 %	89	4,4 %	91	4,5 %
OSS	1 891	1 845	46	1 896	1 860	37	2,0 %	59	3,1 %	61	3,2 %
OUS	16 886	16 714	172	16 901	16 706	195	1,2 %	492	2,9 %	560	3,3 %



4.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

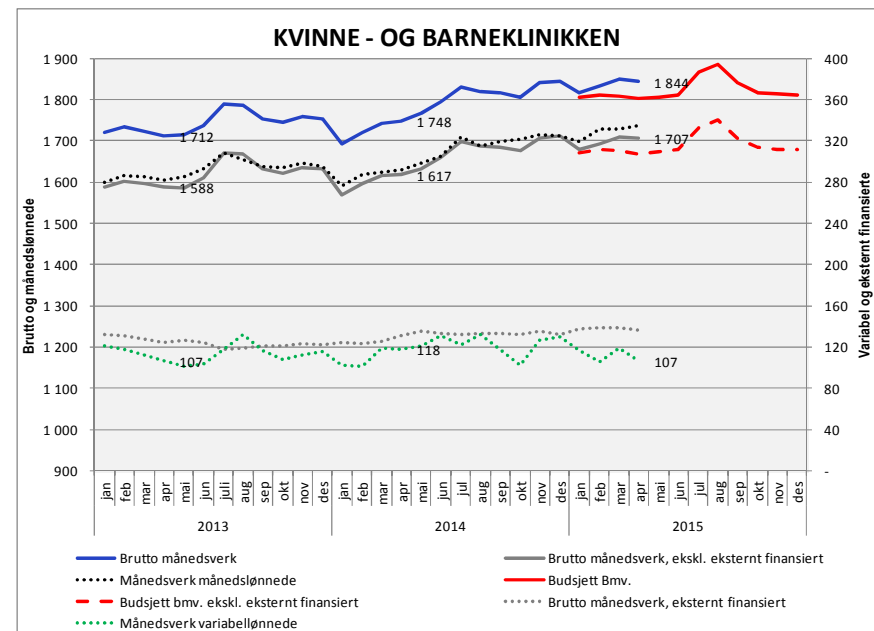
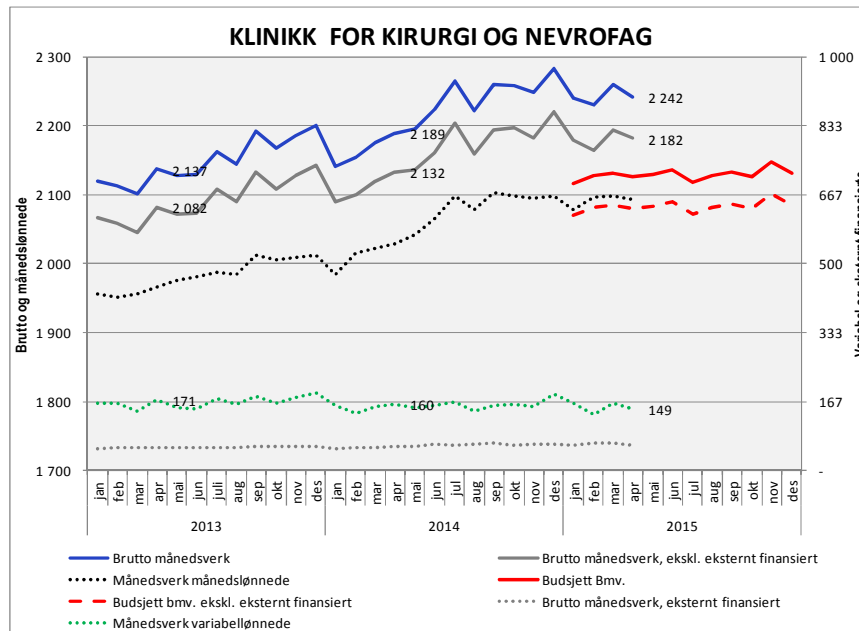
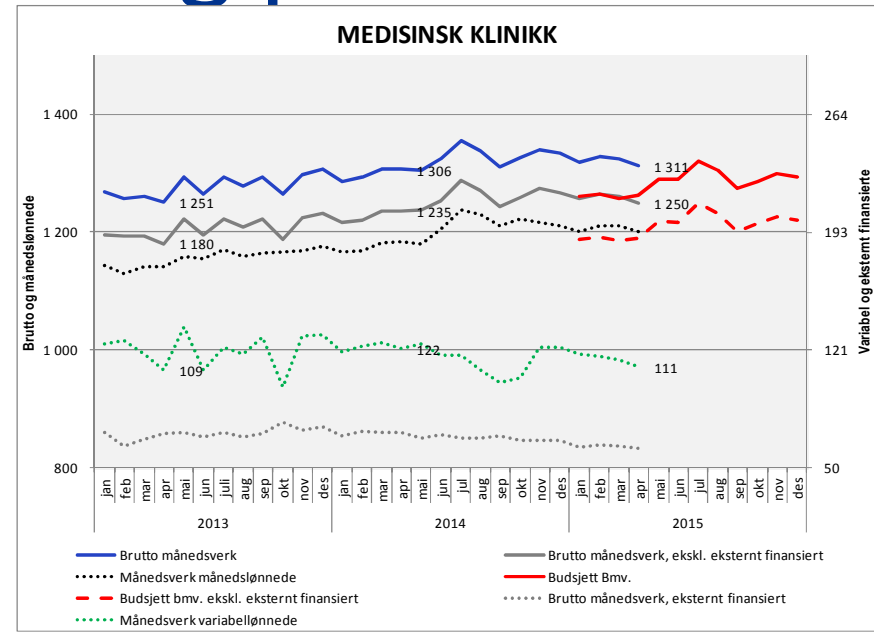
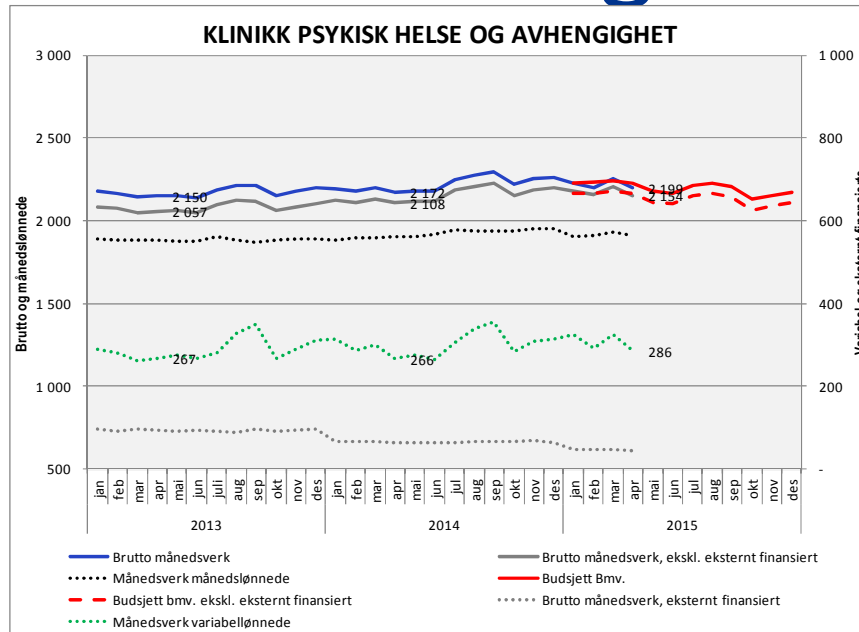
Brutto månedsværk, ekskl. eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil i 2015	Hittil i 2014	2015 mot 2014				Stillingskategorienes gjennomsnittlige andel		
	mar 2015	apr 2015	Pr. apr	Pr. apr	Δ apr 2015 mot apr 2015	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel hele 2015	Andel hele 2014	Gj.snittelig endring 2015 mot 2014
(1) Administrasjon/Ledelse	2 840	2 854	2 829	2 765	85	3,0 %	63	2,2 %	16,7 %	16,8 %	1,2 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 473	1 448	1 450	1 428	28	1,9 %	22	1,5 %	8,6 %	8,8 %	-1,5 %
(3) Leger	2 363	2 349	2 347	2 259	64	2,7 %	87	3,7 %	13,9 %	13,9 %	1,3 %
(3a) Overleger	1 439	1 434	1 428	1 368	55	3,9 %	60	4,2 %	8,4 %	8,3 %	2,5 %
(3b) LIS-leger	878	867	871	846	8	0,9 %	24	2,8 %	5,2 %	5,3 %	-0,7 %
(3c) Turnusleger	46	47	48	44	1	3,1 %	4	7,6 %	0,3 %	0,3 %	1,4 %
(4) Psykologer	265	263	263	250	12	4,5 %	13	5,0 %	1,6 %	1,5 %	3,6 %
(5) Sykepleier	5 864	5 812	5 815	5 559	218	3,7 %	255	4,4 %	34,4 %	34,1 %	2,1 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	560	546	554	569	-29	-5,3 %	-15	-2,7 %	3,3 %	3,4 %	-2,5 %
(7) Diagnostisk personell	1 411	1 413	1 407	1 344	63	4,5 %	63	4,5 %	8,3 %	8,3 %	1,5 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	0	0,6 %	0	1,5 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 475	1 463	1 468	1 423	39	2,7 %	45	3,1 %	8,7 %	8,7 %	1,3 %
(10) Ambulansepersonell	502	504	505	482	28	5,6 %	23	4,5 %	3,0 %	2,9 %	3,1 %
(11) Forskning	214	214	212	214	6	2,7 %	-2	-0,9 %	1,3 %	1,3 %	0,1 %
(99) Ukjente	35	19	49	44	-22	-118,0 %	4	9,0 %	0,3 %	0,3 %	6,9 %
SUM	16 857	17 008	16 908	16 323	579	3,4 %	585	3,5 %	100 %	100,0 %	1,3 %

4.4 Andel deltid per klinikk

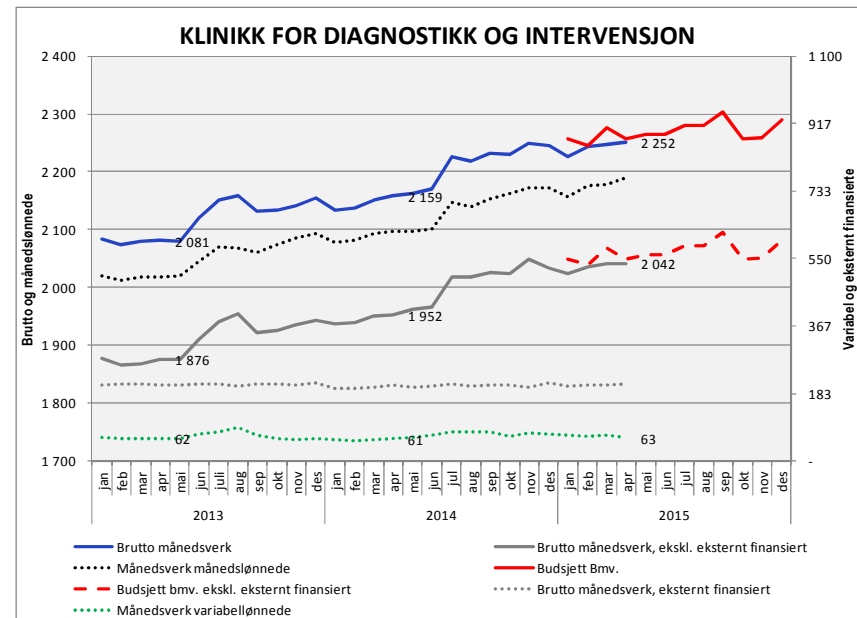
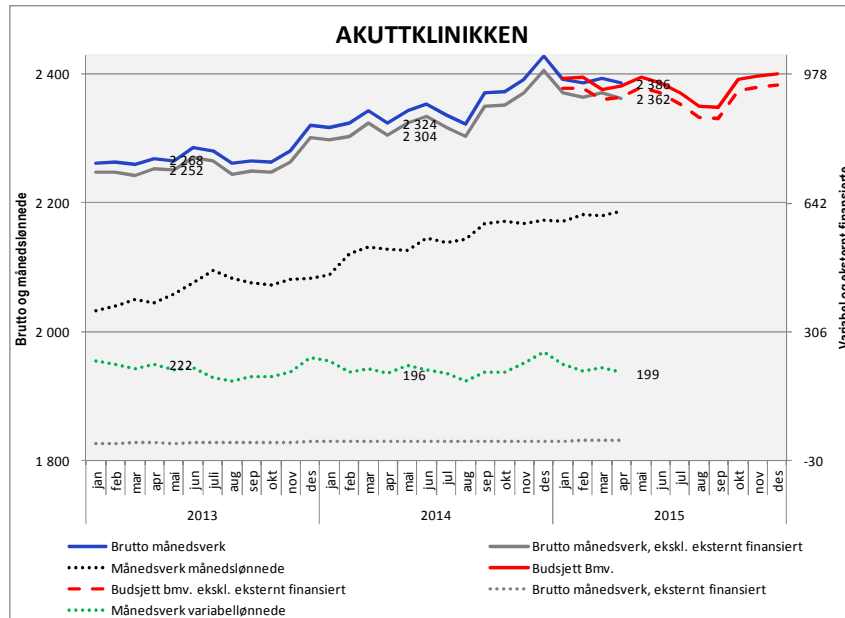
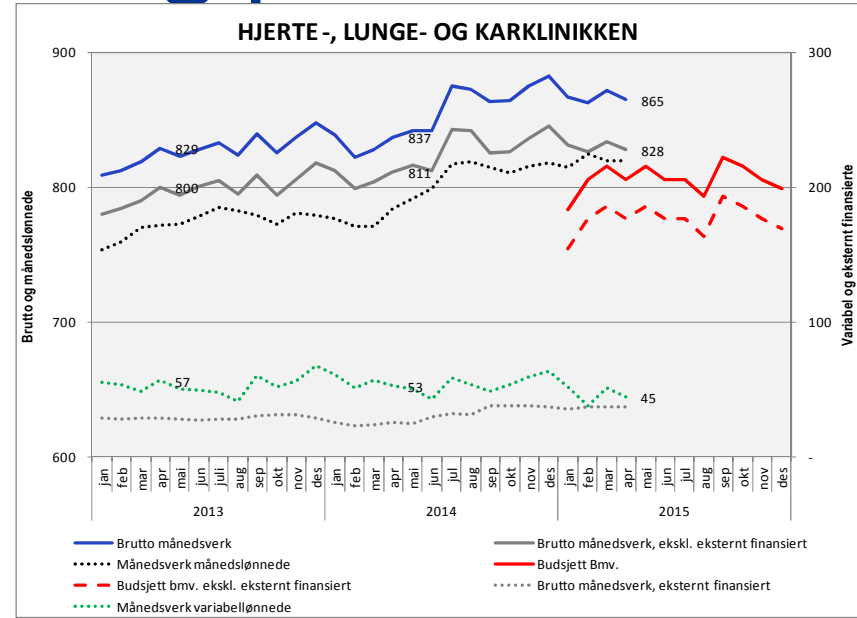
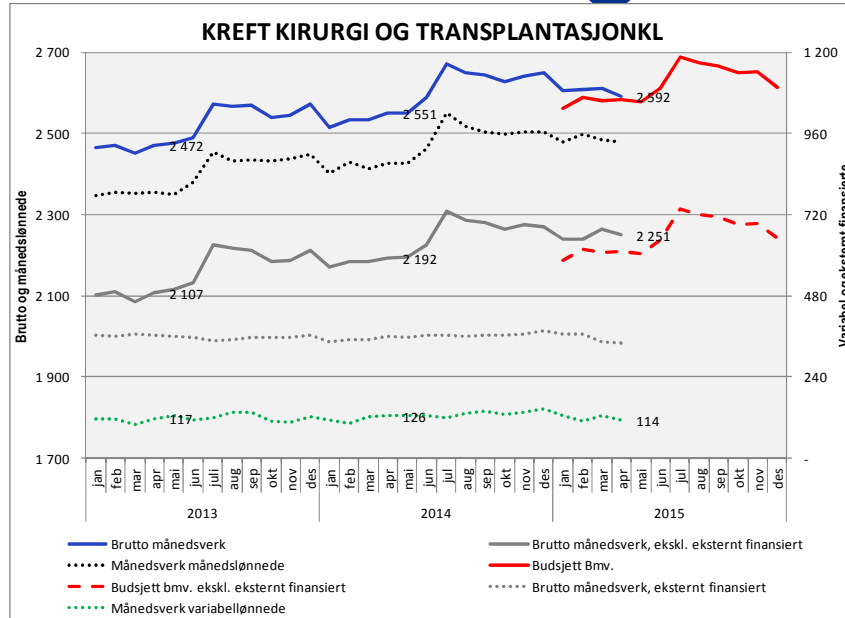
Deltid - fast ansatte - Totalt apr						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
PHA	3 134	521	16,6 %	93,6 %	15,6 %	94,5 %
MED	1 635	404	24,7 %	91,6 %	24,9 %	92,6 %
KKN	2 575	684	26,6 %	92,9 %	19,0 %	93,9 %
KVB	2 342	746	31,9 %	91,8 %	27,7 %	93,1 %
KKT	2 971	603	20,3 %	96,3 %	13,2 %	97,2 %
HLK	991	166	16,8 %	97,6 %	8,2 %	98,7 %
AKU	3 045	524	17,2 %	98,2 %	10,1 %	98,7 %
KDI	2 494	370	14,8 %	97,2 %	6,4 %	98,2 %
OSS	3 577	339	9,5 %	97,1 %	5,1 %	97,6 %
DST	308	26	8,4 %	96,8 %	6,1 %	97,3 %
OUS	22 475	4 203	19 %	95,8 %	14,0 %	96,7 %



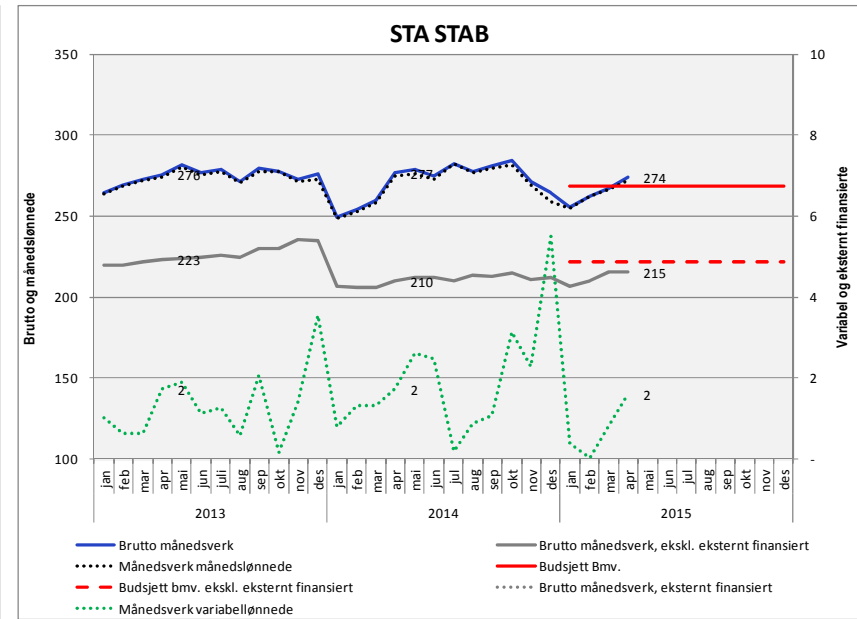
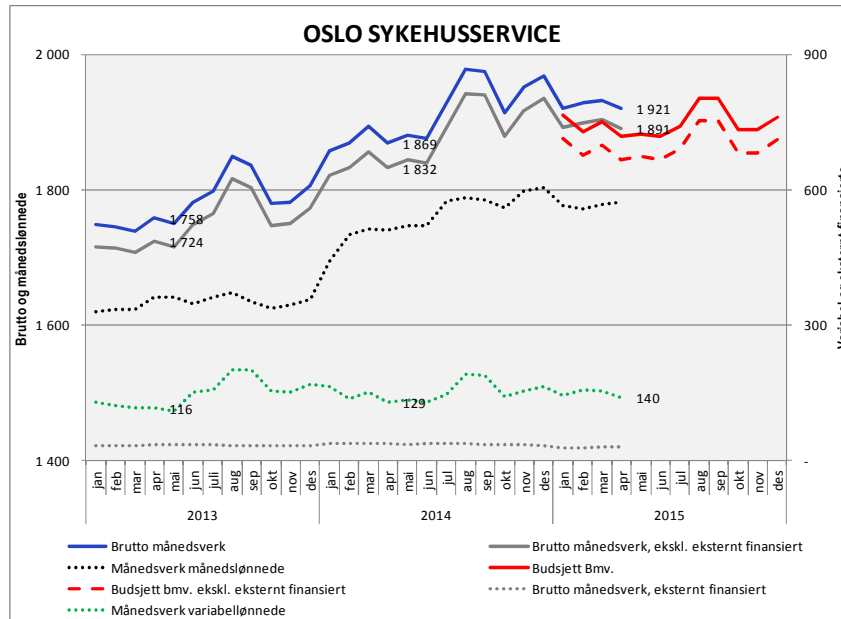
4.5 Bemanningsutvikling per klinikk



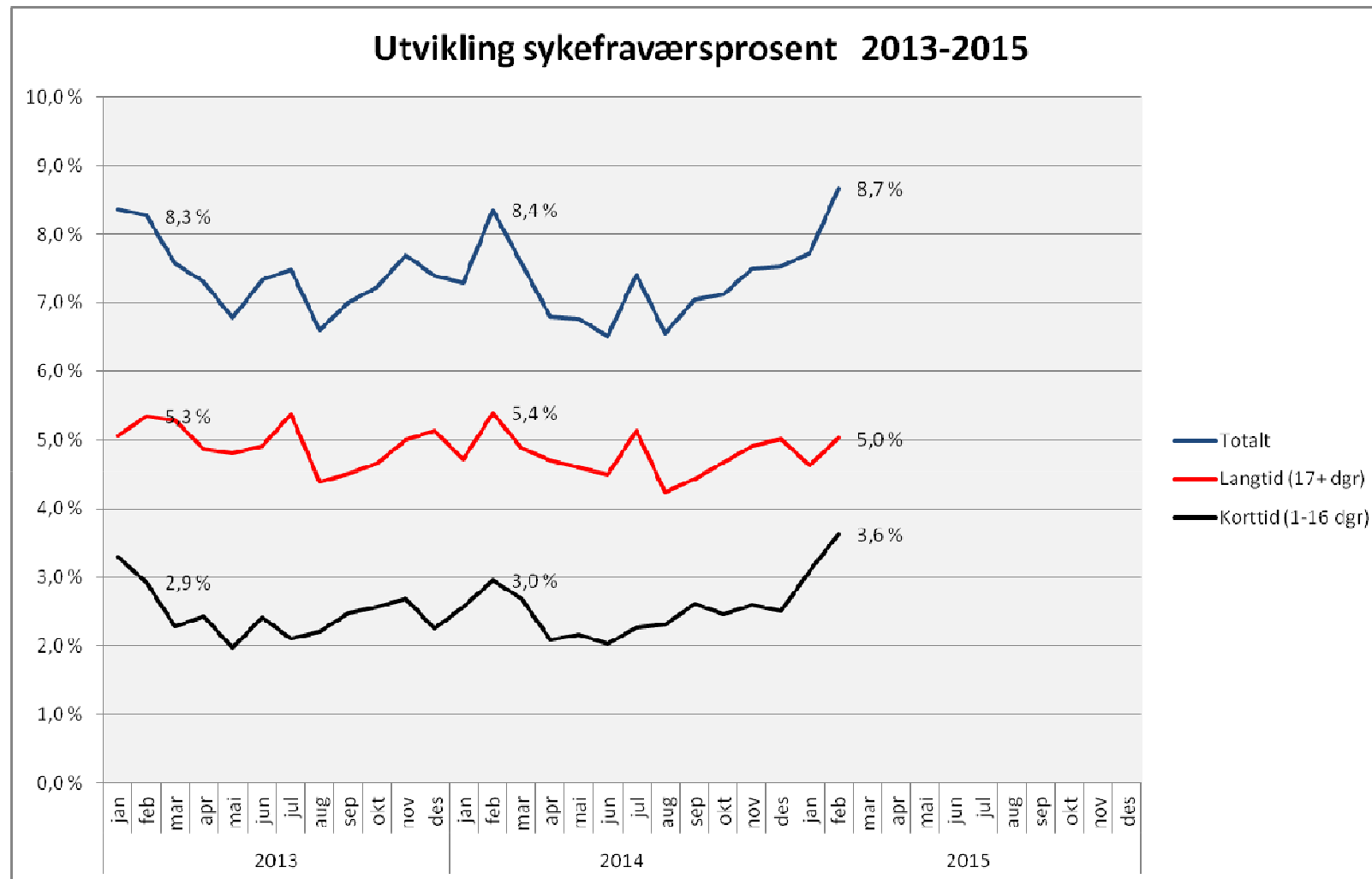
4.5 Bemanningsutvikling per klinikk



4.5 Bemanningsutvikling per klinikk



4.6 Sykefravær



4.7 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per februar 2015							
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	1,7 %	1,9 %	3,6 %	1,7 %	3,9 %	5,6 %	9,2 %
MED	1,6 %	1,4 %	3,0 %	1,3 %	3,9 %	5,2 %	8,2 %
KKN	1,6 %	1,5 %	3,1 %	1,5 %	3,8 %	5,3 %	8,4 %
KVB	1,5 %	1,7 %	3,2 %	1,7 %	3,6 %	5,2 %	8,4 %
KKT	1,6 %	1,5 %	3,1 %	1,3 %	2,7 %	4,0 %	7,1 %
HLK	1,3 %	1,2 %	2,5 %	1,3 %	2,3 %	3,6 %	6,1 %
AKU	1,6 %	1,8 %	3,4 %	1,7 %	3,3 %	5,0 %	8,4 %
KDI	1,9 %	1,6 %	3,5 %	1,3 %	2,7 %	4,0 %	7,5 %
OSS	1,7 %	2,6 %	4,4 %	1,7 %	3,8 %	5,5 %	9,9 %
DST	1,1 %	0,8 %	1,8 %	0,8 %	0,9 %	1,7 %	3,6 %
OUS	1,6 %	1,7 %	3,3 %	1,5 %	3,3 %	4,8 %	8,2 %

Sykefraværslengde per februar 2015							
Denne periode	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Sum Korttidsfravær	17-56 dager	> 56 dager	Sum langtidsfravær	
PHA	1,7 %	2,2 %	3,9 %	2,0 %	4,1 %	6,0 %	9,9 %
MED	1,7 %	1,6 %	3,3 %	1,6 %	3,9 %	5,4 %	8,7 %
KKN	1,6 %	1,7 %	3,3 %	1,9 %	3,7 %	5,6 %	8,9 %
KVB	1,6 %	2,0 %	3,6 %	2,0 %	3,4 %	5,4 %	9,0 %
KKT	1,7 %	1,6 %	3,3 %	1,6 %	2,7 %	4,3 %	7,6 %
HLK	1,4 %	1,3 %	2,7 %	1,3 %	2,1 %	3,4 %	6,1 %
AKU	1,8 %	2,1 %	3,9 %	2,0 %	3,1 %	5,1 %	9,0 %
KDI	1,9 %	1,8 %	3,7 %	1,5 %	2,7 %	4,2 %	7,8 %
OSS	1,7 %	2,8 %	4,5 %	2,1 %	3,6 %	5,7 %	10,2 %
DST	1,3 %	1,0 %	2,3 %	1,2 %	0,9 %	2,1 %	4,4 %
OUS	1,7 %	2,0 %	3,6 %	1,8 %	3,2 %	5,0 %	8,7 %



Definisjoner årsverksindikatorer

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

Styresak 26/2015

Tabellvedlegg 2 – Tiltak for å holde budsjettet

Oppsummering av klinikkens leveranser 20. april 2015

Klinikkene ble bedt om å svare på tiltak for å gjennomføre driften innenfor budsjett på områdene:

- *Aktivitet og inntekter:* Tiltak for å sørge for at planlagt aktivitetsvekst gjennomføres i henhold til plan for 2015.
- *Varekostnader:* Tiltak som gjennomføres for å redusere varekostnader.
- *Lønnskostnader:* Tiltak som gjennomføres for å redusere kostnadene til bemanning og antall årsverk

Klinikkens tilbakemeldinger om hva de nå gjør for å prøve å gjennomføre driften i 2015 innenfor tildelt budsjettet på disse områdene, fremkommer av de klinikkvise oversiktene under.

Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPHA)

1. Aktivitet og inntekter

- Klinikkenes målsetting er å oppnå budsjetterte aktivitetstall for hver indikator. Klinikken gjennomfører månedlig oppfølging med alle avdelinger, bl.a. med hensyn til aktivitet. Det arbeides for å sikre riktig og fullstendig registrering av aktivitet etter overgang til DIPS.

2. Varekostnader

- Klinikken har en usikkerhet knyttet til medisiner og utleveringskostnad, inkl. gebyrer for LAR-pasienter. Det arbeides kontinuerlig med å holde kostnadsførselen av dette på et kontrollert nivå.
- Klinikken har en løpende oppmerksomhet på bruken av kostbare legemidler.
- Innleie budsjetteres ikke og må gjennomføres dersom bemanningen for å tilfredsstille forsvarlig pasientbehandling, ikke kan løses internt.

3. Lønnskostnader

- Klinikken arbeider med tiltak for å redusere kostnadene til ekstravakter og overtid som de initiale områdene, basert på identifiserte avdelinger og enheter med et høyt forbruk.

Medisinsk klinikk (MED)

1. Aktivitet og inntekter

- Medisinsk klinikk er i stor grad preget av ø-hjelp og inntektssiden svinger som følge av dette uten at kostnadsbildet kan tilpasses tilsvarende dynamisk.
- Ved Avdeling for endokrinologi, sykelig overvekt og forebyggende medisin jobbes det særskilt med gjennomgang av aktivitet ved poliklinikken pga tilsynelatende reduksjon fra 2014. Sammenligning 2014 mot 2015 er ikke ferdig kvalitetssikret, noe som gjør det krevende å trekke endelige konklusjoner.
- Det legges ned mye ressurser for å sikre rett koding og sørge for god praksis.

2. Varekostnader

- Gastromedisinsk avdeling har sendt inn til økonomisk vurdering i klinikk et prosjekt som går på å bytte til et billigere legemiddel (resima vs retuximab). Midlertidig vurdering viser en positiv effekt av dette.
- Det er kontakt med innkjøp for å få oversikt over avtalelojalitet. Avdelingene vil foreta egne gjennomganger for egne enheter.

3. Lønnskostnader

- Ny gjennomgang og møter med de enkelte sengeposter for å gå igjennom bemanningsplan, kompetanseplan, arbeidsplan og vaktbok. I dette arbeidet inngår å sikre felles forståelse for begrep mellom enhetsledere, HR, Fag og Økonomi og analysere i hvilken grad elementene avviker.
- Det foretas en løpende vurdering av ledighold ved langtidsfravær eller avsluttede arbeidsforhold.

Klinikk for kirurgi og nevrofag (KKN)

1. Aktivitet og inntekter

- Klinikken følger opp aktivitet ukentlig både innenfor poliklinikk og operativ virksomhet.
- Nevrokirurgisk avdeling har fått nye stuer i drift på Ullevål. Dette er det viktigste tiltaket for økt aktivitet i klinikken i 2015 .
- Ny operasjonsstue til plastikk-kirurgi og ØNH på Rikshospitalet er nå i drift.
- Klinikken samarbeider med Akuttklinikken om ansettelse for å få ytterligere en stue til plastikk-kirurgi/ortopedi i drift, og forventer full drift av denne rett over sommerferien.
- Klinikken har etablert en prosjektgruppe for flyttingen av protesekirurgien innen ortopedi.
- Klinikken bruker mye ressurser på opplæring av nøkkelpersonell i pasientrettighetsloven ift henvisninger. Dette gjøres parallelt med en opplæring av henvisningshåndtering i DIPS. Dette vil føre til færre fristbrudd som følge av feilregistreringer.
- Klinikken har økt ressursinnsats, blant annet med utvidede journalrevisjoner, for å bedre sikre rett koding.
- Klinikken utvider poliklinikkter utover ettermiddagen innenfor flere fagområder (øye, nevrokirurgi, plastikk-kirurgi)
- Etablering av kveldspoliklinikk på noen få områder med spesielt store ventelisteutfordringer. Forutsetning for kveldspoliklinikk er at det kun skal tas nyhenviste samt at poliklinikken som minimum skal gå i økonomisk balanse.

2. Varekostnader

- Klinikken har kontakt med innkjøp for informasjon om avtalelojalitet og andre relevante innkjøpsparametere.
- Det er relativt god avtaledekning per i dag, men det jobbes med å få avtaler på noen konkrete områder.

3. Lønnskostnader

- Øke antall sykepleiere som går annenhver i klinikken – Dette vil redusere innleiekostnadene.

- Øke antall deltidsstillinger i klinikk for å få bedre ressursutnyttelse ifm. turnus. Dette vil gjøres i samarbeid med sykehusets sentrale ressurspool slik at de ansatte i størst mulig grad får 100 % stilling ved OUS.
- Redusere variabel lønnskostnader på Øyeavdelingen, som følge av ny ekspedisjon og bedre logistikk knyttet til AMD-sløyfen.
- Løpende vurdering av muligheter for ledighold ved langtidsfravær eller avsluttede arbeidsforhold.

Kvinne- og barneklirikken (KVB)

1. Aktivitet og inntekter

- Selv om Fødeavdelingen, som utgjør 40 % av klinikkens DRG-aktivitet, ligger noe bak plantall hittil i år vil klinikken med stor sannsynlig klare årets plantall. Det er naturlige svingninger fra måned til måned. I mars var klinikken 50 fødsler bak plan, mens halvveis i april ligger vi 22 fødsler foran plan. I tillegg ser det ut til å bli langt flere fødsler i sommer enn både i forhold til i fjor og årets plantall.
- Nye aktivitetstiltak Barnemedisinsk avdeling har nylig startet opp et poliklinikkprosjekt med Sykehuspartner/HSØ.
- Flaskehals for økt aktivitet som vi ikke får løst selv:
 - Økning av aldersgrensen fra 16 til 18 år på Barnekreft er avhengig av ombygning av poliklinikken på RH
 - Avdeling for gynekologisk kreft forventer økt aktivitet ved gjennom utvidelse av operasjonstidspunkter, men det er avhengig av operasjonssykepleiere som vi pt ikke har nok av. Dette er viktig å få på plass før innføring av pakkeforløp for kreft.
- Klinikken sliter fremdeles med å sikre god kodekvalitet etter innføring av DIPS og har nedsatt en arbeidsgruppe som skal hjelpe avdelingene med kodingen.

2. Varekostnader

- Klinikken nærmer seg slutten av eget innkjøpsprosjekt hvor alle innkjøp fra leverandører uten avtale er gjennomgått. Dette har hatt liten økonomisk effekt til nå, men det er identifisert flere varer som KVB har stort volum på (f.eks. tåteflasker) hvor Innkjøpsavdelingen er bedt om å gjennomføre anbudskonkurranser. I tillegg har vi fjernet bruken av flere leverandører.

- Klinikken har et tett samarbeid med Legemiddelkomiteen og Innkjøpsavdelingen på reduksjon av medikamentkostnader.

3. Lønnskostnader

Klinikken jobber med følgende tiltak for reduksjon av lønnskostnader:

- Betydelig reduksjon i innleie fra vikarbyrå hos Nyfødttintensiv som følge av kompetanseheving av de nyansatte etter oppbemanning sist år
- Tydelig innsats på kompetanseheving for å redusere bruk av innleie med begrunnelse i kompetansemangel.
- Samarbeid om fordeling av pasienter og personell mellom seksjoner.
- Innarbeide at nyansatte i spesialfunksjoner og dagtidsstillinger også arbeider helg
- Alle stillinger går gjennom klinikkens stillingsutvalg, hvor både HR-leder og økonomileder sitter. Endelig godkjenning av stillinger gjøres av klinikkleder.
- Kartlagt omfang av tilrettelegging som kan ha betydning for innleiekostnader
- Innarbeide bruk av retningslinje for ”Innleie av eksterne vikarer” og instruks ”Lederrapporter for lønnskontroll”
- Se nærmere på omfanget og innholdet i nyansattprogrammet og praktisering av overlapp.

Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken (KKT)

1. Aktivitet og inntekter

- Aktiviteten i poliklinikk og operasjon følges nøye opp hver uke for å raskt kunne sette inn tiltak der det er nødvendig.
- KKT skal gå gjennom poliklinikk og operasjonsaktivitet med sikte på å bedre utnyttelse av kapasiteten innen dagens ressursbruk

2. Varekostnader

- KKT jobber med en bedre rapportering av medikamentkostnader (budsjett 300 millioner) som grunnlag for en bedre styring av kostnadene.
- Det er gjennomført bytting til medikament for behandling revmatoid artritt som vil gi vesentlige besparelser

- Klinikken skal gjennomgå kostnadene til kirurgiske instrumenter i samarbeid med operasjonsenhetene med sikte på å oppnå reduserte kostnader

3. Lønnskostnader

Klinikken jobber med følgende tiltak for reduksjon av lønnskostnader:

- Gjennomgang og kontroll over overlegeårsverk
- Nye rutiner for stillingsutvalget i KKT
- Pilotprosjekt i resultatledelse skal settes i gang for sengepostene i klinikken
- Forbedringsarbeid i gang flere steder og skal gjøres i alle klinikkens avdelinger
- Innført 12,5 timers vakter i Blodsykdommer (realistisk og komplett bemanningsplan i helgene)
- Delte stillinger mellom avdelinger for gi dekning for bemanning i helgene.
- Partssammensatt samarbeid i flere avdelinger vedr. overtid/AML-brudd, sykefravær, arbeidsmiljø mv.
- Flere tiltak for økt andel deltakelse i helgearbeid i sykepleietjenesten

Hjerte-, Lunge- og Karklinikken (HLK)

1. Aktivitet og inntekter

- Kardiologisk avdeling hadde i 2014 problemer pga. mangelfullt eller sviktende utstyr. Dette er nå ordnet og avdelingen har økt aktiviteten. Pr. mars er det en merinntekt svarende til 225 DRG poeng ut over plan og 475 DRG poeng mer enn 2014.
- Behandling med TAVI (mini-invasiv hjerteventil) øker fra 75 til 160 pasienter i 2015.
- Forestående overføring av PCI til AHUS er en usikkerhetsfaktor for økonomisk resultat. Vil gi et betydelig inntektstap med negativ effekt på bunnlinje.
- Thoraxkirurgisk avdeling har reduksjon i antall åpne hjerteoperasjoner og lungeoperasjoner. Dette tilsvarer 375 DRG poeng, og er 417 færre poeng enn i 2014.
- Øker antall polikliniske konsultasjoner med 2 pasienter per dag (utgjør en økning på om lag 800 konsultasjoner per år).

- Klinikken utreder omgjøring av deler av sengepost til 5 døgn dagpost. På denne måten flyttes pasienter til lavere omsorgsnivå. Dette vil redusere pleiekostnadene.

2. Varekostnader

- HLK har egen ressurs til å fokusere på bruk av avtaler innefor klinikkens fagområder. Bruker "leverandørstatistikk" for å se på avtalelojalitet og gjør analyser på aktuelle fagområder. Vil gi bedre styring med vareforbruk.

3. Lønnskostnader

- Klinikken forventer en helårseffekt av reduksjon med 2 overleger som gikk av i 2014, og som ikke er erstattet.
- Reduksjon med 2 overleger i 2015 ved at 2 overleger som pensjoneres ikke erstattes.
- Lungeavdelingen har innført et samarbeid mellom lege og sykepleier ved vurdering av behovet for innleie sett opp mot pasientsammensetningen og pleietyngde til enhver tid.

Akuttklinikken (AKU)

1. Aktivitet og inntekter

- Klinikken har via klinikkleder, Driftsstyret og Driftsrådene en rolle som aktiv pådriver for bedre koordinering av all operasjonsstueaktivitet i OUS og jobber aktivt for at PO og intentsiv kapasitet ikke skal begrense annen aktivitet ved OUS.
- Smerteavdelingen har en aktivitet litt over budsjett. Det er både flere polikliniske konsultasjoner og flere inngrep av smertesensorer. Dette gir økt DRG i 2015 i forhold til 2014.

2. Varekostnader

- Klinikken har kontinuerlig fokus på å bruke avtaleleverandører og melder fra hvis det er områder som ikke har avtaledekning.
- Klinikken har tiltak på reduserte kostnader til medikamenter på 2,0 mnok. Tiltaket er innfridd pr mars.

- Klinikken har et stort merforbruk innenfor andre driftskostnader. Det er igangsatt arbeid på å gjennomgå alle konti på alle avdelinger/ seksjoner/ kostnadssteder for å analysere dette merforbruket. Innkjøpsstopp vurderes.

3. Lønnskostnader

- Klinikken går i balanse pr. mars på innleie og lønn samlet.
- Klinikken ser noen utfordringer utover året på enkelte enheter på personellsiden og gjennomfører egne oppfølgingsmøter med disse nå i april for å sette inn tiltak for å unngå et merforbruk i 2015.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon (KDI)

1. Aktivitet og inntekter

Inntekter for KDI er ihht plan pr mars 2015.

- Avdeling for medisinsk genetikk har positive avvik (høyere inntekter enn budsjettet)
- Avdeling for radiologi og nukleærmedisin (PET) hadde lavere inntektstall enn budsjett i jan-feb, men er i mars på plan. Avdelingen har også startet som planlagt med PET hjerneundersøkelser som styrker inntektsgrunnlaget.
- Avdeling for mikrobiologi fortsetter å tape aktivitet til det private og har negative avvik. Det er imidlertid kun poliklinisk aktivitet som er lavere, inneliggende aktivitet er økende – noe som presser avdelingen økonomisk. Det arbeides med flere tiltak som vil øke poliklinisk aktivitet i 2015 og 2016.
- Aktivitet for KDI er på plan pr mars 2015, men det er en dreining mot mer inneliggende aktivitet og mer aktivitet enn DRG-økningen på klinisk side skulle tilsi. Dette vil møtes med mer dialog med klinikerne om riktig bruk av våre tjenester.

2. Varekostnader

- KDI har siden 2013/14 hatt et tett samarbeid med innkjøp for å lage og gjennomføre en anskaffelsesplan for videre innkjøpsarbeid. Planen har inneholdt 21 konkrete avtaler som skulle vurderes. Ca halvparten av punktene er avsluttet pr 2014 med gode resultater. Estimert økonomisk gevinst for 2014 var på 4,3 mnok – noe som er en besparelse på 9%. For 2015 forventer vi en tilsvarende effekt.

Økonomisk effekt er kun et delmål for dette arbeidet. Avtaledekning og avtalelojalitet er vel så viktige mål.

- KDI har pr mars et negativt avvik på varekostnader. For poliklinisk aktivitet kompenseres avvik på varekostnader delvis med høyere inntekter. Økt bruk av nye og dyrere metodikker gir også økte varekostnader, noe som er analogt med utviklingen i de kirurgiske klinikkene. Klinikken vil derfor be avdelingene gjennomgå bruken av spesielt kostbare metodikker. I tillegg vil KDI vurdere i samarbeid med Innkjøp om betingelsene i avtalene for leveranse av slikt utstyr kan forbedres.

3. Lønnskostnader

- KDI er i hht budsjett både ihht resultat og årsverksbudsjett.
- Alle ansettelser behandles i klinikkens stillingsutvalg og søknadene reflekterer generelt en god ledelsesmessig forståelse i klinikken for forutsetningene for ansettelse i ledige stillinger.

Oslo sykehuservice (OSS)

- OSS er gitt i oppgave å drifte nytt MTU system Endobase/ ComPacs. På bakgrunn av dette må OSS justere interne prioriteringer. OSS vil vurdere midlertidig eller permanent nedjustering av service og vedlikehold av medisinsk teknisk utstyr.
- OSS vurderer alternativ oppgaveløsning av vaskeritjenester som i dag har en krevende driftssituasjon.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

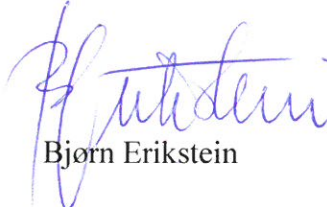
Dato møte:	30. april 2015
Saksbehandler:	Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Vedlegg:	<ol style="list-style-type: none">1. Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2016-2019 (2035) for Oslo universitetssykehus HF2. Investeringsplan MTU3. Investeringsplan bygg4. Investeringsplan IKT5. Investeringsplan øvrige investeringer6. Drøftingsprotokoll

SAK 27/2015 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2016-2019 (35)

Forslag til vedtak

1. *Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.*
2. *Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring de nærmeste årene er svært krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av nødvendige investeringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr.*
3. *Styret konstaterer at det fortsatt er en betydelig utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en bærekraftig økonomisk utvikling de neste årene. Styret ber administrerende direktør om å forberede en sak til styremøtet 25. juni der arbeidet med effektivisering av driften konkretiseres ytterligere.*

Oslo den 23. april 2015



Bjørn Erikstein

1. Innledning

Forslaget til økonomisk langtidsplan 2015-2019(35) bygger på økonomisk langtidsplan 2015-2018(30) som ble vedtatt av styret i Oslo universitetssykehus HF 24. april 2014. Mer spesifikt er det lagt til grunn følgende:

- Gjeldende inntekts- og finansieringsregime i HSØ, herunder forutsetninger om likviditetsstyring og inntektsvekst.
- Vurdering av investeringsbehov i Oslo universitetssykehus HF de nærmeste årene (medisinsk-teknisk utstyr, bygninger, IKT og øvrige investeringer). Disse vurderingene er ikke vesentlig endret fra fjoråret, men er gitt en mer grundig vurdering enn tidligere, jf vedlagte områdeplaner.
- Resultatmål som i økonomisk langtidsplan 2015-2018(35)
- Anslag for kostnadene knyttet til første etappe (byggetrinn) som følge av OUS idefase, jf styrets vedtak 9. april 2015.

Denne styresaken består av administrerende direktør sin vurdering og kort omtale av hovedpunktene i økonomisk langtidsplan. I vedlegget følger et dokument som fulgte oversendelsen av økonomisk langtidsplan til Helse Sør-Øst RHF den 22. april som inneholder nærmere beskrivelser og tabeller. Det detaljerte tallgrunnlaget som er sendt til Helse Sør-Øst RHF vedlegges ikke, men hovedtallene er identiske med tallene i vedlegget.

I tillegg er det lagt ved underlag for vurdering av investeringsbehovene for årene framover – såkalte områdeplaner – for MTU, bygg, IKT og øvrige investeringer. Det understrekes at disse dokumentene ikke inneholder noen beslutninger eller forslag om det, men kun er utarbeidet for å ha et bedre grunnlag for å tallfeste investeringene i økonomisk langtidsplan.

Helse Sør-Øst RHF er informert om at styret i Oslo universitetssykehus HF behandler saken den 30. april og at en ny leveranse vil foreligge den 5. mai dersom styret ønsker å endre tallgrunnlag eller fremstilling i saken.

Helse Sør-Øst RHF vil behandle sin økonomiske langtidsplan for perioden 2016-2019 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 2016-2019 i styret for Oslo universitetssykehus HF.

2. Tidligere vedtak

Det er ikke foretatt tidligere vedtak i denne saken. Økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35) ble vedtatt av styret 24. april 2014 som sak 23/2014.

3. Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør legger med dette fram sitt forslag til økonomisk langtidsplan for 2016-2019. Forutsatt styrets tilslutning vil denne planen ligge til grunn for arbeidet i foretaket i planperioden og forberedelsene til arbeidet med budsjett 2016.

Administrerende direktør mener at gjennomføring av økonomisk langtidsplan 2016-2019 innebærer en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus HF. Det omfattende behovet for gjennomføring av investeringer medfører et finansieringsbehov. Deler av finansieringsbehovet må dekkes med en betydelig bedring av driftsresultatene i Oslo universitetssykehus HF.

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 i oppgraderinger og håndtering av tilsynspålegg de første årene og deretter gjennomføring av en første etappe av den mer langsiktige utviklingen av eiendomsmassen til Oslo universitetssykehus HF. For den langsiktige utvikling henvises det til slutfasen av idéfaseprosjektet slik den ble behandlet i styremøte 9. april i år.

Behovene for investeringer er så vidt store innenfor både bygninger, MTU og IKT at investeringsbudsjettet innebærer meget vanskelige avveininger og prioriteringer. I forslaget til økonomisk langtidsplan er det gjort foreløpige avveininger mellom investeringsområdene, men de endelige budsjettene vil først bli vedtatt i de årlige budsjettbehandlingene i desember.

Administrerende direktør vil understreke at for å kunne finansiere omfattende investeringer er det 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, avhengig av fremdrift kan dette legge til rette for bedre produktivitet i planperioden.

Administrerende direktør konstaterer at behovet for særskilt finansiering av investeringer til bygg og medisinsk teknisk utstyr er spesielt stort i perioden 2016-2019. Det er derfor av stor betydning for sykehuset at lånesøknad til Helse og omsorgsdepartementet blir prioritert i statsbudsjettet for 2016.

4. Fakta

I denne saken gjengis de viktigste områdene ved behandling av økonomisk langtidsplan. Økonomisk langtidsplan omfatter alle årene 2016 til 2035 med hovedvekt på de nærmeste årene (fram mot 2019).

Økonomiske rammer og aktivitetsforutsetninger for budsjett 2016-2019

Det er mottatt økonomiske rammer for Oslo universitetssykehus HF i planperioden. Rammene innebærer en økning av de økonomiske inntektsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF i planperioden. Fra 2015

budsjett til 2016 budsjett innebærer dette om lag 75 mill kroner i økt ramme (eksklusive pensjon og samhandling). For påfølgende år er økningen i gjennomsnitt på om lag 100 mill kroner. 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. Det vil planlegges ut fra at veksten innen psykisk helsevern skal være større enn for somatikk.

Rammene og aktivitetskravet er foreløpige. Endelig ramme og aktivitetskrav for 2016 budsjettet for Oslo universitetssykehus HF besluttes av Helse Sør-Øst RHF og vil først foreligge primo november 2015.

Planlagte investeringer i økonomisk langtidsplan

Det er utarbeidet forslag til investeringsbudsjett for planperioden 2016-2019. Foreliggende planer for omstillingsinvesteringer er innarbeidet. I påvente av idéfasearbeidet er det innarbeidet ett beregnet investeringsnivå for etappe 1 med nybygg og oppgraderinger i perioden 2017 til 2023. Det er ikke lagt inn et bærekraftig investeringsnivå for enten erstatning eller oppgradering av gamle bygg etter 2023.

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, søknader om lån til Helse- og omsorgsdepartementet, og avdrag på basisfordring fra Helse Sør-Øst RHF i planperioden.

Resultatkrav og resultatbudsjett

Det er lagt til grunn de samme økonomiske resultatkrav som i forrige økonomiske langtidsplan (300 mill kroner i 2016, 450 mill kroner i 2017 og 600 mill kroner i 2018 og resten av planperioden). Dette vurderes å være i samsvar med overordnede krav fra Helse Sør-Øst RHF og vurderes å være nødvendig for å kunne finansiere de forutsatte investeringene i MTU, bygg mv.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologikostnadene (IKT) forventes å øke med om lag 270 mill kroner fra budsjett 2015 til budsjett 2019. 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 2 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 om lag på, eller noe lavere enn nivået for 2015 budsjettet samtidig som aktiviteten skal øke.

Oslo universitetssykehus HF

Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2016-2019 (2035) for Oslo universitetssykehus HF

Innledning - Sammendrag

Etter behandling av Økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35) i 2014 er det kommet flere endringer i inntekts- og kostnadsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF både for 2015 og for årene etter. De viktigste er lavere aktivitetsbaserte inntekter som følge av effektivitets- og avbyråkratiseringsreformen, lavere basisinntekter fra Helse Sør-Øst RHF og ett høyere nivå på driftskostnader ved inngangen til 2015 enn det som tidligere var forutsatt.

Oslo universitetssykehus HF står 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 lånefinansiering av nødvendige investeringer.

Oslo universitetssykehus HF innførte i 2014 nytt pasientadministrativt system / elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ), og det arbeides videre med utvikling og opplæring i systemet i 2015. Det pågår samtidig et omfattende arbeid for å redusere ventetider, antallet fristbrudd og etablere effektive pasientsløyfer. 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. Med de økonomiske rammene som er stilt til utsikt og de investeringsbehovene som foreligger 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 opplæring 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. Neste fase i utredningen (idéfasearbeidet) gjennomføres i resten av 2015 og vil bli lagt fram for styret den 17. desember 2015. Oslo universitetssykehus HF leverer derfor ikke nye

beregninger for totale utbyggings- og ombyggingskostnader for perioden 2016-2035 i denne økonomiske langtidsplanen. Det som er lagt inn i langtidsplanen nå er et investeringsnivå i perioden 2016-2023 som kan sikre gjennomføring av en første etappe av utviklingen av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF. Første etappe er etter dialog med Helse Sør-Øst RHF om finansieringsmulighetene vurdert til om lag 10 milliarder kroner. Fra 2024 er det lagt inn et investeringsnivå som er nødvendig for å sikre videre forsvarlig drift i planperioden fram til 2035. På grunn av manglende informasjon er det ikke lagt inn forutsetninger om investeringer i senere etapper.

I idéfasen blir det arbeidet videre med tre alternativer for videre utvikling av bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF. Det inngår et null-alternativ der virksomheten drives slik som i dag, men med påkrevet tekniske oppgraderinger og ombygginger av bygningsmassen på alle store lokaliseringer (Aker, Ullevål, Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Dikemark, SSE, Sognsvannsveien og Gaustad) samt enkelte erstatningsbygg/nybygg for å håndtere befolkningsveksten. Omfanget av de samlede investeringene i dette alternativet er anslått til om lag 30 milliarder kroner inklusive byggelånsrenter.

Det fremgår av omtalen nedenfor at Oslo universitetssykehus HF legger opp til betydelig aktivitetsvekst de kommende årene. Dette må særlig sees på bakgrunn av befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå som viser en vekst i innbyggertallet i Oslo sykehusområde på over 37 000 personer (7,0 pst) fra 2015 til 2019 og på 135 000 personer (4,7 pst) i helseregionen i samme periode. Nødvendigheten av en aktivitetsvekst representerer en stor utfordring for sykehuset. De viktigste virkemidlene for å kunne gjennomføre denne vil være arealprosjekter (og nybygg som del av etappe 1), bedre pasientforløp enn i dag, mer effektiv bruk av sykehusets personale (jf omtale i avsnitt 5) og prioritering av ressursene mot der det er registrert flaskehalser.

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. Frem til implementeringen av DIPS var det en positiv utvikling på disse områdene. DIPS-implementeringen gav midlertidige utfordringer i oppfølging av ventetider og fristbrudd, men tallene hittil i år viser ny nedgang.

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 private spesialister og tilpasning av kapasitet til behov ved overordnet prioritering.

b. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %

Oslo universitetssykehus HF gjennomfører jevnlig registreringer av sykehusinfeksjoner, og målet er at sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 %. Resultatene fra infeksjonsregistreringene inklusive fremstilling av utvikling brukes i oppfølgingen av de enkelte klinikker og avdelinger. 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 andre rutiner for forebygging av infeksjoner. Infeksjoner med resistente bakterier utgjør et spesielt viktig problem hvor vi må forsterke vår innsats. 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. Etter innføringen av DIPS har sykehuset fått 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 2014 ble det ikke gjennomført medarbeiderundersøkelse ettersom foretaket brukte mye ressurser på innføring av DIPS. Undersøkelsene tas opp igjen i 2015. Det var positiv utviklingen i svarprosent fra 2012 til 2013. Målene for planperioden er å oppnå en svarprosent på 70 pst for alle enhetene i foretaket, 80 pst for tilbakemeldingsmøter og 100 pst for utviklingssamtaler (jf. HR-strategien). I 2013 ble elektronisk handlingsplan innført for alle klinikker. For å nå ambisjonsnivået for oppfølging av medarbeiderundersøkelsen i planperioden jobbes det med tiltak innenfor opplæring og støtte til ledere mht gjennomføring ved at klinikkene har dedikerte veiledere. Det er også en tett oppfølging av klinikkens fremdrift og gjennomføringskvalitet

e. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer

Dette er omtalt under kapittel 2 og 5.

2. Overordnet vurdering av situasjonen i Oslo universitetssykehus HF

Etter behandling av Økonomisk langtidsplan 2015-2018 (35) i 2014 er den økonomiske utsiktene for Oslo universitetssykehus HF noe endret. De viktigste forholdene er lavere aktivitetsbaserte inntekter som følge av effektivitets- og avbyråkratiseringsreformen, lavere forventede basisinntekter fra Helse Sør-Øst RHF og ett høyere nivå på driftskostnader ved inngangen til 2015 enn det som tidligere var forutsatt.

I tabell 1 vises foreløpige inntektsrammer for sykehuset. Rammene øker med 39 mill kroner fra 2015 til 2016 og deretter årlig med i underkant av 100 mill kroner. I rammetildeling fra ØLP 2015-2018 var det for Oslo universitetssykehus HF beregnet vekst i inntekter på ytterligere 200 mill kroner frem til 2018. Reduksjonen skyldes i hovedsak at det er holdt igjen mer midler i det regionale foretaket til regionale prioriteringer og investeringer, men også en noe lavere forventning om vekst i befolkningen i Oslo og regionen.

Uttrekk på grunn av samhandlingsreformen refererer til oppbyggingen av kommunal akutt døgnenhet (KAD) som for 2015 budsjetteres som en fakturert kostnad fra Oslo kommune med 24 mill kroner (se kapittel 4).

Beregning av foreløpig inntektsramme (tusen kroner)	2016	2017	2018	2019
Basisramme forrige periode	11 966 030	12 281 279	12 381 870	12 477 321
Uttrekk av korrigering 2015 pga feil	-21 237	-	-	-
Omfordeling inntektsmodell	49 013	52 937	47 638	45 288
Forskuttet økt basis 2015 sfa økte pensjonskostnader	276 411	-	-	-
Finansiering av økt aktivitet	47 456	47 654	47 813	47 958
Uttrekk samhandlingsreformen	-36 395	-	-	-
	12 281 278	12 381 870	12 477 321	12 570 567

Tabell 1: Foreløpige inntektsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF til benyttelse i økonomisk langtidsplan 2016-2019

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 mange virksomheter er det samtidig slik at forutsetningene for å effektivisere er enklere når aktiviteten i en virksomhet er i vekst.

Som følge av inngangsfarten inn i 2015 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 lite positivt resultat i 2014 til en situasjon med betydelige overskudd. Som følge av de store behovene for investeringer er resultatmålene fra økonomisk langtidsplan 2015-2018 videreført i økonomisk langtidsplan 2016-2019. Det er lagt til grunn et krav til effektivisering av den operasjonelle driften på om lag 2 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.

Resultatbudsjett ØLP ¹⁾ <i>(mill kroner)</i>	Budsjett 2015	ØLP 2016	ØLP 2017	ØLP 2018	ØLP 2019
Basisramme	12 079	12 395	12 495	12 591	12 684
Aktivitetsbaserte inntekter	7 621	7 735	7 851	7 969	8 088
Andre driftsinntekter	1 913	1 925	1 937	1 949	1 961
Sum driftsinntekter	21 613	22 055	22 283	22 509	22 733
Varekostnader	2 928	2 985	3 043	3 104	3 167
Lønn- og innleiekostnader	12 018	11 905	11 871	11 831	11 887
Pensjon	2 755	3 036	3 027	3 017	3 031
Avskrivninger	862	901	898	868	898
Andre driftskostnader	2 863	2 923	2 990	3 081	3 130
Sum driftskostnader	21 426	21 750	21 829	21 900	22 113
Resultat før finans	188	305	454	609	620
Netto finans	13	5	4	9	20
Driftsresultat	175	300	450	600	600
IKT kostnader	1 041	1 102	1 168	1 259	1 310

Tabell 2: Resultatbudsjett 2015-2019 med alle tall i 2015 priser

Den mest fremtredende dreining i kostnader som forventes å finne sted i langtidsplanperioden er økningen i IKT-kostnader på om lag 270 millioner kroner fra budsjett 2015 til budsjett 2019. Oslo universitetssykehus HF har beregnet fremtidig kostnadsnivå innenfor IKT både ut fra tallgrunnlag mottatt fra Sykehuspartner og egne vurderinger (se eget vedlegg investeringsplan IKT). 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. Oslo universitetssykehus HF har vurdert å budsjettere med tjenestekjøp av tungregne- og tunglagringskapasitet hos en ekstern tjenesteleverandør for å dekke sykehusets behov for slik kapasitet innen persontilpasset medisin (DNA sekvensering). Det er foreløpig ikke lagt inn kostnader for kjøp av denne type tjenester i perioden 2016-2019. Arbeidet med IKT- budsjettet for 2016 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 2016 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.

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 lagt til grunn økning i medikamentkostnader på 4,3 prosent per år. Dette er basert på prognose utarbeidet av sykehusapotekene. Økningen hensyntar ikke eventuelle ytterligere nye kostnader over H-reseptordningen. Det er ikke gjort andre vurderinger eller hensyn ift om foretaket må finansiere ytterligere nye medikamentelle satsingsområder enn det som ligger i en årlig vekst på 4,3 prosent.

Øvrige varekostnader er budsjettet med 1 prosent vekst 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 og derfor gi en noe lavere vekst i varekostnader enn det aktivitetsvekt på 1,5 prosent ville tilsi. HINAS forventes å inngå flere avtaler i langtidsplanperioden slik at en større andel av innkjøp til Oslo universitetssykehus HF blir dekket gjennom disse avtalene. Andre driftskostnader eksklusive IKT- kostnader er ikke endret i langtidsplanperioden.

Avskrivningskostnader tar en noe større del av kostnadsbudsjettet i planperioden med en økning på om lag 40 millioner kroner fra budsjett 2015 til 2019. Dette følger av et høyere investeringsnivå i planperioden enn gjennomsnittlig investeringsnivå etter fusjonen av foretakene i 2009. Dette motvirkes av at store deler av de aktiverte byggekostnadene for Rikshospitalet vil være ferdig avskrevet i 2017. Netto finanskostnader er om lag uendret fra budsjett 2015 til 2019.

Med de endringer som er omtalt i avsnittene 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 2015-budsjettet til 2019-budsjettet innebærer disse endringene i forutsetningene samlet et krav til å redusere lønns- og personalkostnadene med om lag 130 mill kroner.

I planperioden skal det håndteres en vekst i aktivitet som foreløpig er vurdert til 1,5 pst per år innen somatikk og vekst i psykisk helsevern som er høyere enn dette. Veksten skal håndteres parallelt med en bedring av kvaliteten i behandlingen. Basert på de forutsetninger som gjelder må den veksten som er forespeilet i hele langtidsplanperioden fra 2015 til 2019 kunne håndteres samtidig som lønnskostnadene og også antall årsverk i virksomheten reduseres noe. Det vil si at kravet til produktivitetsvekst er betydelig og i gjennomsnitt på om lag 2 pst per år.

b. Finansielle poster, herunder likviditet og tiltak for å holde denne innenfor gitt driftskredittramme.

I perioden fram mot 2019 er det lagt til grunn et investeringsnivå, nedbetaling av gjeld og overskuddskrav som medfører et nivå for driftskreditt som er om lag 500 mill kroner lavere enn ved utgangen av 2015. Endringen har i hovedsak sammenheng med økende årlige overskudd i planperioden og at overskuddene først disponeres det påfølgende året til investeringer.

Rentebærende basisfordring på Helse Sør-Øst RHF forventes å øke med om lag 300 mill kroner i planperioden. Da er det hensyntatt at deler av etappe 1 (idéfase nye bygg) finansieres med likviditet fra Helse Sør-Øst RHF som kommer til fratrekk i basisfordringen (se kapittel 5 for ytterligere omtale).

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 mot slutten av planperioden. Egenkapitalen styrkes i takt med den positive resultatutviklingen fra 2015 budsjettet.

<i>(mill. kroner)</i>					
	Budsjett	ØLP	ØLP	ØLP	ØLP
EIENDELER	31.12.2015	31.12.2016	31.12.2017	31.12.2018	31.12.2019
Tomter, bygninger og annen fast eiendom	9 807	10 074	10 236	10 791	11 342
MTU, inventar, transportmidler og lignende	1 421	1 492	1 593	1 668	1 881
Anlegg under utførelse	454	454	454	754	1 954
Sum varige driftsmidler	11 682	12 020	12 283	13 213	15 176
Basisfordring på HSØ RHF	3 018	3 169	3 410	3 490	3 301
Øvrige finansielle anleggsmidler	2 840	2 894	2 943	2 987	3 026
Sum omløpsmidler	2 250	2 391	2 553	2 717	2 738
SUM EIENDELER	19 790	20 474	21 190	22 407	24 241
EGENKAPITAL OG GJELD	Budsjett	ØLP	ØLP	ØLP	ØLP
	31.12.2015	31.12.2016	31.12.2017	31.12.2018	31.12.2019
Sum egenkapital	8 210	8 510	8 960	9 560	10 160
Sum avsetninger for forpliktelser	1 690	1 633	1 576	1 519	1 462
Sum annen langsiktig gjeld	2 045	2 485	2 808	3 483	4 773
Driftskreditt	3 329	3 143	2 981	2 817	2 797
Annen kortsiktig gjeld	4 518	4 703	4 865	5 029	5 049
Sum kortsiktig gjeld	7 846	7 846	7 846	7 846	7 846
EGENKAPITAL OG GJELD	19 790	20 474	21 190	22 407	24 241

Tabell 4: Utvikling i balanseposter i langtidspanperioden 2016-2019

c. Andre forhold

Det er ikke, som del av arbeidet med økonomisk langtidspan, vurdert om det er forhold som vil gi vesentlige endringer i lønnsammensetning mellom fast lønn, variable lønnskostnader og innleie. Det er derfor lagt til grunn om lag tilsvarende sammensetning av lønns- og innleiekostnader som for budsjett 2015. Vurderinger vil bli gjort som del av den årlige detaljerte budsjettutarbeidelse. Det er en ambisjon for Oslo universitetssykehus HF å redusere andelen innleiekostnader. Lønnsgradning er ikke særskilt vurdert, men vil kunne bidra til å øke utfordringen i forhold til å oppnå den nødvendige resultatforbedring i foretaket.

For gjennomføring av økt aktivitet har det vært en utfordring å få på plass tilstrekkelig kvalifisert personell. Dette gjelder særskilt spesialsykepleiere inklusive operasjonssykepleiere. Betingelsene ved gjennomføring av videreutdanning til spesialsykepleiere ble betydelig bedret fra 2013 og denne ordningen er forutsatt videreført. Dette har økt antallet sykepleiere som søker seg til videre utdanning og spesialisering.

Oslo universitetssykehus HF var i årene 2011-2012, som følge av overføringen av opptaksområder, inne i en periode der de økonomiske rammene krevde produktivtvekst samtidig som aktiviteten ble redusert. Resultatet ble store driftsunderskudd. Oslo universitetssykehus HF er nå i en vekstsituasjon når det gjelder aktivitet. Sykehuset leverte et resultat som var bedre enn det økonomiske målet i 2014 med et positivt budsjettavvik på om lag 25 mill kroner. Gjennomføringen av det budsjetterte resultatet på 175 mill kroner i overskudd for 2015 vurderes fortsatt å være beheftet med usikkerhet. 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 tidligere 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 ble i 2014 utarbeidet en nasjonal utredning om persontilpasset medisin, som i 2015 skal videreutvikles til en nasjonal strategi på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Utviklingen belyses også i Helse- og omsorgsdepartementets

nye strategi for forskning og innovasjon, 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 flere pasienter får tilbud om å delta 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). I oppdragsdokumentet for 2015 er Oslo universitetssykehus bedt om å styrke infrastruktur, utprøvingseenheter og støttefunksjoner for kliniske studier. Helse Sør-Øst bidrar i en treårsperiode (2013-2015) med kun en begrenset prosjektfinansiering for styrket infrastruktur for kliniske studier ved Oslo universitetssykehus HF, som dekker noen begrensede støttefunksjoner. Behovet for styrket kapasitet til å gjennomføre studier har dermed ikke en avklart framtidig finansiering.

3. Vekst i aktivitet innen tjenesteområdene

Somatikk

Det er lagt til grunn en vekst i pasientbehandlingen målt i antall DRG-poeng på 1,5 pst per år i planperioden. 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 + 2 pst).
- Samlet bidrar dette til at Oslo har en ung befolkning sammenliknet med landsgjennomsnittet. Den etablerte funksjonsfordelingen mellom sykehusene i Oslo medfører at Oslo universitetssykehus HF 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), nevrologi og dialyse.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det er foreløpig ikke utarbeidet en intern fordeling av budsjettet mellom tjenesteområdene i Oslo universitetssykehus HF, men det planlegges ut fra at vekst skal bli større innen psykisk helsevern enn vekst i somatisk virksomhet. Veksten vil sammenlignes med tjenesteområde somatikk innenfor både aktivitet, bemanning og kostnader.

	Endring 2016 vs 2015 %	Endring 2017 vs 2016 %	Endring 2018 vs 2017 %	Endring 2019 vs 2018 %
PSYKISK HELSEVERN VOKSNE (VOP)				
Ant. utskrevne pasienter døgntil behandling	2,0 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Ant. polikliniske konsultasjoner - refusjonsberettiget	1,8 %	1,8 %	1,8 %	1,8 %
PSYKISK HELSEVERN BARN OG UNGE (BUP)				
Antall utskrevne pasienter - døgntil behandling	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Ant. polikliniske konsultasjoner - refusjonsberettiget	1,4 %	1,4 %	1,4 %	1,4 %
TVERRFAGLIG SPESIALISERT BEHANDLING RUSMIDDELAVHENGIGE (TSB)				
Antall liggedøgn - døgntil behandling	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Ant. oppholdsdager dagbehandling	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Ant. polikliniske konsultasjoner - refusjonsberettiget	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %

Tabell 4: Planlagt prosentvis aktivitetsutvikling innen psykisk helsevern fra 2015-2019

Etter innføring av DIPS i oktober 2014 har det vært noe usikkerhet knyttet til rapportering av aktivitetstall. Det forutsettes at dette er avklart i løpet av 2015. I tabell 4 vises forventet utvikling i aktivitet fra budsjett 2015. Styrende dokumenter forutsetter fremdeles en dreining i pasientbehandlingen fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling.

Psykisk helsevern for voksne (VOP)

Måltall for døgntil behandling avhenger av den pasienttyngden sengepostene har. I perioder kan sengeposter ha pasienter med kompliserte tilstander som krever høyere pleiefaktor. I slike situasjoner kan poster velge å redusere pasientantallet (beleggsprosenten) og derav oppnå et lavere antall utskrivninger som kun telles i antall og ikke etter tyngde.

Inkludert i antall utskrivninger er det i måltallene hensyntatt at et fast antall plasser til Akershus universitetssykehus HF opphører i to trinn, 10 plasser fra juli 2015 og ytterligere 18 plasser fra 1.1.2017.

Ut fra faglige vurderinger etablerer DPS'ene gruppeterapi innenfor poliklinisk behandling. En gruppe kan bestå av 6-8 pasienter, men aktiviteten måles som om det er utført en konsultasjon på en pasient. Det reelle behandlingens volum vil derfor ikke fremstå i måltallene over og det forventes derfor en lavere målt aktivitetsvekst (1,8 prosent per år) for polikliniske konsultasjoner enn faktisk vekst i behandling.

Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)

Hittil i 2015 har det vært et stort press på døgnavdelingen med mange unge med alvorlige tilstander som trenger lengre behandling i sykehus. Dette har medført at en del pasienter har måttet vente lenge på innleggelse. Intermediær døgntil behandling bruker nå større del av sin kapasitet til behandlinger med lengre varighet og dette reduserer derfor antall utskrivninger fra døgntil behandling. Behandlingen av barn og ungdom krever og involverer også pårørende. Dette medfører arbeid/aktivitet fra behandlere som ikke kan registreres og måles.

Når døgnavdeling har stort press behandler også poliklinikkene pasienter med mer kompliserte tilstander. Dette reduserer den polikliniske kapasiteten for øvrige pasienter. Dialektisk atferdsterapi (DBT) er en godt dokumentert behandlingsform for pasienter med selv-skading og selvmordatferd og som kan bidra til å erstatte behovet for innleggelser. Metoden omfatter behandling i grupper med totalt 10 og 15 deltagere per gruppe. For dette får poliklinikken registrert kun ett refusjonsberettiget tiltak. DBT-metodikken krever at det er to terapeuter med i hver gruppe. I tillegg får pasientene et individualtilbud, og de får "coaching" på kveldene ved behov. Oslo

universitetssykehus HF vurdering er at dette er et godt faglig tilbud som gir god effekt, men i liten grad fremkommer av aktivitetsrapporteringen og målet om vekst i antallet polikliniske konsultasjoner på 1,4 prosent per år. Tilbudet kan også bidra til reduksjon i den polikliniske kapasiteten for øvrige pasienter.

TSB

I 2015 har det vært et høyt antall avbrudd med tilbakefall og overføring til annet behandlingssted utenfor Oslo universitetssykehus HF eller til førstelinjetjenesten, samt drop-out-teamet. Innenfor døgnbehandlingen igangsettes et prosjekt for å se på bruk av tvangsplasser i avdelingen, da disse opptar en ekstra seng som ikke kan brukes til ordinær drift. Døgnbehandlingen påvirkes også av flere kortere innleggelsesforløp, samt pasientbestemte avbrudd og færre henvisninger i perioden.

For planperioden er det etter foretakets vurdering fortsatt usikkerhet om vekst vil komme innenfor helseforetaket eller hos private leverandører. På denne bakgrunn er det ikke lagt til grunn vekst i dag- og døgnbehandling i planperioden.

4. Utbygging av øyeblikkelig hjelptilbudet i Oslo kommune

Oslo universitetssykehus HF forventet ingen stor effekt i form av redusert aktivitet pga åpningen av kommunal akutt døgnenhet (KAD). KAD driftes nå med 52 senger og dette planlegges økt til 73 senger i inneværende år. Sengene er ment å avlaste Akershus universitetssykehus HF, Lovisenberg diakonale sykehus AS, Diakonhjemmet sykehus AS og Oslo universitetssykehus HF. Så langt har ikke åpningen av KAD gitt store og observerbare utslag, og det har ikke vært mulig å redusere antallet senger eller bemanningen i Oslo universitetssykehus HF som følge av dette. Det har imidlertid vært en betydelig befolkningsvekst i Oslo og også en økning av eldre med økt sykdomsbelastning i denne perioden. KAD kan ha vært en viktig faktor for demme opp for behov for å øke sengetallet ved Oslo universitetssykehus HF. Det overføres betydelige midler fra Oslo universitetssykehus HF til Oslo kommune for å dekke satsingen på KAD. Det pågår et omfattende forskningsprosjekt i regi av Universitetet i Oslo for å anslå effektene av etablering av KAD. Dette arbeidet har et langsiktig perspektiv. Det er bekymringsfullt om etableringen av KAD ikke gir seg utslag i sengereduksjoner i sykehusene, og det er derfor viktig å følge opp bruken av sengene.

Det arbeides også med andre virkemidler for å redusere behovet for innleggelser/polikliniske konsultasjoner i sykehuset i samarbeid med Oslo kommune, blant annet prosjekt akutt/subakutt funksjonssvikt, tilsyn til sårpasienter ved sykehjemmene, praksiskonsulentordning for sykepleiere fra bydel og 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

Oslo universitetssykehus HF forventer også at Oslo kommune i større grad vil bidra til vurdering og triagering av pasienter til rett behandlingsnivå ved å styrke kompetansen i dagens legevakter.

5. Tiltak for å oppnå budsjettert resultatutvikling og finansiering av planlagte investeringer

I budsjettprosessen for 2015 og administrerende direktørs løpende oppfølging av klinikkens drift er det ett fokus på effektivisering av virksomheten. Hovedstrategien for sykehuset har vært å redusere flaskehals og øke aktiviteten med påfølgende inntekter uten tilsvarende økning i bemanning. Det er rettet særskilt oppmerksomhet og arbeid inn mot gjennomføring av aktivitet på følgende to områder:

- Effektivitet ved poliklinikkene
- 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 2016-2019 (35) er klinikkene bedt om å beskrive områder for tiltak som kan gi produktivetsforbedringer i perioden. Konkrete tiltak er foreløpig ikke drøftet i klinikkene. Foreløpig vurdering av effekt på de områder klinikkene arbeider med viser et potensial for betydelig resultatforbedring, men den er ikke tilstrekkelig til å håndtere det effektiviseringskravet Oslo universitetssykehus HF planlegger for.

Ledelsen i Oslo universitetssykehus HF er i prosess for å finne nye områder som det skal arbeides særskilt med for budsjett 2016 og langtidsplanperioden. Det legges 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. Vinteren 2015 er det gjennomført en samling med ledere i Oslo universitetssykehus HF der tema var virksomhetsforbedringer (LEAN). 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, og det er igangsatt mange prosjekter ute i klinikkene. Det er forventet at disse initiativene på sikt vil gi bedre forutsetninger for mer effektiv gjennomføring av driften i Oslo universitetssykehus HF.

Finansiering av planlagte investeringer

Investeringsnivået i årene fremover har flere finansieringskilder:

- Basislikviditet/historisk likviditetstildeling inklusive pålagt sparing fra 2015 budsjettet
- Omstillingsmidler (Ferdigstille Fase 1 med 1 575 mill kroner i (2012 priser vedtatt av stortinget)
- Lånesøknad Fase 2 - oppgraderinger (1 807 mill kroner i 2015 priser, inklusive egenfinansiering, sendt til HSØ RHF etter styresak 67-2014 i OUS HF)
- Ny lånesøknad for langsiktig utvikling av eiendomsmassen (Etappe 1 idéfase 10 milliarder)
- Overskudd tidligere år
- Uttak av basisfordring på HSØ RHF
- Finansielle leieavtaler
- Salg av eiendom
- Andre bidragsytere (gaver fra privatpersoner eller stiftelser)

Basislikviditet

Investeringer til løpende drift er i utgangspunktet forutsatt håndtert gjennom videreføring av historisk likviditetstildeling på om lag 345 mill kroner per år. For 2015 budsjettet ble det pålagt sparing for 76 mill kroner. Denne sparingen er forutsatt benyttet med 38 mill kroner i 2016 og 38 mill kroner i 2017.

Fase 1 Omstillingsmidler - lån

Investeringer i omstilling er forutsatt finansiert med 50 pst låneopptak fra HOD og 50 pst kontantoppgjør fra Helse Sør-Øst RHF (reduksjon av Oslo universitetssykehus HF fordring på Helse Sør-Øst RHF). 1,575 milliarder kroner (2012-priser) er stilt til disposisjon for omstillingsinvesteringer knyttet til samlokaliseringer. Det er om lag 180 mill kroner i gjenværende investeringsmidler etter gjennomføring av budsjett 2015.

Fase 2 Tilsynsavvik/oppgraderinger - lån

I styresak 67-2014 behandlet styret i Oslo universitetssykehus HF investeringstiltak i bygningsmassen. Det er siden sendt en søknad om lånefinansiering 1 265 mill kroner til prosjekter for å lukke myndighetspålegg og sikre oppgraderinger slik at sikker drift kan opprettholdes. Lånesøknaden forutsetter 542 mill kroner i egenandel fra basislikviditet.

Fase 3 idéfase etappe 1 - lån

Etter styrebeslutning 9. april i Oslo universitetssykehus HF arbeides det videre med tre alternativer i en slutføring av idéfase. Deretter vil det bli avgjort om man går videre med konseptutredning. Lånesøknad sendes etter avsluttet konseptutredning og før forprosjektering. Helse Sør-Øst RHF har gitt tilbakemeldinger om at det innenfor de regionale prioriteringer vil være grunnlag for Oslo universitetssykehus HF å gjennomføre en første etappe i årene 2018-2023. Det er i den økonomiske langtidsplan forutsatt lånebevilgning og egenandel for 10 milliarder totalt for etappe 1. Beløpet inkluderer også eventuelle ytterligere behov for gjennomføringer av oppgraderinger i bygg som del av Fase 2. Det er imidlertid ikke mulig på nåværende tidspunkt å dele disse budsjettene opp etter fase 2 og fase 3.

Det er ikke vurdert finansiering av etappe 2 og 3 etter 2023.

Overskudd fra tidligere år

I planperioden er det forutsatt resultatforbedring som bidrar med overskudd fra drift. Dette overskuddet er i planperioden forutsatt benyttet påfølgende år. Følgende finansiering fra overskudd fra drift er lagt inn som finansiering av investeringsbehovet:

- 175 mill kroner i 2016
- 300 mill kroner i 2017
- 450 mill kroner i 2018
- 600 mill kroner i 2019 og hvert år frem til 2035

Overskudd bidrar til finansiering av egenandelene for lånesøknad Fase 2. Overskuddene er ikke tilstrekkelige for finansiering av egenandeler for etappe 1 (Idéfase).

Uttak av basisfordring på HSØ RHF

Oslo universitetssykehus HF årlige basisinntekter fra Helse Sør-Øst RHF medfører ikke en tilsvarende overførsel av likviditet fra Helse Sør-Øst RHF. Hvert år holdes mellom 350 og 500 mill kroner av Oslo universitetssykehus HF inntekter igjen i foretaksgruppen for å prioritere investeringer i regionale IKT-prosjekter (der Oslo universitetssykehus HF er prioritert), større sykehusutbygginger (for tiden særlig Østfold sykehus). Når denne likviditeten holdes igjen i Helse Sør-Øst RHF oppstår et betydelig lån fra Oslo universitetssykehus HF til Helse Sør-Øst RHF. Ved inngangen til 2015 er dette lånet, også omtalt som basisfordring, estimert til om lag 3,0 milliarder kroner.

Egenandelene ved gjennomføring av etappe 1 er forutsatt finansiert ved uttak av basisfordring fra Helse Sør-Øst RHF i planperioden. Uttaket til etappe 1 er likevel lavere enn de midler som akkumulert holdes tilbake i Helse Sør-Øst RHF. Med disse låneopptakene/reduksjon av basisfordring fra Helse Sør-Øst RHF er det forventet at fordringen øker fra 3,0 milliarder kroner den 1.1.2016 til 3,3 milliarder kroner ved utgangen av 2019.

Finansielle leieavtaler

Finansielle leieavtaler er forutsatt benyttet som finansieringskilde til investeringer i en overgangsperiode der det ikke er tilstrekkelig likviditet i Oslo universitetssykehus HF eller foretaksgruppen til å gjennomføre nødvendige investeringer for å sikre tilstrekkelig investeringer i MTU.

Salg av eiendom

Kapital fra salg av eiendom er ikke lagt inn som forutsetning for investeringer og inngår heller ikke i budsjettet driftsresultat. I et lengre tidsperspektiv kan det, avhengig av sykehusets strategiske veivalg, tenkes at eiendommer knyttet til flere lokaliseringer kan avhendes. Avhendingspotensialet for disse eiendommene er ikke vurdert, og det er derfor ikke fastsatt beløp for salg av disse eiendommene.

Andre bidragsytere

Det er i langtidsplanen ikke forutsatt overføring av investeringsmidler fra Stiftelsen Det Norske Radiumhospital eller andre givere. Det enkelte års investeringsbudsjett vil kunne bli justert opp med finansiering fra eksterne givere og gi et høyere investeringsbudsjett.

Samhandlingsarena Aker

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 ytterligere utvidelse av kapasitet innen kommunal akutt døgnenhet.

IKT – Lån

Det forutsettes at Sykehuspartner kan ta opp lån fra Oslo universitetssykehus HF for å gjennomføre lokalt finansierte IKT-prosjekter i størrelsesorden 35 mill kroner per år.

Oppsummering finansiering

Gitt investeringer og de driftsresultater og de tilhørende ekstraordinære låneopptakene som er lagt til grunn vil gjelds- og fordringssituasjonen totalt sett innebære små endringer i netto rentekostnader i perioden frem til 2019. 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.

I tabellen under er finansieringskildene til investeringer for perioden 2015-2019 vist.

Finansiering av investeringer <i>(tusen kroner, 2015-priser)</i>	Budsjett 2015	2016	2017	2018	2019
Basislikviditet	345 000	345 000	345 000	345 000	345 000
Pålagt sparing av investeringsmidler 2015	(76 000)	38 000	38 000	-	-
Regnskapsmessig overskudd forrige år	i/a	175 000	300 000	450 000	600 000
Nye finansielle leieavtaler	322 000	251 000	20 000	40 000	45 000
Fase 1 Omstilling (50 pst lån)	225 000	181 402	-	-	-
Fase 2 Pakke 1 Lånesøknad HOD (70 pst)	i/a	316 250	316 250	316 250	316 250
Fase 3 Etappe 1 Lånesøknad HOD (70 pst)			140 000	490 000	1 120 000
Uttak fra basisfordring på HSØ RHF	200 000		60 000	210 000	480 000
Andre tilskudd (givere, urstiftelsen?)					
Sum finansiering av investeringer	1 016 000	1 306 652	1 219 250	1 851 250	2 906 250

Tabell 5 Finansiering av investeringer 2015-2019

Risiko for ikke å oppnå resultatmål og sikre finansiering av fremtidige investeringer
Resultatmålene for planperioden er ambisiøse, men nødvendige for å gjennomføre de investeringer i Oslo universitetssykehus HF som er omtalt ovenfor. Det er en risiko for at sykehuset ikke oppnår den tilstrekkelige effektivisering av driften som skal til for å oppnå resultatmålene. Sykehusledelsen må til enhver tid vurdere utviklingen i resultat og bruk av virkemidler for å oppnå den utvikling som kreves av foretaket.

6. Forutsetninger for tjenestepriiser fra Sykehuspartner, medikamentkostnader og bruk av finansiell leie

Dette er omtalt under kapittel 2 og kapittel 5.

7. Investeringer

Det er utarbeidet egne investeringsplaner for MTU, bygg, IKT og annet. Disse planene følger som egne vedlegg.

I tabellen på neste side fremkommer en oversikt over investeringsbeløpene i de foreliggende investeringsplanene for langtidsplanperioden. På siste side i dette dokumentet vises også en investeringsplan for hele perioden 2015-2035.

Investeringsbudsjett (ekskl. byggelånsrenter) (mill kroner)		Budsjett 2015	ØLP 2016	ØLP 2017	ØLP 2018	ØLP 2019
Fase 1 Omstillingsinvesteringer (1 575 mill kroner iht St. prop.)	MTU	50				
	Bygg	175	181			
	SUM	225	181	0	0	0
	Finansiert med					
	Basisfordring		181	0	0	0
Fase 2 Tilsynsavvik/ Oppgraderinger	MTU	50				
	Bygg	150	451	451	451	451
	SUM	200	451	451	451	451
	Finansiert med					
	Lån HOD 70 pst		316	316	316	316
	Egenandel 30 pst		135	135	135	135
Fase 3 Idéfase etappe 1 2017-2023	MTU					
	Bygg			200	700	1 600
	SUM	0	0	200	700	1 600
	Finansiert med					
	Lån HOD 70 pst		0	140	490	1 120
	Basisfordring HSØ		0	60	210	480
Andre investeringer finansiert med likviditet fra drift (HSØ overføringer inklusive overskudd)	MTU	57	231	380	360	505
	Bygg	138	64	45	176	176
	Annet	25	69	62	66	69
	Egenkapitalinnskudd	24	24	24	24	24
	IKT	25	35	35	35	35
	SUM	269	423	546	661	809
Andre investeringer finansiert med leieavtaler (leasing)	MTU	200	109	20	40	45
	Bygg	112	142			
	Annet	10				
	SUM	322	251	20	40	45
SUM	MTU	357	340	400	400	550
	Bygg	575	838	697	1 328	2 228
	Annet	35	69	62	66	69
	Egenkapitalinnskudd	24	24	24	24	24
	IKT 1)	25	35	35	35	35
	SUM	1 016	1 306	1 218	1 853	2 906

Tabell 6: Investeringer 2016-2019 fordelt på art

Fase 1 investeringer til omstilling er i en avsluttende fase. Basert på disponert budsjett 2015 er det 181 mill kroner igjen av investeringsrammen til 2016.

Fase 2 investeringer inneholder den lånesøknad som er utarbeidet for helse og omsorgsdepartementet for å utbedre tilsyn og gjennomføre oppgraderinger og som er sendt til Helse Sør-Øst RHF (styresak 67-2014) med totalt beløp 1,8 milliarder kroner. Fase 2 er finansiert med 70 prosent lån og 30 prosent egenfinansiering. Fase 2 inneholder her kun den første pakken av 3 mulige pakker for å utbedre bygningsmassen. Ytterligere investeringer av denne typen er i denne investeringsplanen lagt som del av Fase 3, fordi det på nåværende tidspunkt ikke er mulig å skille disse investeringsprosjektene.

Fase 3 er lagt inn med 10 milliarder kroner. Dette er første etappe av idéfaserapporten. Det er kun laget et mulig anslag for fremdrift av etappe 1.

I tillegg kommer andre løpende investeringer basert på tilgjengelig likviditet og inngåelse av finansielle leieavtaler.

Som det fremkommer av investeringstabellen legges det til grunn en økning i investeringer til MTU. Størst økning er lagt inn i 2019 når overskudd fra drift gjør det mulig å øke nivået.

Bygginvesteringer ligger på et høyt nivå i 2016 når både Fase 1 og Fase 2 går parallelt, og det planlegges anskaffet modulbygg på Ullevål sykehus. Totale bygginvesteringer går kraftig opp i 2018 og 2019 når fase 3 med etappe 1 planlegges gjennomført. Det er i innsendt økonomisk langtidsplan kun lagt til grunn gjennomføring av etappe 1 idéfase. Det vil si at investeringsnivået etter 2024 i liten grad er vurdert.

8. Likviditet

Dette er omtalt under kapittel 2 b og kapittel 5.

9. 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 i en betydelig overskuddssituasjon fra oppnådd resultat i 2014. I langtidsplanperioden er det forutsatt et resultat med overskudd i 2016 på 300 mill kroner, 450 mill kroner i 2017, 600 mill kroner i 2018 og påfølgende år.

Det understrekes at det er stor usikkerhet knyttet til gjennomføringen av resultatkravene i langtidsplanperioden. Fra resultat 2014 innebærer kravene til resultatforbedring en effektivisering i klinikkene på i gjennomsnitt 2 pst for hvert år i planperioden.

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 samme eller noe lavere bemanning enn det som er budsjettert for i 2015. 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.

10. Styrebehandling av økonomisk langtidsplan

Styret i Oslo universitetssykehus HF behandler sak 27/2015 Økonomisk langtidsplan den 30. april. Dersom styret vedtar endringer oversendes enten ny plan, eller eget notat med presiseringer i forhold til innsendt plan. Oversendelse vil foreligge innen den 5. mai.

Tabell 7 Investeringer 2015-2035

Sum investeringsplaner - Vedlegg	Budsjett 2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
MTU	357 000	340 000	400 000	400 000	550 000	500 000	167 000	167 000	167 000	500 000	500 000	350 000
MTU Etappe 1	-	-	-	-	-	-	333 000	333 000	333 000	-	-	-
Bygg - Eksisterende + modulbygg	575 000	839 000	497 000	628 000	628 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000
Bygg Etappe 1	-	-	200 000	700 000	1 600 000	2 000 000	1 667 000	1 667 000	1 167 000	-	-	-
Annet	35 000	69 000	62 000	66 000	69 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000	65 000
IKT	25 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000
Egenkaptialtilskudd (PKH/KLP)	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000	24 000
Sum	1 016 000	1 307 000	1 218 000	1 853 000	2 906 000	2 774 000	2 441 000	2 441 000	1 941 000	774 000	774 000	624 000



Investeringsplan for MTU anskaffelser 2016-2019 ved OUS HF

Kortfattet versjon - II

Oslo universitetssykehus HF
Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde

Oslo sykehusservice 17.04.2015

Øystein Jensen, Christian Trondstad, Per Arne Jørgensen, Arild Johansen, Jan Olav Høgetveit

1. og 2. Status for MTU og målbilde 2019

I Europa defineres Medisinsk utstyr (MU) i Medical Devices Directive (MDD). I vanlig norsk praksis og språkdrakt omfatter begrepet medisinsk-teknisk utstyr (MTU) også alt av elektromedisinsk utstyr (drevet av strøm) og alt laboratoriestyr som brukes i diagnostikk og pasientbehandling som MTU. IKT-utstyr er generelt ikke MTU, men der det er en del av en systemløsning er det definert som MTU. Alle typer vaskemaskiner er allmen-teknisk utstyr som per definisjon ikke er MTU, og som derfor ikke registreres i MTU databasen, og heller ikke vedlikeholdes av Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde (MTV). *Prioriteringsutvalget for MTU* har også behandlet en rekke sammenbruddssaker av utstyr som ikke er MTU, i årene 2013 – 2015 for til sammen nesten 50 mill kr. En omfattende reanskaffelse av sammenbrutte vaskemaskiner påvirker for eksempel *ikke* gjennomsnittsalderen på MTU. MTV har også ansvar for telemedisinske videokonferansesystemer med akkumulert anskaffelseskostnad for OUS på ca. 12 mill kr. Disse utstyrsgруппene er *ikke* medtatt i oversiktene. Heller ikke biobankfasiliteter som fryserer og nitrogenkammer regnes som MTU. Dette er utstyr som benyttes både ifm. pasientbehandling (behandlingsbiobanker) og forskning (forskningsbiobanker). I utbyggingsprosjekter er dette utstyr som normalt er definert som en egen klasse "brukerutstyr" med egne budsjetter. Det samme gjelder utstyrsinvesteringer på forsøksdyravlager (bur etc.). Ingen referanser er angitt i planen, men finnes tilgjengelig for alle utsagn og utredninger.

- Det var ved årsskiftet 1.1.2015 ca. 39.765 MTU enheter ved OUS.
- Disse MTU enhetene hadde en akkumulert (historisk) anskaffelseskostnad på kr 4,22 MRD kr. inkl. mva.
- Utstyrsparkens gjennomsnittsalder var per 1.1.2015 på 11,03 år når alle MTU enheter teller likt. Vektet for pris hvor dyrere utstyr teller mer, var gjennomsnittsalderen 9,16 år.
- Nesten 50 % av alle MTU enhetene var eldre enn 10 år. Verdien av det eldste utstyret (>10 år) utgjorde om lag 38 % av totalverdien (akkumulert historisk anskaffelseskostnad) av MTU.

OUS er det foretaket i HSØ RHF med høyest gjennomsnittlig alder for medisinsk-teknisk utstyr. Med mål om å stanse opp aldringsprosessen av utstyrsparken og over tid redusere gjennomsnittlig alder, ble det i OUS 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 ble investeringsnivået finansiert med ekstraordinært lån fra HSØ 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.

1.1 MTU utviklingen fram til i dag

For å studere tendenser og trender, er data fra de tidligere sykehusene som nå utgjør OUS, analysert fra 1997 til i dag. Dette arbeidet viser blant annet følgende:

- Det har i snitt blitt anskaffet ca. 2.200 MTU enheter per år (tilvekst) og utrangert ca. 1.100 MTU enheter per år. Dette har ført til at utstyrsparken har økt med ca. 1.100 MTU enheter per år (ca. 4,2 % per år). Siden 2001 (etter nytt Rikshospital) har denne økningen vært noe lavere og ligget på ca. 3,4 % per år. I 2014 økte tilvekst og utrangering: Tilvekst 3.265 enheter inkludert de som har blitt korrigert i databasen (655 enheter fra pris lik null til en ny samlet pris økning lik 59 mill kr), utrangering 1.384 MTU.
- Årsaken til at veksten er større enn utrangeringen er at anskaffelser for OUS skjer via mange flere kilder enn investeringsbudsjettene; for eksempel gaver, fond, UiO og de enkelte klinikkens driftsbudsjetter. MTV har



gjennomført en konkret sjekk av MTU som er utrangert¹, og konklusjonen er at mer enn 99 % av innmeldte sammenbrudd faktisk blir tatt ut av bruk og kassert.

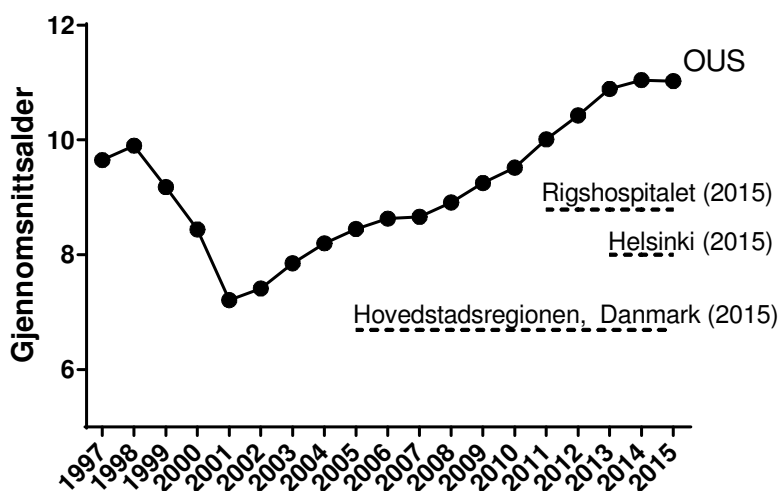
- En annen viktig årsak til økningen i utstyrsparken er den teknologiske og medisinske utviklingen som har vært i nyere tid. For eksempel vil et barn på barneintensiv i dag normalt ha et mye høyere forbruk av pumper enn for bare ti år siden.
- Det har i snitt totalt blitt anskaffet MTU for ca. 250 mill kr i året 1997 – 2013 (240 mill kr i snitt siden 2001). I 2014 var tilveksten større, 346 mill kr inkl. prisopprettinger i databasen (registrert pris lik null rettet til estimert).
- Utstyrsparkens gjennomsnittsalder har økt med ca. 0,3 år per år i perioden 2001 – 2013. Pga. større tilvekst og større utrangering i 2014 og priskorrekasjoner og etterregistreringer på eksisterende MTU, viser gjennomsnittsalderen for første gang siden 2001 en svak nedgang fra 11,05 år i 2014 til 11,03 år i 2015.
- Nesten 50 % av antall MTU ved OUS er eldre enn 10 år. Verdien av utstyret som er eldre enn 10 år, utgjør om lag 38 % av totalverdien (akkumulert historisk anskaffelseskostnad) av MTU.

Det er vanlig å beskrive tilstanden til en stor og kompleks utstyrspopulasjon med dens gjennomsnittsalder.

Kompleksiteten illustreres av at det er mer enn 1000 unike utstyrgrupper i MTU-databasen til OUS.

Gjennomsnittsalder (*mean value*) er den parameter som benyttes av HSØ, av mange norske sykehus og i internasjonale publikasjoner (Ø. Jensen mastergrad UiO 2010). Økning av gjennomsnittsalder over tid er et faresignal, reduksjon det motsatte.

Som det fremgår av figur 1, har det vært en ganske jevn økning i gjennomsnittsalder for MTU 2001 – 2015. I årene 1998 til 2000 ble det investert i MTU for nytt Rikshospitalet. Dette reduserte den gang gjennomsnittsalderen med nesten 3 år til sitt laveste nivå på 7,2 år. Denne veksten i gjennomsnittsalder er i 2015 flatet ut takket være "Utstyrsmilliarden", 350 mill kr per år.



Figur 1. Historisk gjennomsnittsalder for MTU ved OUS per 1.1. gjeldende år. (tallene før sammenslåingen i 2010 viser en samlet gjennomsnittsalder for de fire sykehusene). Markeringen av gjennomsnittsalder fra København og Helsinki er enkeltpunkter for 2015, det foreligger ikke tidsrekker.

¹ Utrangering betyr: MTU er enten brutt sammen eller ikke lenger egnet til påtenkt bruk.

Det finnes en annen måte å beregne gjennomsnittsalder på, gjennomsnittsalder per krone. Gjennomsnittsalder per krone angir en gjennomsnittlig alder for alle kroner som er investert, eller verdien, til en populasjon. Dette er det samme som *pris-vektet gjennomsnittsalder* som er benyttet i tidligere rapporter. Denne regnemåten gir en lavere gjennomsnittsalder i utstyrspopulasjonen fordi de dyreste enhetene teller mest.

De faktorene som påvirker gjennomsnittsalderen, er forholdet mellom utrangeringsmengden og tilveksten. Prosentvis sett er det i gjennomsnitt utrangert nokså nøyaktig 50 % MTU i forhold til antall MTU det er anskaffet innen samme år. År 2000 er det eneste året da det ble utrangert flere MTU enn det ble anskaffet. Årsaken til dette var en opprydding og telling etter flytting av RH. I snitt ligger *kassasjonsalderen* (utstyrets faktiske alder ved kassasjon) nå på 13,5 år. Det er som tidligere beskrevet, den medisinske utvikling, teknologiske utvikling og økt produksjon som i hovedsak fører til at utstyrsparken stadig øker.

Tilsendte data fra Danmark (personlig meddelelse fra Medico-teknisk chef Rigshospitalet Arne Talbot) som viser at ved Rigshospitalet har de registrert 30.208 enheter MTU, til en akkumulert anskaffelseskostnad 2,21 mrd danske kr., med en gjennomsnittsalder på 8,79 år. For Hovedstadsregionen i København er det registrert hele 96.594 enheter MTU, med en akkumulert anskaffelseskostnad på 5,32 mrd danske kr. Gjennomsnittsalder i regionen er 6,69 år. Rigshospitalets data oppgis å ha mindre usikkerhet enn Hovedstadsregionen. Oppgitte data for de andre danske regionene samlet er en *median* MTU-alder på 7 – 9 år.

Tilsendte data fra Helsingfors universitetshospital HUS (personlig meddelelse fra medisinsk teknisk direktør HUS Mika Päiväranta) som viser at HUS har registrert 63.000 enheter MTU, til en akkumulert anskaffelseskostnad 440 mill euro (ca. 7,3 mrd norske kr.), med en gjennomsnittsalder på 8,0 år. De oppgir en prisvektet gjennomsnittsalder på 7,2 år.

Datasettene fra Danmark og Finland viser altså at de store universitetssykehusene sammenlignbare med OUS har en utstyrspopulasjon med en betydelig lavere gjennomsnittsalder enn OUS.

Den europeiske bransjeorganisasjonen COCIR (European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry), har gjennom en rekke år benyttet en blokkoppdeling av MTU-utstyrspopulasjon iht. tre konkrete klasser: alder 0 – 5 år, alder >5 og < 10 år og over 10 år. Tabellen under viser oppdeling og tilrådning:

COCIR Rules for the evaluation of medical equipment

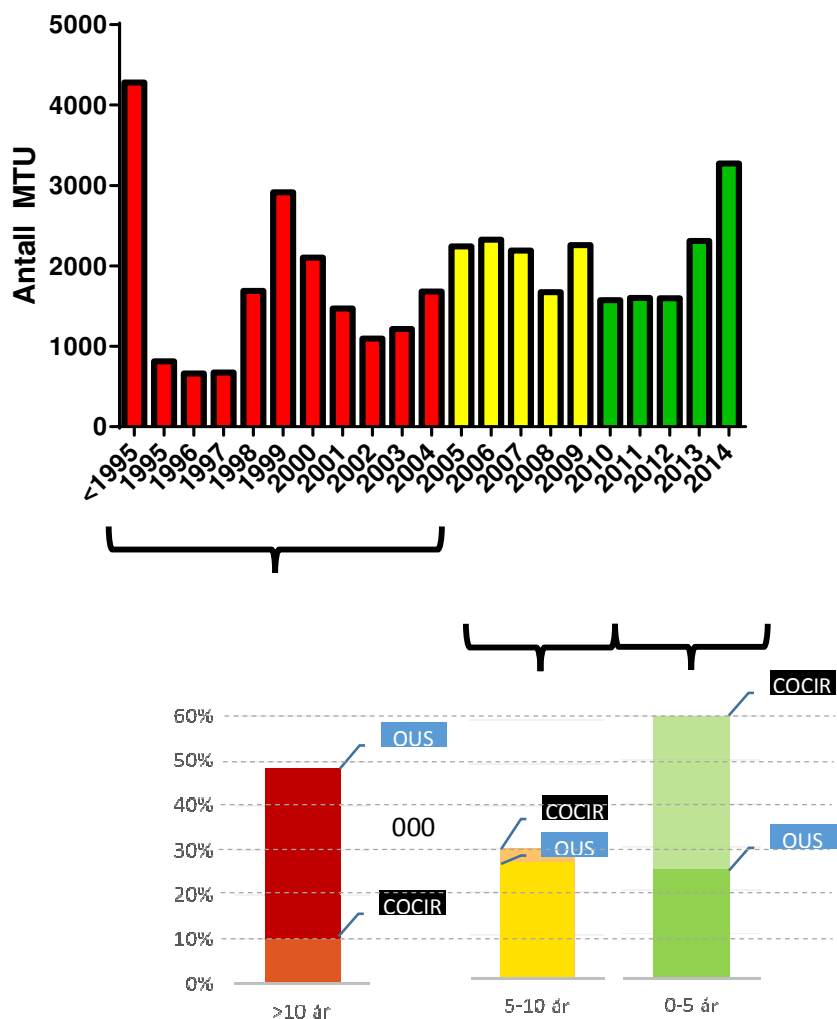
Equipment that is **up to 5 years** old reflects the current state of technology and offers opportunities for economically reasonable upgrade measures.

Equipment which is **between 6 - 10 years** is still fit for use, but already requires replacement strategies to be developed. In our opinion the group "6 to 10 years" should not be more than 30 percent of the total installed base. (NB: Tolkes som 5,1 – 10 år).

Equipment **older than 10 years** is no longer state-of-the-art. It is outdated and should not be more than 10 percent of the total installed base. Replacement is essential.

COCIR er en bransjesammenslutning av europeiske produsenter, men det er allmenn enighet i fagmiljøene om at tilrådingen er balansert og korrekt i forhold til faglig konsensus. McKinseys rapport for Legeforeningen 2013 benytter denne klassifisering for å beregne reinvesteringsbehovene. McKinseys rapport beregner nødvendige investeringer i en utstyrspopulasjon for å oppnå en gjennomsnittsalder på 8 år, som ligger midt i klassen 5,1 – 10 år der sykehuset må ha en utskiftningsstrategi.





Figur 2. Aldersfordeling av antall MTU per 1.1.2015 ihht COCIR-klassifisering.

I arbeidet med investeringsplanen har det vært gjort modellstudier for å finne virkningen av budsjetter i tråd med gjeldende ØLP (500 mill kr per år). Det muliggjorde betydelige elektive investeringer innenfor bl.a. Laboratorieutstyr, Ultralyd og LINAC. De foreliggende tentative budsjetter 2016 – 2019 er om lag 150 mill kr lavere per år i årene 2016 og 2017, som sammen med en akselererende sammenbruddsrate må medføre en lavere elektiv utskiftningsrate i planperioden, som det senere vil fremkomme av tabell 2.

Det gjøres betydelige anskaffelser av utstyrskategoriene i tabell 2 ved sammenbrudd. I perioden 2013 – 2015 ble det etter sammenbrudd anskaffet Laboratorieutstyr for ca. 65 mill kr, Ultralyd for ca, 50 mill kr, CT for ca. 10 mill kr og C-buer for ca. 17 mill kr.

I tabell 1 er det listet en del konsekvenser av en aldrende utstyrspark fra forskjellige fokus; pasient, bruker og økonomi.

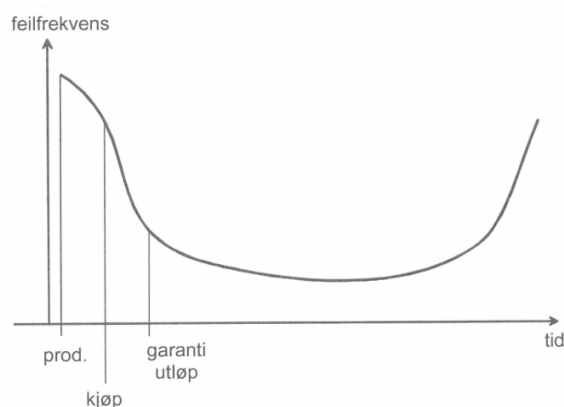
	Konsekvenser	Begrunnelse
Pasientfokus	Økt ventetid	Økt feilfrekvens i kombinasjon med lenger reparasjonstid gir økt nedetid. Begrenset tilgjengelighet av MTU fører til avbrutte behandlinger og økte ventetider.
	Får ikke "beste" behandling	Mange nye medisinske prosedyrer krever oppdatert utstyr
	Dårligere diagnostisering	Nyere utstyr har høyere oppløsning, nøyaktighet og sensitivitet
	Større belastning	Nyere utstyr reduserer belastningen mht stråledoser, behandlingstid og mindre omfattende inngrep
	Større sannsynlighet for avbrudd/avvik	Resultat av økt feilfrekvens
	Pasientsikkerheten blir dårligere	Resultat av økt feilfrekvens i kombinasjon med at nyere utstyr generelt er noe sikrere
Brukerfokus	Redusert behov for opplæring på nytt utstyr og trygghet ved bruk av kjent utstyr	Ved å bruke gammelt og kjent utstyr slipper brukeren å bruke ressurser på å lære seg nytt utstyr/nye teknologier
	Større risiko for skade på bruker	Økt risiko for sammenbrud medfører økt risiko for pasienten, og også en noe økt risiko for operatøren
	Kan i mindre grad ta i bruk nye metoder	Mange nye medisinske prosedyrer krever oppdatert utstyr, f.eks. utvidet behandling med ballongpumpe i forbindelse med hjertekirurgi
	Dårligere mulighet for faglig utvikling	Sammenheng med punktet over, gamle medisinske prosedyrer bremser faglig utvikling
	Må i større grad prioritere mellom pasienter	Utstyrsbehov forandrer seg med utviklingen i medisinske prosedyrer. Mangel på utstyr og feil utstyr i forhold til prosedyrer vil føre til prioriteringer mellom pasienter
	Mindre mulighet for forskning og utvikling	Deler av forskningen er utstyrsintensiv (eks. seksjon for genetisk terapi). Mangel på utstyr hemmer progresjonen
Økonomifokus	Sparer implementeringsutgifter	Ved kjent teknologi unngås kostbar implementering og barnesykdommer som kommer med helt nytt utstyr
	Redusert mulighet for strategisk planlagte innkjøp	Innkjøp gjennomført som følge av sammenbrudd av kritisk utstyr gir liten tid til saksbehandling. Dette resulterer ofte i kostbare og sub-optimale løsninger
	Ved å ikke skifte ut store installasjoner kan økte vedlikeholdsutgifter unngås (utsettes)	Den teknologiske utviklingen gjør at store utstyrsinstallasjoner blir mer avanserte. Pga kompleksiteten er servicekontraktene dyre og ofte påkrevd
	Drifts- og vedlikeholdsbudsjettet må økes	Økt feilfrekvens i kombinasjon med lenger reparasjonstid, mangel på reservedeler og dyrere servicekontrakter på gammelt utstyr gir økte utgifter på drifts- og vedlikeholdsbudsjettet
	Lavere inntjening	Produksjonen hemmes av økt nedetid
	Mindre mulighet for effektivisering	Nye effektive og ressurs sparende metoder kan ikke tas i bruk pga manglende utstyr
	Mindre effektiv bruk av personal og øvrige ressurser	Personalet må vente på at utstyr repareres eller bruker unødig tid på utstyr som ikke virker
	Økt risiko for kompetanselekkasje	Demotivasjon av ansatte som følge av punktene over
Mindre konkurransefortrinn ved at sykehusets ledende posisjon svekkes	Eventuell kompetanselekkasje til andre sykehus vil i kombinasjon med svekket evne til å innføre nye metoder svekke OUS sin evne til å forsvare sin ledende posisjon	

Tabell 1 Konsekvenser av en aldrende utstyrspark. Tabellen ble fremlagt styret i OUS første gang i styresak 65/2006.



Med den profilen som det nå arbeides med for investeringer, er tiltenkt investeringsbeløp for MTU allerede i utgangspunktet langt lavere enn laveste grenseverdi fra simuleringene som ligger til grunn for investeringsplanens analyser (se kapittel 4.2). En konsekvens av lave investeringer i MTU fører til at gjennomsnittsalderen for MTU stiger, og at OUS ytterligere vil fjerne seg fra målbildet til HSØ om gjennomsnittsalder for MTU på 7,4 år.

Feilfrekvensen på teknisk utstyr beskrives vanligvis med en "badekarkurve". Figur 3 viser en typisk badekarkurve med sannsynlig feilfrekvens som funksjon av tid for en stor populasjon utstyr. Kurveformen er avhengig av hvilken utstyrskategori som betraktes. Produksjonsfeil gir en høy, men raskt avtagende feilfrekvens på nytt utstyr/teknologi. Testing hos produsenten gjør at feilfrekvensen har sunket før kjøp. Etter hvert som utstyret nærmer seg gjennomsnittlig levetid, øker frekvensen av feil og fare for sammenbrudd.



Figur 3. Badekarkurven, feilfrekvens for et MTU som funksjon av alder. Kostnadene vil ikke følge samme kurven, den økte feilfrekvensen fram til garanti-utløp dekkes av garantien slik at det er svært lave utgifter fram til garantiutløp, moderate utgifter videre fram til feilfrekvensen øker mot slutten av utstyrets levetid.

OUS beveger seg for store deler av MTU-populasjonen mot høyre del av kurven, der utstyret forvitrer når gjennomsnittsalderen øker.

En stor del av utstyrsparken har nådd End-of-life (EOL) eller End-of-service (EOS) (dette er markører som produsentene og leverandørene angir, EOL betyr at typen går ut av produksjon, EOS betyr at deler og support ikke lenger vil være tilgjengelig). Ved tekniske sammenbrudd vil det da ikke være mulig å få deler, komponenter eller programvare fra produsent eller leverandør. Dette vil skape langvarige produksjonsproblemer.

MTU må vedlikeholdes systematisk. Etter lov om medisinsk utstyr og forskrift for håndtering av medisinsk utstyr, må alt MTU som skal være i drift vedlikeholdes på et nivå som er minimum tilsvarende produsentens anbefalinger eller basert på egne risikovurderinger. Vedlikeholdet skal være dokumentert. Dersom utstyret ikke vedlikeholdes på et tilstrekkelig nivå (iht. fabrikant eller egen dokumentert risikovurdering) må utstyret tas ut av bruk.

Når utstyret blir eldre øker feilfrekvensen, oppetiden går ned og vedlikeholdskostnadene går opp.



3. Prioriteringer i planperioden 2016 - 2019

Den gjeldende økonomiske langtidsplan for investeringer i MTU for OUS (ØLP) 2015 – 2018 ble godkjent av styret i OUS i møte 24. april 2014. Planen legger til grunn investeringer på 500 mill kr per år i perioden 2015-2018. Det *ble* lagt vekt på å prioritere anskaffelser innen de satsningsområdene som ble anbefalt av sykehusets ledelse. Dette var:

- Pasientovervåkning (slutføre flåteutskifting)
- Ultralydapparater
- Endoskopi
- MR (2 pr. år)
- CT (2-3 pr. år)
- Laboratorieautomatisering
- Lineærakseleratorer (1-2 pr. år)

Ved utarbeiding av ØLP 2016 – 2019 er prioriteringene som ble vedtatt for 2013 og 2014 fremdeles vektlagt. Prioriteringene ØLP 2016 – 2019 er imidlertid preget av den akselererende sammenbruddsraten, som har økt år for år. Det vedtatte sammenbruddsbudsjettet 2015 var 170 mill kr, men med faktisk vedtaksnivå og forskuttering av deler av 2016-budsjettet er prognosen for 2015 hele 220 mill kr. Dette gir betydelige problemer med å få plass planlagte utskiftninger innenfor totalrammen når nesten to av tre kroner på investeringsbudsjett MTU går til sammenbrudd.

Strategiske prioriteringer fra MTV:

1. *Det er av MTV startet en kartlegging av utstyrsområder der det er flaskehals for produksjonen, og som skaper ventetider for pasientbehandlingen. En grunnleggende strategi vil være å vektlegge disse områdene i elektive tildelinger.*
2. *En viktig strategi av stor betydning for klinikkene vil være å avdekke om det internasjonalt eller nasjonalt finnes teknologi eller utstyr som forbedrer sykehusets produksjonsevne.*
3. *En kortsiktig strategi er proaktivt å få dreiet utstyranskaffelsene fra sammenbrudd til elektive, planlagte mål.*
4. *En langsiktig strategi innen planperioden frem til 2019 er å gjennomføre et utstyrprosjekt for å legge planer for og fastlegge langsiktige behov, tilsvarende Utstyrprosjektet Nytt rikshospital - sammen med klinikkene.*

Hovedprioriteringene som det er redegjort for og den sterkt økende utfordringen med sammenbrudd, ligger til grunn for den økonomiske langtidsplan som går fram av tabell 2. I tråd med analysen i det tidligere hoveddokumentet og simuleringene foretatt, er det i perioden 2015 til og med 2019 lagt til grunn en økende investeringstakt opp til 550 mill kr til MTU i 2019. Tabell 2 under viser med unntak av 2019 tentative investeringsrammer for MTU basert på prognoser fra Økonomidirektør OUS som er lavere enn 500 mill kr.

MTU til forskning er i hovedsak *ikke* registrert i databasen, mens forskningsutstyr (MTU) som også brukes i pasientbehandling er registrert iht. forskrift fra DSB. Finansiering og anskaffelse av MTU til forskning er en mangesidig og til dels uoversiktlig prosess. Kildene er ulike fond, UiO, forskningsråd, stiftelser med mer. UiO har ikke en samlet oversikt over MTU anskaffet av universitetet. For å dekke opp noe av behovet for MTU til forskning, er det foreslått satt av 5 - 10 mill kr per år i 2016 – 2019. Det er opprettet et Fagråd for forskningsutstyr ved OUS, som blant annet vil gi innspill til prioriterte anskaffelser av kritisk viktig MTU for forskning. MTV mener det er viktig at dagens PRU og sekretariat skal benyttes til denne type MTU-investeringer. Det må gjøres et arbeid for å kartlegge alt forskningsutstyret på OUS, siden det antas å være store mørketall i populasjonen. Dette bør gjøres i samarbeid med Universitetet i Oslo. En bedre totaloversikt er viktig med tanke på bedre sambruk på tvers av klinikker av eksisterende utstyr, og fordi det relativt lave beløpet (5-10 mill kr pr år) som foreslås til forskningsutstyr må prioriteres strengt. En forutsetning for gode prioriteringer er da bedre oversikt over hva som finnes, hvor det finnes og hvem som eier utstyret (normalt universitetet eller sykehuset). Utstyr i biobanker (ultrafrysere og nitrogenanker) bør tydelig omfattes av en investeringsplan som utarbeides av MTV. Telemedisinsk systemer er *ikke* omfattet av analysene i denne langtidsplanen. Det må av MTV også gjøres en investeringsplan for telemedisin og videokonferanse.



(MNOK)	2015 vedtatt	2016 ØLP	2017 ØLP	2018 ØLP	2019 ØLP	Sum
Total ramme	357	340	400	400	550	2047
Flåteutskiftninger <u>elektivt</u>	13,6	7	0	15	20	55,6
Øvrige <u>elektive</u> behov	21,5	5	27	35	120	208,5
MR <u>elektivt</u>	34,1	30	15	30	30	139,1
CT <u>elektivt</u>	0	10	30	20	30	90
C-bue <u>elektivt</u>	0	0	0	0	5	5
Ultralyd <u>elektivt</u>	6	3	3	5	40	57
LINAC <u>elektivt</u>	27	30	60	30	30	177
Laboratoriestyr <u>elektivt</u>	11,9	10	40	10	40	111,9
Instrumentvaskemaskiner elek.	7	0	0	0	0	7
Sammenbrudd*	170	230	215	240	215	1070
Businesscase <u>elektivt</u>	9,9	5	5	5	10	34,9
Utviklingsprosjekter (besluttede prosjekter)	0	0	0	0	0	0
Omstillingsprosjekter (ikke del av ordinær drift)	50	0	0	0	0	50
Forskningsmidler <u>elektivt</u>	6	10	5	10	10	41

Tabell 2: Økonomisk langtidsplan for MTU investeringer 2016 – 2019. Gult markerer vedtatt budsjett, turkis i første rad markerer tentativ prognose fra viseadministrerende. dir. økonomi. * Se kommentar om sammenbrudd side 4.



4 Videre utvikling 2020 til 2035

4.1 Helse Sør Øst RHF målformulering

Helse Sør-Øst RHF (HSØ) har beregnet at gjennomsnittsalder for MTU i regionen vil bli 7,4 år i 2017 dersom planlagte investeringer i regionen blir gjennomført. Dette er ikke et vedtak, men vil i følge HSØ være konsekvensen av foreliggende investeringsplaner.

OUS har mange regions- og landsfunksjoner, og det utføres en stor og vesentlig del av den medisinske forskningen i Norge ved OUS. Moderne MTU er avgjørende for å kunne ligge i front både ved diagnostisering, pasientbehandling og forskning. Gjennomsnittsalder for MTU på OUS bør derfor ligge noe lavere enn estimatet til HSØ samlet for alle helseforetakene i regionen. Et eksempel på dette er Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale satsing på persontilpasset medisin, hvor OUS ønsker og bør innta en ledende rolle. Dette vil være utstyrskrevenne innen eksempelvis genetik og billedteknologi. Likeledes den nasjonale satsingen på protonterapi i kreftbehandling. Som en første målsetting mener vi derfor at det er riktig at OUS arbeider for å oppnå en gjennomsnittsalder på 7,4 år for MTU, på linje med HSØ sitt målbilde.

Styret i OUS vedtok i 2012 at det skal budsjetteres for anskaffelse av MTU for 350 mill kr i hvert av årene 2013, 2014 og 2015. Styret i OUS har videre i 2014 godkjent en økonomisk langtidsplan for MTU for perioden 2015-2018. Denne legger til grunn investeringer på 500 mill kr per år. Det er derfor også viktig å se hvordan investeringsstørrelsene 350 og 500 mill kr. påvirker gjennomsnittsalder.

For å kunne sette inn riktige tiltak i arbeidet med å redusere gjennomsnittsalderen på MTU-parken må viktige spørsmål som følgende, avklares:

- Hvor store må de årlige investeringene være for at gjennomsnittsalder for MTU skal nærme seg 7,4 år?
- Hvordan vil gjennomsnittsalderen utvikle seg over tid ved ulike investeringsstørrelser?
- Hvilke andre forhold må en ta hensyn til når en skal forsøke å forutse utvikling av gjennomsnittsalder for MTU?

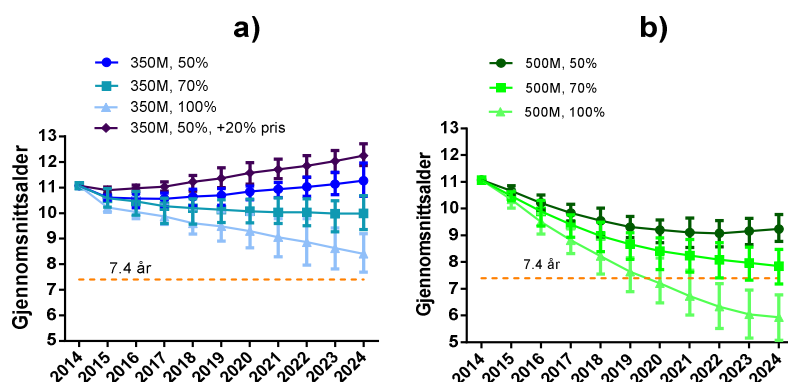
For å svare på denne type spørsmål, har MTV utviklet en egen modell for å beregne utvikling av gjennomsnittsalder for MTU enhetene gitt ulike forutsetninger. Disse forutsetningene er:

- Gjennomsnittlig årlig investeringsbeløp
- Gjennomsnittskostnad for anskaffelser innen de ulike utstyrsgrupper
- Hvor mange MTU enheter som utrangeres og kasseres i forhold til hvor mange som anskaffes
- Alderen på MTU enhetene som utrangeres og faktisk kasseres

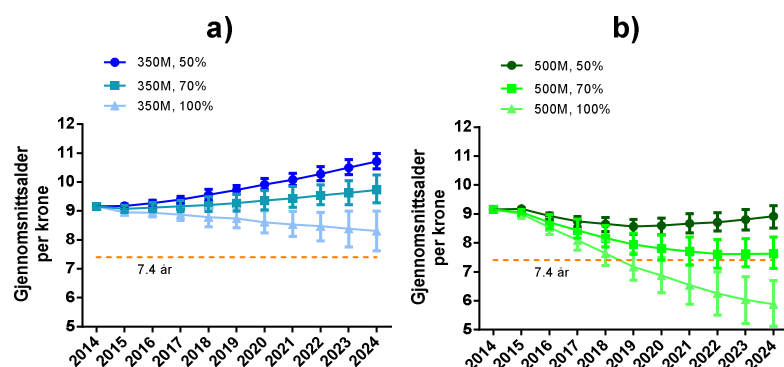
4.2 Mulig utvikling av gjennomsnittsalder for MTU

I figur 4 og 5 vises mulig utvikling for gjennomsnittsalder for MTU gitt forutsetningene som benyttes i simuleringsmodellene. Simuleringene er ført frem til år 2024.





Figur 4. Prognose for gjennomsnittsalder basert på simuleringer med 350 mill kr i årlig investering (a) og 500 mill kr i årlig investering (b), med en utrangeringsgrad på 50 %, 70 % eller 100 %. Usikkerhetsindikatorerne viser hvordan prognosen varierer avhengig av i hvor stor grad eldre MTU blir plukket ut til utrangering og kassasjon (modellert med en sterk aldersavhengighet i nedre margin, og en svakere aldersavhengighet i øvre margin). Historiske data viser at den mest sannsynlige utviklingen er med svakere aldersavhengighet (den øverste kurven). **Virkningen av en svekket kronkurs er eksemplifisert med en prissøkning på +20 % ift. 2013-nivået.**



Figur 5. Prognose for gjennomsnittsalder per krone basert på simuleringer med 350 mill kr i årlig investering (a) og 500 mill kr i årlig investering (b), med en utrangeringsgrad på 50 %, 70 % eller 100 %. Usikkerhetsindikatorerne viser hvordan prognosen varierer avhengig av i hvor stor grad eldre MTU blir plukket ut til utrangering og kassasjon (modellert med en sterk aldersavhengighet i nedre margin, og en svakere aldersavhengighet i øvre margin). Historiske data viser at den mest sannsynlige utviklingen er med svakere aldersavhengighet (den øverste kurven).

Konklusjonen av simuleringene er at med en årlig investering på 350 mill kr vil realistisk sett aldri gjennomsnittsalderen gå ned til 7,4 år, men faktisk øke. Med 500 mill per år kan dette målet med realistiske forutsetninger nås i 2025. Valutaendringene mellom norsk kroner og svært viktige handelspartnere i vår sammenheng (dvs. euro og dollar) slår markant ut i simulert mulighet for en reduksjon av gjennomsnittsalder.

Figur 5 viser det samme resultatet som grunnsimuleringen i figur 4, men der snittalderen er prisvektet. Her går det fram at ved en årlig investering på 350 mill kr vil snittalder per krone *ikke* reduseres. Gjennomsnittsalder per krone var 9,16 år for alle MTU enheter per 1.1.2015.

Oslo universitetssykehus sin erfaring med investeringsnivå på om lag 300 mill kroner i budsjett 2013 og 350 mill kroner i 2014, er at dette investeringsnivået ikke har vært tilstrekkelig til å redusere gjennomsnittsalderen. 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 utstyrsportefølje med total innkjøpsverdi på mer enn 4,2 milliarder kr. med levetid på 10 år.

Nivået som er vurdert som nødvendig for å oppnå en ønskelig reduksjon i gjennomsnittlig alder på utstyr, 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.

En vesentlig variabel som regulerer gjennomsnittsalderen for MTU er utrangering med påfølgende kassasjon, og tilvekst. Erfaringer i MTV viser en dobbelt så stor tilvekst som utrangering. For å oppnå målet om gjennomsnittlig utstyrsalder på 7,4 år, må utrangeringsgraden økes betydelig - mot 70 % av tilveksten. Dette vurderer utredningsgruppen som en stor utfordring.

Ingen resonnementer eller simuleringer er ført lenger enn til 2024. En viktig grunn til dette er at den medisinske og teknologiske utviklingen er så rask og uforutsigbar at lengre perspektiver er nytteløse. Rådet for Medisinsk Forsking (RMF) har i to utredninger vist at selv et tiårs perspektiv er for langt til å kunne predikere utviklingen i medisin og teknologi.

Idéfase Oslo Universitetssykehus – Campus Oslo har utredet mulige alternativer for å redusere areal og samlokalisere virksomheten i OUS. Det ligger en betydelig utfordring i å koordinere utbyggingsbudsjettene med MTU-budsjettene, da det er gråsoner, overlapp og definisjonsmessige utfordringer mellom bygg- og MTU-budsjetter,

Dersom en prosentandel av investeringskostnadene til de ulike investeringene i den valgte modellen avsettes til investeringer i MTU slik det er vanlig for nybygg av sykehus, for eksempel 20 – 25 % av totalt investeringsbeløp, vil dette kunne ha en betydelig positiv effekt for gjennomsnittsalderen til MTU-parken, og dermed utstyrsarkens tilstand (avhengig av investeringsbeløp i forhold til utstyrsarkens verdi). OUS vil i en slik situasjon kunne ha muligheter til å redusere kostnadene knyttet til drift av utstyrsarkens, det vil være mulig å dreie fra sammenbruddsfinansiering til en strategisk begrunnet elektiv styring av MTU investeringene som vil gi en mer effektiv produksjon i klinikkene. I tillegg blir risikoen for produksjonstap, havari og pasientskader som følge av utstyrssvikt betydelig redusert.



	Dato: 22.04.15	Side: 1 / 10
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan Bygg for Oslo universitetssykehus HF		

1. STATUS FOR BYGG

Oslo Universitetssykehus HF (OUS) har i dag et areal på ca 900 000 kvm fordelt på mer enn 40 adresser. Mye av virksomheten foregår i gamle og uhensiktsmessige bygg. Dersom en ser bort fra Rikshospitalet på Gaustad har bygningsmassen en snittalder på 60 år, som ligger 20 år høyere enn gjennomsnittet for norske sykehus. Byggenes dårlige tilstand vises bl.a. gjennom det store antallet tilsynspålegg fra branntilsyn, arbeidstilsyn og direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (det er brukt 450 MNOK til lukking av tilsynsavvik i 2012 – 2014). Verne- og fredningshensyn gjør det samtidig vanskelig å tilpasse eller videreutvikle de gamle byggene til å møte dagens tekniske og funksjonelle krav. Uegnet og lite fleksibel bygningsmasse fører også til at sykehuset driver sin virksomhet på et betydelig større areal enn nødvendig¹. En betydelig befolkningsvekst i regionen generelt og i hovedstadsområdet spesielt de neste ti til tjue år, vil medføre økende kapasitetsbehov.

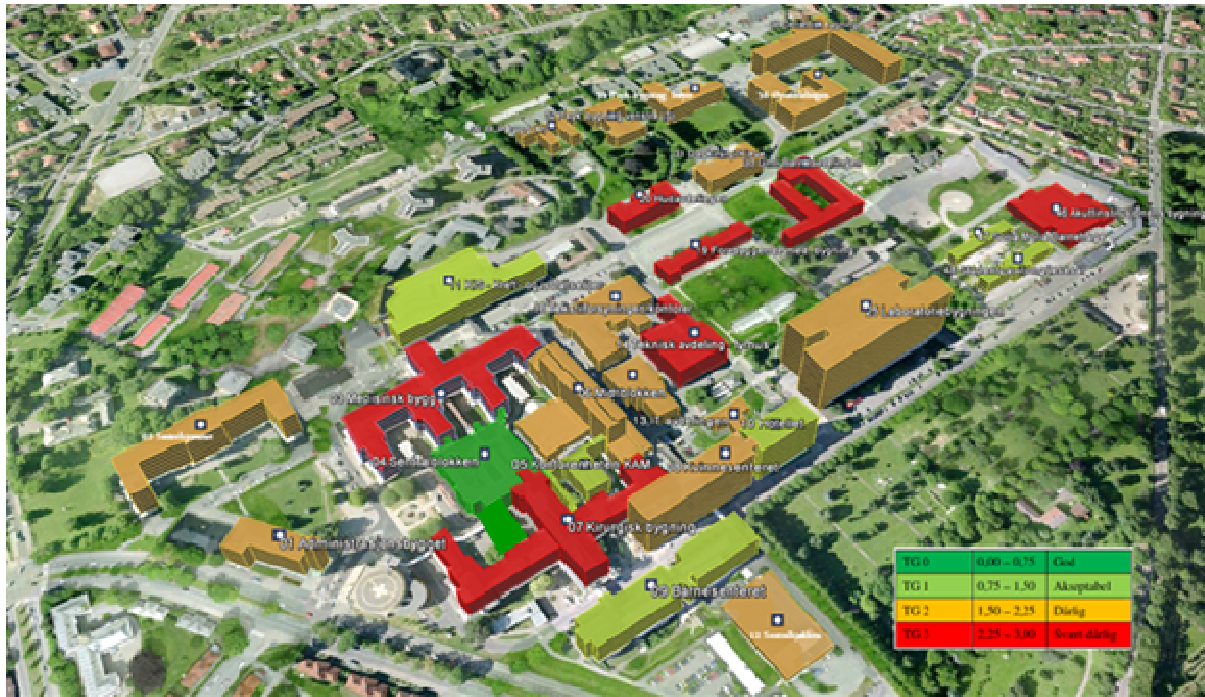
1.1. Ullevål sykehus

Ved Ullevål er det virksomhet både innen somatikk, psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ullevål ivaretar lokal-, område og regionsfunksjoner inkludert traume/akuttmottak og tilhørende klinisk virksomhet, samt enkelte nasjonale funksjoner. Mye av gjenværende virksomhet på Aker, etter overføring til Ahus, er flyttet til Ullevål. Standarden på bygningsmassen og etter hvert også økende kapasitetsbehov som følge av befolkningsøkningen, har medført at innflytting fra Aker foreløpig ikke har kunnet fullføres. Nytt akuttbygg er oppført på Ullevål og åpnet i 2014.

Bygningsmassen i Kirkeveien er oppført i perioden 1902 – 2007 og utgjør ca 290 000 m². Sentrale deler av dagens pasientbehandling gjennomføres i kirurgisk og medisinsk bygg fra 1902. Teknisk sett bærer bygningsmassen preg av den høye alderen og manglende vedlikehold og fornying.

¹ Analyser tilsier at vi kunne redusere totalt areal med 150 000 – 200 000 kvm gjennom å erstatte gamle bygg med nybygg og likevel ha kapasitet til å håndtere befolkningsveksten frem mot 2030.

Oslo universitetssykehus HF
**Investeringsplan Bygg for
 Oslo universitetssykehus HF**



Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus , 2014

Forsyningsanleggene i Kirkeveien er vurdert til å ha utilfredsstillende teknisk tilstand. Dette er gjennomgående eldre anlegg med utilstrekkelig kapasitet, slitasje og behov for oppgradering og/eller utskiftning. Spesielt dårlig er kjøle- og gass-systemer som har store og relativt akutte behov for oppgraderinger og utskiftninger. Bygningsmassen har svært varierende grad av tilpasningsdyktighet og følgelig også svært varierende grad av levedyktighet sett i forhold til fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift.

1.2. Rikshospitalet

På Rikshospitalet (RH) ivaretas i dag lands-, region- og en del områdefunksjoner med en større andel elektiv behandling. OUS har gjennomført tiltak for å samle regionsfunksjoner på Rikshospitalet de siste årene. Denne tilflyttingen av aktivitet har medført fortetting og kapasitetsutfordringer, spesielt når det gjelder operasjon, intensiv og postoperativ virksomhet samt støtteareal og infrastruktur.

Bygningsmassen utgjør til sammen ca 231 000 m², inkludert glassgate, hotell og tekniske mellometasjer. Bygninger er 14-16 år gamle. Bygningsmassens tilstand fremstår gjennomgående med økende behov for vedlikehold og utskiftninger. Teknisk sett vil bygningsmassen kunne ha meget lang levetid, men kapasitet knyttet til teknisk infrastruktur er for en stor del maksimalt utnyttet. Hovedvannforsyning, varme- og gassanlegg er vurdert å være tilfredsstillende. Øvrige forhold, dvs. reservekraft, hovedforsyning for strøm, nødstrøm samt kjøleanlegg og ventilasjon har underkapasitet og behov for oppgradering. Forholdene knyttet til transport og logistikksystemer, samt tomt og områdeforhold er alle vurdert som akseptable.

	Dato: 22.04.15	Side: 3 / 10
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan Bygg for Oslo universitetssykehus HF		



Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet, 2014

1.3. Radiumhospitalet

For å samle "tung" intensivkrevende kirurgiske virksomhet har en stor del av denne virksomheten flyttet fra Radiumhospitalet til Rikshospitalet. Dette har også vært påkrevet sett i lys av eksisterende standard på operasjonsstuer og bygninger. Virksomhetsprofilen på Radiumhospitalet er således noe endret. Radiumhospitalet ivaretar ca 40% av kreftbehandlingen innen OUS.

Bygningsmassen på Radiumhospitalet fremstår som et kompakt konglomerat. Den eldste bygningen (F) er fra 1928 og det nyeste bygget fra 2009. Med unntak av nybyggene og bygg I så er bygningsmassen i dårlig teknisk tilstand med behov for betydelig oppgradering gitt fortsatt drift i byggene. Forsyningsanleggene ved Radiumhospitalet er vurdert å være av varierende kvalitet og tilstand, men hvor flere forhold samlet sett er vurdert å være utilfredsstillende. Det er stor sannsynlighet for forurensning i grunnen.

	Dato: 22.04.15	Side: 4 / 10
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan Bygg for Oslo universitetssykehus HF		



Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet, 2014

Flere av bygningene vurderes ikke å være, og heller ikke kunne bli, fremtidsrettet med tanke på sykehusdrift. Sengeområdene i bygg A og B er de siste årene delvis oppgradert. Bygg C, D, E og F er lite egnet for moderne og fremtidsrettede sykehusfunksjoner. Mulige bruksområder kan være enklere funksjoner som dagområder/poliklinikk og kontorer, som de i stor grad benyttes til i dag, samt enklere støttefunksjoner. Bygg D, E, G, H og I forutsettes revet i forbindelse med leie av lokaler i OCCI. Utflytting av poliklinikken fra Bygg D p.g.a. byggets strukturelle svakheter er under utredning.

Forsyningsanleggene ved Radiumhospitalet er vurdert å være av varierende kvalitet. Samlet sett vurderes de å være utilfredsstillende. Dette gjelder både hovedvannforsyning, hovedforsyning strøm, nødstrøm og kjøleanleggene, som alle er eldre anlegg med behov for ekstra vedlikehold og/eller delvis utskiftning/oppgradering.

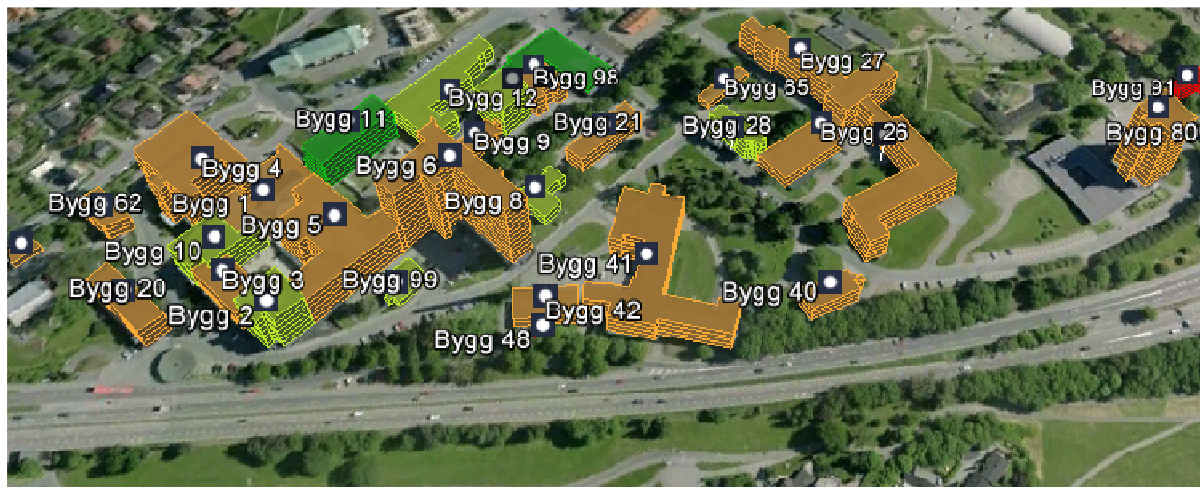
1.4. Aker

Det ble i 2014 etablert en 20 års avtale med Oslo kommune om utvikling og drift av en samhandlingsarena på Aker. OUS har fremdeles virksomhet på Aker som ikke er planlagt å være en del av Aker helsearena, men som venter på at det skal fysisk tilrettelegges for innflytting ved Ullevål og Rikshospitalet.

Bygningsmassen på Sinsen utgjør totalt i underkant av 100 000 m². Den eldste bygningsmassen er oppført i 1920 (bygg 3 og 5), mens nyeste bygningsmasse er fra 1998 (bygg 10, 11 og 12).

Med unntak av bygningsmassen fra 1998 (bygg 10–12) som fremstår i akseptabel teknisk tilstand, bærer bygningsmassen preg av kombinasjonen av høy alder og vedlikeholdsetterlep. Ved videre drift og bruk er det store behov for teknisk oppgradering. Forsyningsanleggene bærer preg av høy alder, slitasje, mangelfull kapasitet og manglende oppgraderinger/fornyng og er alle vurdert som utilfredsstillende.

	Dato: 22.04.15	Side: 5 / 10
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan Bygg for Oslo universitetssykehus HF		



Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus, 2014

1.5. SSE

Avdeling for kompleks epilepsi (AKS, tidligere SSE), ligger i Sandvika og har et nasjonalt ansvar for barn, ungdom og voksne personer med vanskelig kontrollert epilepsi.

Bygningsmassen utgjør ca 18 000 kvm. Byggene som er i bruk har varierende teknisk tilstand, der de nyeste er svært gode. Flere bygg (bygg K-Q) er ikke i bruk. Tilstanden på disse byggene er vurdert som dårlig eller uakseptabel. Som en erstatning for bygg som er stengt, p.g.a. utilfredsstillende rømningskrav ved brann, benyttes et leid modulbygg på 670 kvm til pasientbehandling. Det foreligger midlertidig brukstillatelse for dette, men det er usikkert hvor lenge man kan opprettholde denne. Med unntak av nødstrømsanleggene og til dels kjøleanleggene er forsyningsanleggene ved SSE vurdert som tilfredsstillende eller gode.

1.6. Dikemark

Dikemark huser OUS virksomhet knyttet til deler av virksomhetsområde psykisk helsevern. Her foregår utredning og behandling på høyeste nasjonale nivå tilpasset pasienter med psykiske lidelser og omfattende funksjonsnedsettelse som har behov for døgnkontinuerlig opphold og behandling. Mange har også vansker knyttet til rus og/eller farlighetsproblematikk.

Det er et sterkt behov for bedre og mer moderne bygg til regional sikkerhetsavdeling og psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme. Bygningsmassen på Dikemark er meget dårlig. Bygningsmassen på Dikemark utgjør ca 76 000 kvm. Bare ca. halvparten av arealene er i bruk og en del lokaler brukes kun sporadisk som kontor/møterom o.l.

Med unntak av et par av bygningene² bærer bygningsmassen på Dikemark preg av mangelfullt vedlikehold. De fleste byggene har en vektet teknisk tilstandsgrad på over 2,0. Mange underliggende komponenter har tilstandsgrad 3 og behov for strakstiltak. Tilpasningsdyktigheten for bygningene er vurdert som dårlig og har store begrensninger i forhold til å bygge om til annet bruk. Riving

² Dagali og Kurhus 1

	Dato: 22.04.15	Side: 6 / 10
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan Bygg for Oslo universitetssykehus HF		

forhindres i stor grad ved at 30 av 32 bygg er fredet, hvorav 7 både interiør- og eksteriørmessig. Også tomtegrunn på 248 dekar er fredet med unntak av 20 dekar.

Forsyningsanleggene ved Dikemark er preget av elde, slitasje og underkapasitet. Det er et gjennomgående behov for oppgraderinger og/eller vedlikehold. Bunnledningsnett er nylig utbedret. Ingen øvrige anlegg er vurdert med akutte utbedringsbehov, men tiltak må påregnes over noe tid ved videre sykehusdrift.

1.7. Gaustad og Sognsvannveien

Virksomheten på Gaustad er hovedsakelig døgnvirksomhet for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i tillegg til hoveddelen av forskningsvirksomheten i klinikk for psykisk helse og avhengighet. Bygningsmassen er av eldre byggeskikk som har store begrensninger i forhold til tilpasningsmuligheter og fremtidige bruksområder. Bygningsmassen på rundt 40 000 kvm har også stort teknisk oppgraderingsbehov. En betydelig andel av bygningene, samt tomten, har vernestatus. De aktuelle forsyningsanleggene ved Gaustad sykehus er alle vurdert å være utilfredsstillende eller i dårlig teknisk stand. Dårligst tilstand har hovedvannforsyningen og nødstrømssystemene. Disse har stort og relativt akutt behov for utbedring.

Spesialseksjonen innen Barne- og ungdomspsykiatri (BUP) er lokalisert i Sognsvannsveien. BUP ungdomsseksjonen er også lokalisert her. Den er godkjent for tvunget psykisk helsevern og består av to døgnenheter. En vurdering av levedyktighet basert på Multiconsults kartlegging i 2011 viser at byggene i Sognsvannveien (ca 6 000 kvm) generelt er middels egnet og lite tilpasningsdyktige.

2 MÅLBILDE FOR PLANPERIODEN 2016 - 2019

2.1 Bygningsmessig kvalitet

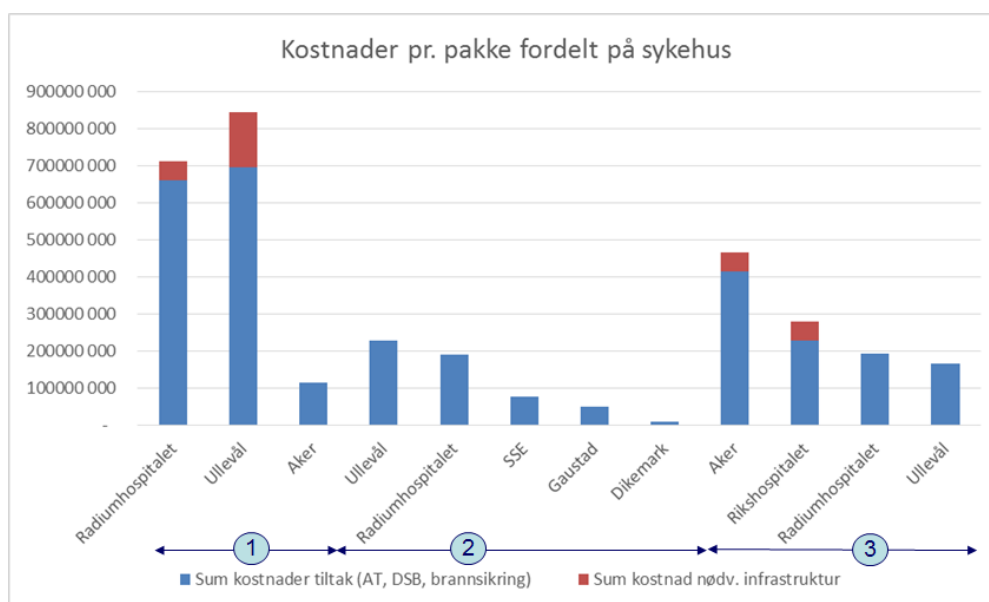
I perioden 2012-2014 har OUS brukt ca 450 MNOK på lukking av tilsynspålegg fra henholdsvis branntilsyn, arbeidstilsyn og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Det er nødvendig å trappe opp denne innsatsen i tråd med tilsynenes kommuniserte forventning. I planperioden 2016 – 2019 forventes det tilsagn om lån, og at tiltak gjennomføres for å lukke avvik pålagt av myndighetstilsyn prioritert i «pakke 1» (Ref. styrebehandlet og oversendt lånesøknad desember 2014). Det forventes også at det søkes om finansiering av tiltak i pakke 2, og at disse er under gjennomføring i denne tidsperioden.

For de fleste bygg kan lukking av tilsynspålegg som i hovedsak utbedrer enkeltkomponenter ikke forventes å gi noen drastiske endring i tilstandsgrad (fargekategori). Bygg som ligger i grenseland mellom to kategorier, eller bygg der det gjøres større investeringer vil kunne forbedres til en tilstandsgrad på et høyere nivå. For byggene i beskrevet Pakke 1, med flest avvik og høyest kostnad knyttet til lukking av disse forventes tilstandsgraden påvirket som vist i tabellen nedenfor.

Forventet endring i tilstandsgrad for bygg med størst omfang av tiltak og investering

Sykehus	BYGG	Nåværende teknisk tilstand	Forventet endring i kategori/farge
Ullevål	3	Oransje/Rød	Kan bli oransje
Ullevål	6	Oransje	Kan bli lys grønn
Ullevål	7	Oransje/Rød	Kan bli oransje
Ullevål	8	Oransje	Kan bli lys grønn
Radium	A	Oransje	Ingen endring
Radium	B	Oransje	Kan bli lys grønn
Radium	C	Rød	Kan bli oransje
Aker	4	Oransje	Kan bli lys grønn

Tiltak prioritert i pakke 2 vil ytterligere avhjelpe situasjonen på Ullevål og Radiumhospitalet samt lukke avvik på SSE, Gaustad og Dikemark. Tiltak i pakke 2 forventes gjennomført idet planprosessen som vil kunne bidra til nye bygg for OUS antas å kreve tid.



Omfang pr. lokalitet i de ulike pakkene (Pilene med tall på representerer pakkene)

I tillegg til lukking av myndighetspålagte avvik er det i planperioden et mål å sikre nødvendig kvalitet på utstyr til produksjonsstøtte samt virksomhetskritiske anlegg som gass, kjøling etc. På disse områdene er situasjonen utfordrende i enkelte sentrale bygg både på Ullevål og Radiumhospitalet. Her pålegger ikke myndighetene tiltak, men funksjonalitet i utstyr og anlegg er likevel avgjørende for kvalitet i pasientbehandlingen og utskifting/ utbedring må gjennomføres.

2.2 Tilrettelegging for kapasitet god og effektiv pasientbehandling

Sykehuset har betydelige driftsmessige utfordringer som må løses gjennom arealtiltak på kort og mellomlang sikt. Eventuelle kortsiktige tiltak må imidlertid, i så stor grad som mulig, være avstemt med de langsiktige utviklingsplanene for sykehuset. Alle de aktuelle utviklingsalternativene i Idéfase OUS omfatter en videreføring av virksomhet i nyere bygg på Rikshospitalet. Det er mulig å bygge ca. 10 000 – 20 000 kvm i tilknytning til eksisterende bygningsmasse innenfor gjeldende reguleringsplan på dette området. Utbedring av infrastruktur på Rikshospitalet må inkluderes ved en slik utbygging.

	Dato: 22.04.15	Side: 8 / 10
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan Bygg for Oslo universitetssykehus HF		

For OUS virksomhet knyttet til RSA/PPU på Dikemark er det et prekært behov for nybygg³ av hensyn til både pasientbehandling og arbeidsmiljø. Det er svært ønskelig å sikre bedre bygg for denne virksomheten i planperioden.

I 2015 planlegges det oppføring av et modulbygg på Ullevål over tre etasjer med to sengeposter og en pol/dagenhet. Dette bygget er nødvendig for å sikre tilstrekkelig kapasitet for den i lang tid ønskede flyttingen av Urologi fra Aker til Ullevål, samt for å sikre nødvendig rokkeringsareal slik at myndighetspålagte avvik på Ullevål kan lukkes med minst mulig hindring av pasientbehandling og drift.

Planlegging av et brystsenter Radiumhospitalet pågår, og i løpet av 2015 forventes det at gjennomføring av prosjektet besluttet. I planperioden er det derfor en målsetting å ferdigstille dette.

Prognoser viser at det forventes ca. 16 % befolkningsvekst i OUS område frem til 2020. Mulighetene for effektivisering vil bedres hvis vi kan flytte fra spredt virksomhet i en gammel og dårlig bygningsmasse til mer samlet aktivitet i moderne bygg. Det vil derfor være et klart behov for kapasitetsøkning i sykehuset allerede innen utgangen av planperioden. Nytt bygg for RSA/PPU, tilbygg på Rikshospitalet, modulbygg på Ullevål og brystsenter på Radiumhospitalet er alle tiltak som vil bidra til å fristille areal, enten for utnyttelse av andre eller for mulig utflytting og stenging av bygg som er særdeles dårlige. Det forventes også at overføring av aktivitet til Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus gir rom for noe kapasitetsøkning. Eventuelle nybygg og avgivelse av aktivitet til de private ideelle sykehusene forventes imidlertid ikke å gi stor effekt i form av økt kapasitet før mot slutten av planperioden.

3 PRIORITERINGER I PLANPERIODEN 2016-2019

Sykehuset har tidligere fått tildelt 1,575 mrd NOK til omstilling som første fase (Fase 1) i utviklingen av Oslo universitetssykehus HF, blant annet for å tilrettelegge for mulig utflytting fra Aker til Ullevål og Rikshospitalet. Denne summen er nå i stor grad disponert. Gjenstående omstillingsprosjekter som planlegges utført i løpet av 2015 og 2016 er flytting av urologi fra Aker til Ullevål, og karkirurgisk virksomhet fra Aker til Rikshospitalet samt etablering av brystsenter på Radiumhospitalet. Videre diskuteres samling av thyroidea og endokrinkirurgi på Rikshospitalet. Det forventes at omstillingsprosjektene er gjennomført, og dermed gjenværende midler av de tildelte 1,5 mrd, disponert i løpet av 2016.

Som beskrevet under målbilde er det behov for å prioritere midler til teknisk oppgradering for å lukke myndighetspålagte avvik, samt oppgradere virksomhetskritiske anlegg og skifte ut teknisk utstyr til produksjonsstøtte (Fase 2).

For prioritering av midler til lukking av myndighetspålagte avvik henvises det til utarbeidet lånesøknad med underlag. I planperioden 2016 – 2019 er kostnader knyttet til tiltak prioritert i pakke 1 (1 av 3 pakker i fase 2) fordelt jevnt utover de fire årene. Pakke 1 løser ikke alle tilsynspålegg. Videreføring av idéfasearbeidet og innhold i/omfang av en etterfølgende 1. etappe vil påvirke sykehusets valg av løsninger og investeringstiltak. Det er forutsatt at sykehuset fortsetter

³ Ref. idéfase OUS – Campus Oslo og tidligere utredninger om dette.

	Dato: 22.04.15	Side: 9 / 10
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan Bygg for Oslo universitetssykehus HF		

oppgradering og lukking av avvik i gamle bygg som det må drives klinisk virksomhet i. Dette er i «lånesøknaden» omtalt som pakke 2 og 3 av håndtering av tilsynspålegg, og foreløpig ikke søkt om lån til. I planperioden er det et forventet investeringsbehov knyttet til gjennomføring av tiltak i pakke 2, men dette er i investeringstabellene lagt sammen med etappe 1 for nye bygg, ettersom et skille mellom disse planene først kan komme på plass etter slutføring av idéfasearbeidet.

Modulbygg, Ullevål er lagt inn med 142 mill kroner. Virksomhetskritiske anlegg og andre forhold er lagt inn med betydelige beløp i 2018 og 2019 for også å ta høyde for fremtidige uforutsette tekniske infrastrukturbehov. Utstyr til produksjonsstøtte er i perioden lagt inn med 20 millioner kroner pr. år.

Investeringsbehov Bygg 2016 - 2019				
Investeringsbehov bygg - Oppgradering, utskiftning og omstilling				
<i>(tusen kroner) (2015-priser)</i>	2016	2017	2018	2019
Fase 1 Omstillingskostnader (Brystsenter, Urologi, Kar, Endokr. etc.)	181 000			
Fase 2 Tilsynsavvik og oppgradering (lånesøknad pakke 1)	451 000	451 000	451 000	451 000
Modulbygg, Ullevål	142 000			
Virksomhetskritiske anlegg m/nødv. Infrastruktur med mer	44 000	26 000	157 000	157 000
Utstyr til produksjonsstøtte (utskiftning)	20 000	20 000	20 000	20 000
Sum Bygg - oppgradering, utskiftning og omstilling	838 000	497 000	628 000	628 000

* Finansieringsformen kan være en blanding av lån, tilskudd og leie. Investeringsbehov for modulbygg forventes å være totalt 242 MNOK 100 MNOK av denne kostnaden er lagt inn i 2015, mens resterende er lagt i 2016.

Investeringsbehov nybygg				
<i>(tusen kroner) (2015-priser)</i>	2016	2017	2018	2019
Nybygg for OUS (videreføring av idéfasearbeidet, trinn 1)		200 000	700 000	1 600 000
Sum Bygg - nybygg	-	200 000	700 000	1 600 000

OUS har mange bygg som ikke er i bruk og som er planlagt revet. Flere bygg på Radiumhospitalet er forutsatt revet ifm. innflytting i OCCI-bygget og OCCI ønsker tilgang til større areal i dette område. Bygg i nordre del av Ullevål har lenge stått på rivingsplanen. Bygg i søndre del av Aker er ønsket revet for å tilrettelegge for annen helsesrelatert virksomhet. De samlede rivekostnader for disse byggene på de fire hovedlokalisasjoner er anslått til å være i underkant av 100 MNOK. Midler til riving er imidlertid ikke lagt inn i planperioden da dette prioriteres lavere enn nødvendige tiltak for å opprettholde kvalitet i byggene det drives virksomhet i og behovet for kapasitetsøkning. Det planlegges i stedet å gjennomføre riving i forbindelse med oppføring av nybygg eller avhending av tomt.

4 VIDERE UTVIKLING FRA 2020 TIL 2035

Målsettinger og prioriteringer slik beskrevet i kap. 2 og 3 i dette dokumentet løser ikke OUS hovedutfordringer knyttet til bygningsmassens kvalitet og kapasitet, men, vil til en viss grad avhjelpe. Fremtidens virksomhetsutfordringer kan bare løses gjennom nye sykehusbygg.

Langsiktig plan for forvaltning av eiendomsmassen i Oslo universitetssykehus HF behandles i det pågående idéfasearbeidet. Styret vil forelegges et forslag til plan for idé-/konseptfase den 15. desember 2015. I slutføringen av idéfasearbeidet inngår 0-alternativet, delt løsning Gaustad sør kombinert med videre drift på Ullevål og delvis samling Gaustad sør kombinert med et lokalsykehus utenfor hovedsykehuset. I tillegg skal styret forelegges en utredning av organiseringen av krefrområdet som en del av idéfasearbeidet, herunder en vurdering av bygningsmessige forhold.

	Dato: 22.04.15	Side: 10 / 10
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan Bygg for Oslo universitetssykehus HF		

I økonomisk langtidsplan er det derfor ikke mulig å legge frem et konkret investeringsbudsjett for bygg. Det er ført en dialog med Helse Sør-Øst RHF om mulig tilgjengelig likviditet for Oslo universitetssykehus HF til å gjennomføre en etappe 1 av utvikling av bygningsmassen. Det er indikert en mulig finansiering i perioden frem til 2023 på om lag 10 milliarder kroner. Det er laget et anslag i tabellen under for mulig gjennomføring av etappe 1 i perioden 2017-2023 med tidlig fase 2016-2018 og byggefase fra om lag 2019. Mer presise anslag for fremdrift og årlig budsjett kan først etableres etter avslutning av idéfasen. Investeringsrammen er i økonomisk langtidsplan forutsatt uavhengig av det alternativ som blir valgt. Teknisk oppgradering for lukking av avvik, pakke 2 og 3 er inkludert i estimerte investeringssummer for Idéfase OUS i tabellen nedenfor. Denne oppgraderingen er helt nødvendig. Det antas imidlertid at lukking av avvik knyttet til pakke 2 og pakke 3 kan reduseres ved nybygg.

Det er utover etappe 1 investeringer i vedlikeholdspakker lagt til grunn et løpende behov for utbedringer og vedlikehold av eksisterende bygningsmasse med 150 mill kroner per år. Det er ikke laget anslag for investeringer i nye bygg etter 2023 og gjennomføring av etappe 1.

Investeringsbehov Bygg 2020 - 2035						
<i>(millioner kroner) (2015-priser)</i>	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Nybygg etappe 1	2 000 000	2 000 000	2 000 000	1 500 000		
Vedlikehold eksisterende bygg	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000	150 000
Sum Bygg	2 150 000	2 150 000	2 150 000	1 650 000	150 000	150 000

Ved nybygg, slik det er utredet i Idéfase OUS med samling av funksjoner og mer effektive bygg, vil arealet i OUS kunne reduseres med 150 000 – 200 000 kvadratmeter etter gjennomføring av alle byggetrinn. Dette er en svært ønskelig utvikling for både pasientbehandling og drift av sykehuset.

	22.4.2015	Side: 1 / 8
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan IKT		

1. Status for IKT

OUS har utarbeidet en områdeplan IKT for OUS 2015-2019 i 2014 som også var vedlegg til styresak 66/2014 18. desember 2014.

Denne investeringsplanen er utledet fra områdeplanen og spesifiserer hvordan planen kan realiseres innenfor rammene av økonomisk langtidsplan (ØLP).

IKT status ved OUS preges i dag av:

- Mye gammel og heterogen infrastruktur og systemer
- Betydelig antall driftsavvik i viktige systemer
- Et godt gjennomført EPJ-prosjekt viser at et stort og komplisert IKT-prosjekt ved sykehuset kan gjennomføres på en god måte
- Mange IKT-prosjekter er ferdigstilt de siste årene
- Stort engasjement både i ledelse (IKT-styring) og ute i klinikkene (etterspør nye løsninger og bidrar til å innføre nye løsninger).

Av viktige systemer må Flexlab på Aker fases ut pga at løsningen ikke takler Windows 7, og Agfa RIS/PACS på Radiumhospitalet må erstattes da den tross mange tiltak ikke lar seg stabilisere tilstrekkelig.

Etablering av ny teknisk plattform, felles for hele OUS, gir mange etterlengtede muligheter, men også mange utfordringer knyttet til gamle systemer som ikke er bygget for en moderne plattform. Ikke alle systemer vil kunne tas med over til ny plattform og prosjektet arbeider med å identifisere og finne løsninger for disse.

2. Målbilde for planperioden 2016-2019

Områdeplan IKT 2015-2019 for OUS peker på en del rammefaktorer knyttet til organisering, utvikling i medisin og utvikling i teknologi. Gitt finansiering fra eier og kapasitet hos felles tjenesteleverandør, vil de overnevnte rammefaktorene, og de behov de genererer, gi følgende målbilde for teknologiområdet i Oslo universitetssykehus frem mot 2020:

”All konsolidering av fellesløsninger er gjennomført slik at Oslo universitetssykehus har virksomhetsovergripende løsninger for gjennomgående fellesprosesser innen klinisk, laboratoriefaglig, radiologisk og administrativt område med gjennomgående kodeverk. Når nye behov skal dekkes, skal OUS først søke å benytte regionale løsninger og de systemene vi allerede har. Der eksisterende løsninger kan benyttes, eventuelt etter videreutvikling av disse, skal dette prioriteres høyt sammenlignet med å ta i bruk enda et nytt system.

I 2020 deltar pasientene i egen behandling på en helt annen måte enn i dag, og har en klar forventning om det. De har innsyn i egen journal, gir tilbakemeldinger og kommuniserer, oppdaterer egne data, utfører selvbetjeningsoppgaver og deltar aktivt i e-konsultasjoner både som forberedelse og oppfølging etter behandling. Flere undersøkelser og behandlingsformer vil kunne gjøres hjemmefra eller på pasienthoteller som for eksempel cytostatika i pilleform eller screeninger i form av piller som sender signaler til sykehuset. Oslo universitetssykehus utvikler nye tjenester i MinJournal i nært samarbeid med klinikere og pasienter og migrerer utprøvde tjenester over i en nasjonal drakt i helsenorge.no.

	22.4.2015	Side: 2 / 8
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan IKT		

I 2020 har Oslo universitetssykehus implementert en gjennomgående kurve i alle pasientbehandlernde avdelinger. Kurveløsningen håndterer store datamengder fra MTU og andre typer sensorer. All legemiddelbehandling foregår også i kurveløsningen. Forordningene er generiske og legene får ferdige doseringsforslag, varsel ved medikamentallergier eller ved uheldige medikamentkombinasjoner. Dette gir økt pasientsikkerhet og kvalitet samtidig som det gir unike muligheter for forskning.

Overgangen til strukturert journal er et viktig, spennende og utfordrende arbeid i perioden frem mot 2020. Oslo universitetssykehus starter dette arbeidet i 2015. I 2020 vil strukturert EPJ være innført. Det betyr at registreringsarbeidet er mer automatisert, sykehuset har minimert behovet for dobbeltregistreringer, datakvaliteten øker og Oslo universitetssykehus kan håndtere store datamengder både til primærbruk og sekundærbruk. IKT-løsningene støtter opp under enhetlig pasientbehandling basert på retningslinjer (pakkeforløp og nasjonale retningslinjer). Utveksling av data til samarbeidende helseinstitusjoner og pasienter vil forenkles da innholdet er mer standardisert og bidrar til mer effektive pasientforløp. Aktiv pasientmedvirkning i egen behandling er utbredt, både før, under og etter behandling i Oslo universitetssykehus.

Et felles multimedialt lager med stor kapasitet er innført slik at det er enkelt å legge til bilder i journal, finne frem multimedialinnhold av alle typer, redigere, merke innhold og håndtere den eksponentielle veksten i datamengdene.

Klinisk datavarehus med strukturerte data for demografi, opphold, diagnoser/prosedyrer og kurve/medisineringsdata samt patologi- og radiologidata er innført i løpet av perioden og løsningen er skalert for å håndtere store datamengder. Uthenting av data til kvalitets- og forskningsregistre håndteres gjennom klinisk datavarehus slik at produksjonsmiljøer som EPJ avlastes og personvernet ivaretas. I tillegg gir klinisk datavarehus mulighet for beslutningsstøtte og analyse på tvers av alle data, for eksempel for smittevern.

Styringsverktøy er videreutviklet og lederne fatter løpende operative og strategiske beslutninger på bakgrunn av akkumulert informasjon fra kliniske og administrative produksjonssystemer. Økt samhandling og høyere effektivitet fører til behov for bedre logistikk-løsninger samt bedre løsninger for ledelsesinformasjon, planlegging og styring av virksomheten.

Oslo universitetssykehus har en infrastruktur som understøtter forskning gjennom tilgang til kliniske data (klinisk datavarehus), dokumentasjon og gjenfinning av biologisk materiale (biobank), elektronisk samtykkeløsning, lagring og håndtering av ekstremt store datamengder, utprøving av ny teknologi i medisinsk bruk samt strukturert, fleksibel og sikker deling av elektroniske ressurser mellom forskere og forskningsgrupper internt og eksternt.

Det er etablert et regionalt/nasjonalt anskaffelsesløp for Prehospitale tjenester med sammenhengende journal, beslutningsstøtte og flåtestyring av ambulanser og helikoptre. Regionalt fagsenter for nasjonale kvalitetsregistre ved Oslo universitetssykehus understøtter lokale, regionale og nasjonale registre. Fagmiljøene har tatt et særskilt ansvar for etablering av arketyper og har bidratt til utvikling av strukturert journal samt bedre kobling av pasientdata på tvers av diagnoser og geografi.

Det er i tråd med føringer fra eier etablert en rekke regionale kompetansesentre knyttet til bruk av nye teknologiske løsninger ved Oslo universitetssykehus.”

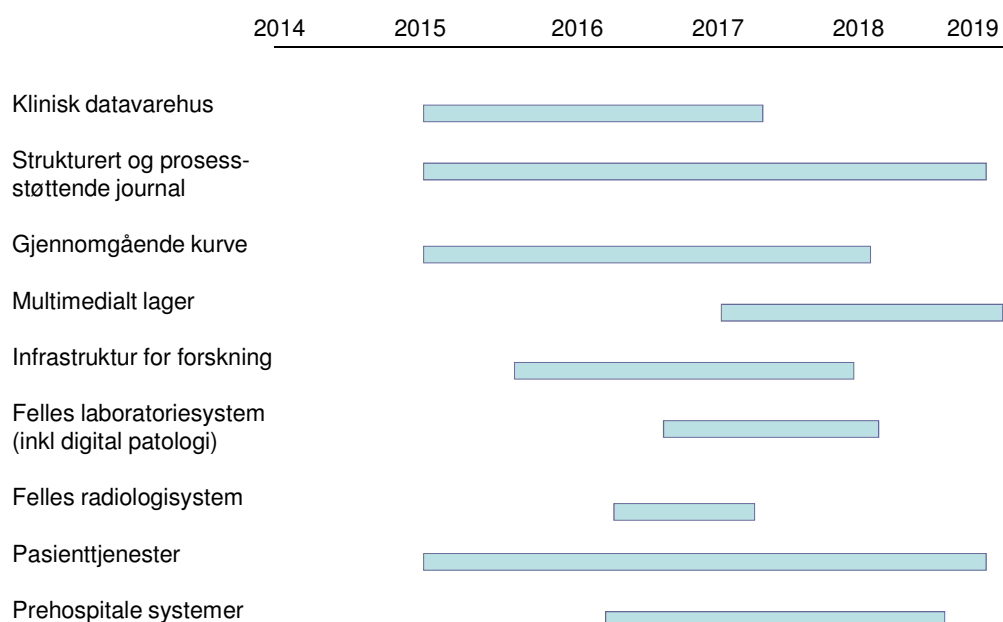
	22.4.2015	Side: 3 / 8
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan IKT		

3. Prioriteringer i planperioden 2016-2019

For å realisere målbildet vil det i planperioden være nødvendig å gjennomføre en betydelig mengde av aktivitet, både regionale og lokale prosjekter. Dette avsnittet viser på et overordnet nivå hvilken aktivitet dette er, og hvordan det kan planlegges slik at det er mulig å nå målbildet.

3.1. Klinisk område med forskning

Det vil være nødvendig å sette i gang, og slutføre, omfattende aktivitet innenfor IKT for klinikk og forskning. I tillegg vil nye behov i klinikken som understøtter målbildet, eller som bidrar til redusert risiko knyttet til stabil og sikker drift, prioriteres ved inngangen av hvert år. Et forslag til overordnet tidsplan for aktiviteten er satt opp nedenfor.



3.1.1. Strukturert og prosessstøttende journal

Den versjonen av regionalt EPJ, DIPS, som er innført ved OUS er gammel og leverandøren videreutvikler ikke denne. Leverandøren har utviklet funksjonalitet i den nye versjonen, DIPS Arena, på områder der OUS ikke kunne klare seg med den gamle for å kunne bytte til regional løsning for EPJ. Med DIPS Arena innføres en strukturert og prosessstøttende journal. Innføring av DIPS Arena vil pågå over flere år. På kort sikt må dette understøtte myndighetskrav om standardiserte pakkeforløp og på lengre sikt understøtte avansert prosessstøtte for alle arbeidsprosesser som inngår i et pasientforløp.

Fase 2 av regional EPJ i OUS vil ferdigstilles i 2015. Omfanget for fase 2 er nå vedtatt og det er klart at mye ikke er prioritert som del av fase 2. Resterende behov vil måtte prioriteres og ferdigstilles i prosjekter senere.

3.1.2. Klinisk datavarehus

Etablering av klinisk datavarehus vil tilgjengeliggjøre kvalitetssikrede grunndata for elektronisk gjenbruk i kvalitetsregistre og i forskning.

	22.4.2015	Side: 4 / 8
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan IKT		

3.1.3. Gjennomgående kurve

Metavision vil innføres på resterende operasjons- og intensivheter som ikke allerede har tatt i bruk kurveløsningen. Innføring av Metavision på sengeposter vil kunne starte i 2016. Når dette er gjennomført, vil sykehuset ha en gjennomgående elektronisk kurve med elektronisk oversikt over medisiner og beslutningsstøtte knyttet til dette. Data fra MTU vises i kurven eller i EPJ.

3.1.4. Multimedialt lager

Helse Sør-Øst har ennå ikke valgt en strategi for eller en løsning for håndtering av multimedia. For OUS er det nå viktig at dette kommer på plass og at innføring skjer i slutten av planperioden. Behovet for en slik løsning er økende.

3.1.5. Infrastruktur for forskning

Sykehuspartner har ikke hatt kapasitet til å drifte og forvalte det gamle Forskningsnett. Det er nødvendig med et spesielt fokus på infrastruktur for forskningen for å sikre at den store forskningsvirksomheten ved sykehuset understøttes. Forskningsnett vil erstattes med løsninger fra Infrastrukturmoderniseringsprogrammet (IMP), og ferdigstilles rundt midten av planperioden.

3.1.6. Felles laboratoriesystem (inkl. digital patologi)

OUS skifter ut laboratorieløsningen ved Aker i 2015 til samme løsning som RH/RAD (Unilab) siden innføring av regional laboratorieløsning er forsinket. Regional laboratorieløsning innføres ved OUS når det er etablert en regional standard basert på den regionalt valgte løsningen. OUS må i stor grad bidra til at det etableres en slik standard. Det må gjennomføres en regional foranalyse for å velge strategi for digital patologi.

3.1.7. Felles radiologisystem

Oslo universitetssykehus har driftsmessige utfordringer knyttet til IKT-løsningene for radiologi. Trygg og stabil drift på Radiumhospitalet sikres ved å ta i bruk Sectraløsningen som benyttes ved Rikshospitalet. OUS bør ha et felles RIS/PACS innen utgangen av 2016, men det er stor risiko knyttet til framdrift grunnet forsinkelse i det regionale programmet. Regional radiologiløsning innføres ved OUS når det er etablert en regional standard basert på den regionalt valgte løsningen. OUS må i stor grad bidra til at det etableres en slik standard.

3.1.8. Pasienttjenester

Det er nå et stort fokus på elektronisk samhandling med pasientene. Sykehuset trenger erfaring med ulike måter å understøtte arbeidsprosesser som involverer pasienten direkte. Det betyr at regionen trenger å utvikle løsninger i MinJournal for innovasjon og utprøving, før en eventuell bredding til nasjonale tjenester i helsenorge.no. MinJournal vil utvikles i små skritt med funksjonalitet som etterspørres og som det kan bygges videre på for å dekke andre behov/tilby nye tjenester.

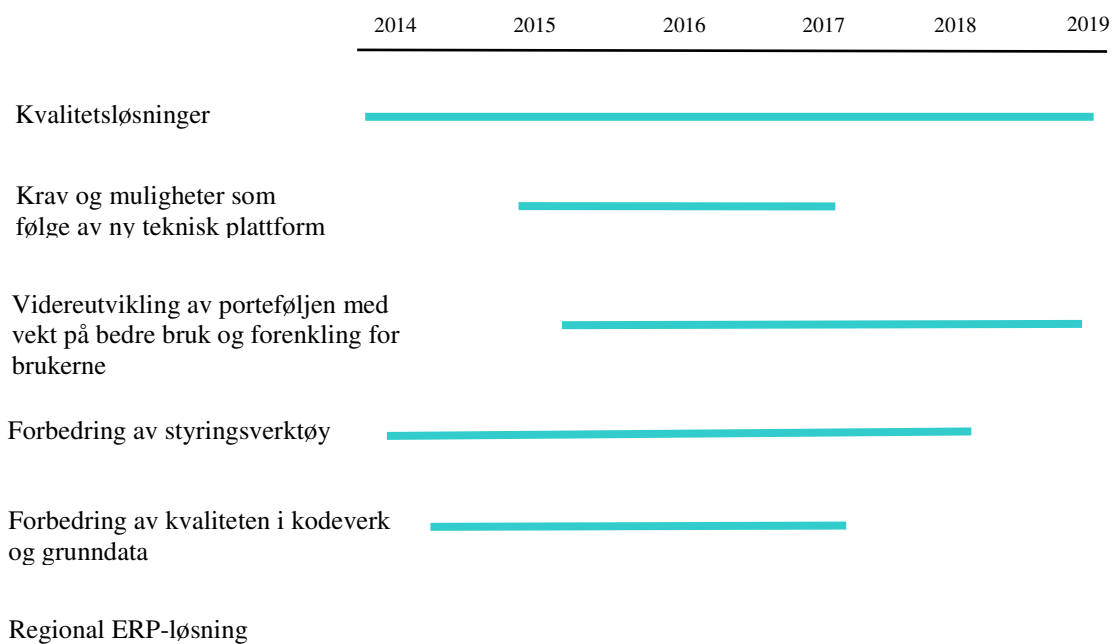
3.1.9. Prehospitale systemer

Prehospitale tjenester er et annet område som trenger bedre og mer moderne IKT-støtte. For dette området er det imidlertid nødvendig med regionale eller nasjonale løsninger. Det er derfor etablert et samarbeid med Helse Sør-Øst for å etablere slike løsninger. At OUS overtar AMK oppgavene til SØ-HF 1. januar 2015, øker behovet for å få på plass løsninger. OUS håper å kunne starte tidlig i planperioden med å implementere løsninger, først og fremst for å øke tilgjengeligheten av og dermed redusere behovet for nye ambulanser (flåtestyring).

	22.4.2015	Side: 5 / 8
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan IKT		

3.2. Administrativt område

For å realisere målbildet vil det i neste femårsperiode være nødvendig å sette i gang, og slutføre, omfattende aktivitet innen administrativt området. Dette avsnittet viser hvilke generelle effekt- og resultatområder som berøres. Figuren viser forslag til hvordan dette kan plasseres i tid.



3.2.1 Kvalitetsløsninger

Videreutvikling av virksomhetens kvalitetsløsninger, slik at disse til enhver tid understøtter klinikkens behov. Dette gjelder både tilgang til styrende dokumenter og løsninger for håndtering av avvik og oppfølging av tiltakene knyttet til disse. I perioden fra 2015 og frem til 2019 vil det bli økt fokus på realisering av funksjonalitet for understøttelse av samhandling med pasienter, pårørende, eksterne myndigheter samt andre helseinstitusjoner og –personell.

3.2.2 Krav og muligheter som følge av ny teknisk plattform

De store endringene som er planlagt på plattformens side i 2015 og 2016 forventes å gi en rekke nye muligheter til å forbedre eksisterende løsninger. Dette gjelder alt fra brukergrensesnitt til økt bruk av mobile plattformer. Spesielt web baserte løsninger som OUS intranett og avviksløsningen Achilles forventes å kunne løftes betraktelige når nye nettlesere leveres i 2015. Det vil også bli mulig å etablere en sakarkivløsning med bedre brukergrensesnitt enn i dag.

3.2.3 Videreutvikling med vekt på bedre bruk og forenkling for brukerne

Løpende forbedring av eksisterende systemportefølje slik at løsningene understøtter virksomhetens eksisterende og fremtidige behov på en hensiktsmessig måte. Dette gjelder både tilpasning av løsninger og prosesser, hvordan virksomheten til enhver tid utnytter løsningene og økt grad av automatiserte prosesser på de områdene der dette er mulig. I tillegg må løsningene tilrettelegges slik at brukerne på en enkel måte får god oversikt over sitt ansvarsområde. I 2015 vil fokus være på ferdigstille etableringen av felles innkjøp og logistikk-løsning i hele OUS ved at Aker tar i bruk ny løsning. Samtidig påstartes arbeidet med å gjøre GAT til et velegnet

	22.4.2015	Side: 6 / 8
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan IKT		

planleggings- og styringsverktøy for legegruppen. Dette arbeidet vil strekke seg over flere år fra 2015.

3.2.4 Forbedring av styringsverktøy

Økt kvalitet i styringsinformasjonen oppnås ved systematisk forbedring av styringsverktøyene med utvikling av gode indikatorer som gjør det mulig for ledere på ulike nivåer i virksomheten å gjennomføre styring på både taktisk og strategisk nivå. Dette arbeidet har vært påstartet i 2013 med fokus på pilotering av verktøy tilpasset første og andrelinjedelere, og vil bli videreført fra 2015 med fokus på å forbedre eksisterende styringsverktøy med et særlig fokus på brukere i disse lederkategoriene. Et annet område for forbedring vil være den administrative rapporteringsløsningen som i dag er basert på Discoverer. I 2015 planlegges oppstart av migreringsaktiviteter som i løpet av 2015 skal sikre at ulike rapporteringsbehov som i dag er dekket av Oracle Discoverer, er migrert til ny versjon av Oracles BI-verktøy. Rapportutviklingen tenkes videreført i 2016 og 2017 med fokus på videreutvikling og forbedring utover det som dekkes av dagens løsning.

3.2.5 Forbedring av kvaliteten i kodeverk og grunndata

En annen forutsetning for å øke kvaliteten i styringsinformasjonen er at kvaliteten på grunndata og kodeverk er så god at dataene i løsningene representerer det som faktisk skjer i virksomheten. Dette løses ved å arbeide videre med forvaltningsløsninger for organisasjonsstruktur og andre typer kodeverk, samt ved å ha fokus på hvordan løsningene faktisk brukes og hvordan denne bruken kan forbedres. I 2015 vil første versjon av en forvaltningsløsning for organisasjon og fullmakter bli levert, og denne bør videreutvikles i 2016 og 2017.

3.2.6 Regional ERP-løsning

Regional ERP-løsning er under etablering i foretaksgruppen, og Oslo Universitetssykehus satt opp som siste foretak i programmets innføringsplan. Etersom løsningen som benyttes ved OUS i dag og regional ERP-løsning er levert av samme leverandør vil en overgang til regional ERP-løsning i utgangspunktet være en migrering inn i en felles infrastruktur. Det forventes imidlertid at det er forskjeller i hvordan de to løsningene fungerer i praksis, og OUS har derfor signalisert overfor ERP-programmet at det vil være behov for en foranalyse for å avdekke hva som må endres hos OUS og hva som må endres i regional ERP-løsning for at denne skal kunne brukes på en hensiktsmessig måte.

3.3. Infrastruktur

Frem til 2020 vil den medisinske utviklingen, og det økte behovet for teknologisk støtte i diagnostisering og behandling av pasienter, få store konsekvenser for sykehusets infrastruktur. I tillegg vil teknologiske trender ytterligere forsterke behovet for en modernisering av infrastrukturen og anskaffelse av nye kapasiteter innen området.

Det er viktig å merke seg at behovene innen strøm og kjøling øker etter som kravene til IKT infrastruktur øker. Dette vil fremover stille krav til eiendomsinvesteringer for å sikre at dette behovet blir prioritert. Uten en slik prioritering, vil det ikke være mulig å levere den IKT infrastrukturen fremtidig medisinsk og diagnostisk virksomhet krever.

Dersom planlagt aktivitet gjennom 2015 og 2016 opprettholdes, vil Oslo universitetssykehus i løpet av 2016 ha en oppgradert og moderne IKT infrastruktur som vil evne å håndtere nye krav og behov innen administrative og medisinske tjenester. Allerede i løpet av 2015 vil IKT infrastrukturen kunne håndtere nye tjenester på en effektiv måte. Den nye infrastrukturen er i

	22.4.2015	Side: 7 / 8
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan IKT		

tillegg bygget på en måte som vil gjøre det vesentlig lettere å holde den oppgradert og forsvarlig over tid.

For å sikre at Oslo universitetssykehus har en IKT infrastruktur og teknologisk plattform som kan understøtte den utviklingen og trendene som er identifisert, må det gjennomføres store løft innen infrastruktur i perioden frem til 2020.

I 2016 planlegges det å ferdigstille de oppgraderingene som ikke blir ferdigstilt i 2015. Det antas at den viktigste aktiviteten i 2016 blir å ferdigstille migrering av tjenester til de nye regionale datasentrene SDS1 og SDS3. Ut over dette vil det være behov for å starte foranalyse innen tungregning og lagring av store datamengder. Det antas også at i 2016 vil neste versjon av operativsystem på klientsiden (Windows 10) bli tatt i bruk på Oslo universitetssykehus I tillegg vil det bli gjennomført og startet opp prosjekter innen neste generasjons nettverk (IPv6), tilpasning til nye telefoniløsninger og implementere nye sikkerhetsløsninger.

Ut over dette vil de største aktivitetene i 2017 bli fullføre omlegging til IPv6 som er en forutsetning for å kunne ta i bruk det store antallet nye tjenester (Internet of Things). I løpet av 2017 bør også sykehuset ha gjennomført overgang til nye løsninger for telefoni.

3.4. Oversikt over investeringer i planperioden

Tabellen legger til grunn en fordeling mellom regional og lokal finansiering av investeringsmidlene der alle regionale tjenester finansieres regionalt.

IKT Økonomisk langtidsplan	2016	2017	2018	2019
INVESTERINGSBUDSJETT				
SUM Lokalt finansierte prosjekter	35 000	35 000	35 000	35 000
SUM Regionalt finansierte prosjekter	450 000	450 000	450 000	450 000
SUM INVESTERINGSBUDSJETT	485 000	485 000	485 000	485 000

Regionale investeringer er beregnet ut fra "Digital fornying OUS" mottatt 10.04.2015 fra Sykehuspartner. Da beløpet ikke er periodisert per år i regnearket fra Sykehuspartner, er dette i tabellen over fordelt jevnt over alle 4 år. Investeringer til prehospitalt systemer er ikke inkludert i tallene.

4. Videre utvikling fra 2020 til 2035

Målsettingen i den første delen av planperioden 2016-2019 er at infrastruktur, alle de store kliniske og administrative systemene er konsolidert, og at hovedsystemer som elektronisk kurve og multimedia er innført. Prehospitalt systemer, persontilpasset medisin og regional standardisering på felles plattform i regionen er planlagt påbegynt i perioden, spesielt regional standardisering vil trolig pågå lenge etter dette avhengig av hvor langt HSØ vil gå med standardiseringen.

OUS vil ha behov for optimalisering av arbeidsprosesser som krever støtte av IKT-verktøy. For noen av disse arbeidsprosessene eksisterer det elektroniske verktøy i dag som må byttes pga manglende funksjonalitet eller utgått teknologi. Andre mangler eller har bare delvis nødvendig elektronisk støtte. Noen av disse behovene vil måtte løses gjennom nye systemer, mens andre kan realiseres innenfor eksisterende løsninger, for eksempel DIPS Arena.

	22.4.2015	Side: 8 / 8
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan IKT		

Dialog og samhandling med pasientene vil være en selvfølge, og løsninger for å tilby dette vil utvikles i høyt tempo. Det vil være et krav fra samfunnet at sykehusene er i stand til å ta disse i bruk innenfor sikre rammer. Det samme gjelder elektronisk kommunikasjon/deling av informasjon mellom sykehusene og med alle andre aktører innenfor helsetjenesten.

Sensorteknologi, med behandling av pasienter både innenfor og utenfor sykehusets vegger, vil øke med tilhørende krav til MTU og IKT. Behov knyttet til persontilpasset medisin forventes å øke utover i planperioden, med behov for tungregning og lagring av store datamengder.

Videre vil vi se en dreining fra investeringer der sykehuset eier løsningene til at disse kjøpes som tjenester. Dette vil ikke redusere kostnadene, men vil dreie finansiering fra investering til drift.

OUS har en gammel bygningsmasse på flere av lokalitetene. Ved nybygging vil en ikke ubetydelig del av investeringene være knyttet til IKT.

I denne perioden forventer OUS også at kravene til å dokumentere gevinster forut for større investeringer og prosjekter vil være betydelig skjerpet, det samme gjelder kravene til å følge opp om gevinstene faktisk nås.

	Dato: 22.04.15	Side: 1 / 4
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan før øvrige investeringer		

I. STATUS FOR ØVRIGE INVESTERINGER

Investeringsplanen består av investeringer innenfor senger, vaskeri, behandlingshjelpemidler (BHM), kjøkken ambulanser og andre kjøretøyer. Dette er investeringsbehov utover behov innenfor IKT, MTU og bygg.

1.1 Lastebiler/biler/trukker

Sykehuset disponerer per 2015 ca 100 stk rullerende utstyr (eksklusive ambulanser). Gjennomsnittsalder på parken er ca 9 år. De siste årene er det investert i henhold plan og gjennomsnittlig levealder har vært stabil.

1.2 Senger

Sykehuset disponerer ca 3000 senger med tilhørende madrasser. Det er investert lite i senger de siste årene og behovet for nye senger er derfor stort. Det finnes flere forskjellige senger herunder barnesenger, intensivsenger og fødesenger. Det er størst behov for utskifting av normale voksensenger.

1.3 Vaskeri

OUS vaskeri beliggende på Ullevål Sykehus (US) tar hånd om ca 65 % av vaskerioppgavene ved OUS. Resten kjøpes av eksternt vaskeri. Det er de siste to år gjennomført noen nødvendige investeringer i teknisk utstyr. Det meste av utstyret er i midlertidig gammelt, til dels meget gammelt (fra 1980 – 90 tallet). Vaskeriet er ikke tilpasset moderne vaskeridrift og er i liten grad automatisert. Produksjonen preges av underkapasitet og driftsbrudd som følge av svikt i teknisk maskineri og logistikkutfordringer. Videre er selve bygningsmassen i dårlig stand (bygget er fra 1902) med tilhørende dårlig teknisk standard på elektro og VVS.

1.4 BHM

Behandlingshjelpemidler (BHM) har vært i vekst de senere årene med en årlig økning i antall pasienter på 8 pst. Utstyr til hjemmebehandling er blitt en mer aktuell behandlingsform enn tidligere ettersom pasienter sendes hjem tidligere fra sykehus. Fra august 2014 overtok sykehuset ansvaret for behandlingshjelpemidler til pasienter i kommunale institusjoner. Det forgår nå en kartlegging av utstyrbehov ved institusjonene hvor utskiftninger vil foregå over tid.

1.5 Ambulanser

Områdene som Ambulansetjenesten betjener, opplever en sterk befolkningsvekst. Mens Oslo Universitetssykehus har en oppdragsmengde på 122 oppdrag per 1000 innbyggere har land som det er naturlig å sammenligne oss med 150-175 oppdrag.

Forutsigbar utskifting av ambulanser er nødvendig for å kunne tilby befolkningen en forsvarlig ambulanseberedskap. En lavere gjennomsnittlig kilometerstand reduserer antall verkstedbesøk, og færre biler vil være ute av drift.

	Dato: 22.04.15	Side: 2 / 4
Oslo universitetssykehus HF		
Investeringsplan før øvrige investeringer		

1.6 Kjøkken

OUS har i dag to hovedkjøkken, ett lokalisert på Ullevål og ett lokalisert på Rikshospitalet. Kjøkkenet lokalisert på Ullevål er gammelt og ikke egnet for videre drift. Kjøkkenet på Rikshospitalet er bygget i år 2000, men er likevel ikke tilrettelagt for moderne matproduksjon. Produksjonslinjene og vareflyten er ikke hensiktsmessige, og selv med store investeringer innenfor dagens bygningsmasse vil ikke våre hovedkjøkken bli optimale.

II. MÅLBILDE FOR PLANPERIODEN 2016 - 2019

2.1 Lastebiler/biler/trukker)

Gitt en utskiftningstakt som er skissert i figur 1 kommer bilparken på sykehuset til å holde seg på en stabil gjennomsnittlig levealder på om lag 8 år.

År	2016	2017	2018	2019
Investering (mnok)	1,8	1,9	1,6	2,2

Figur 1

2.2 Senger

Det er behov for en utskiftning for ca 200 senger og 300 madrasser hvert år for å opprettholde standarden på utstyret. Figur 2 angir antatt investeringsnivå knyttet til senger i planperioden.

År	2016	2017	2018	2019
Investering (mnok)	5	5	5	5

Figur 2

2.3 Vaskeri

Vaskeriet står foran et ikke ubetydelig investeringsbehov i teknisk utstyr og arealoppgradering om vaskeriet skal kunne opprettholde driftskontinuitet. Det er ikke lagt inn betydelige investeringer knyttet til nytt vaskeri i planperioden (2016-2019) da det er antatt at denne type investeringer vil komme lengre frem i tid eller løst med at virksomheten blir håndtert av eksterne aktører. Figur 3 angir antatt investeringsnivå knyttet til vaskeri i planperioden. Investeringsnivået er kun ment til å håndtere sammenbrudd innenfor virksomheten.

År	2016	2017	2018	2019
Investering (mnok)	2	3	4	4

Figur 3

2.4 BHM

Den teknologiske utviklingen innenfor medisinsk teknisk utstyr til hjemmebehandling forventes å fortsette i årene som kommer. Leverandører kan i dag tilby stadig mer avansert/kostbart MTU, og forskning på området vil føre til at nye utstyrstyper blir utviklet, som igjen vil medføre flere utleveringer av utstyr fra sykehuset. OUS får hvert år ansvar for nye utstyrsområder fra Helse – og

	Dato: 22.04.15	Side: 3 / 4
Oslo universitetssykehus HF		
Investeringsplan før øvrige investeringer		

omsorgsdepartementet og det er stor sannsynlighet for at BHM vil få nye ansvarsområder i løpet av perioden. Figur 4 angir antatt investeringsnivå knyttet til BHM i planperioden.

År	2016	2017	2018	2019
Investering (mnok)	21	23,5	26	28,5

Figur 4

2.5 Ambulanser

Ambulansetjenesten har en målsetting om utskifting av ambulanser ved 300 000 km. Det betyr at sykehuset bør ha en gjennomsnittlig kilometerstand på ambulanseflåten på 150 000 km. Sykehuset har i dag et gjennomsnitt på om lag 200 000 km. Etter avhending av biler har sykehuset fortsatt 41 ambulanser som har kjørt over 250 000 km. Årlig kjøres det nærmere 3,5 millioner kilometer som alene innebærer en utskifting 12 kjøretøy. Figur 5 angir antatt investeringsnivå knyttet til ambulanser i planperioden. I 2016 er også innkjøp knyttet til pasienttransport (pilotprosjekt knyttet til elektive pasienter) og MC lagt in. Investeringsplanen 2016-2019 er avhengig av handlingsrommet knyttet til investeringer 2015.

År	2016	2017	2018	2019
Investering (mnok)	37	27	27	27

Figur 5

2.6 Kjøkken

OUS sine to hovedkjøkken er ikke tilrettelagt for moderne matproduksjon. Produksjonslinjene og vareflyten er ikke hensiktsmessige, og selv med store investeringer i dagens bygningsmasse vil ikke OUS sine hovedkjøkken bli optimale. Det er ikke lagt inn betydelige investeringer knyttet kjøkken i planperioden (2016-2019) da det er antatt at denne type investeringer vil komme lengre frem i tid. Figur 6 angir antatt investeringsnivå knyttet til kjøkken i planperioden. Investeringsnivået er kun ment til å håndtere sammenbrudd innenfor virksomheten.

År	2016	2017	2018	2019
Investering (mnok)	2	2	2	2

Figur 6

2.7 Aggregert investeringsnivå

Figur 7 viser aggregerte investeringsnivået for å nå målbildet i perioden.

År	2016	2017	2018	2019
Investering (mnok)	68,8	62,4	65,6	68,7

Figur 7

	Dato: 22.04.15	Side: 4 / 4
Oslo universitetssykehus HF Investeringsplan før øvrige investeringer		

III. VIDERE UTVIKLING FRA 2020 TIL 2035

Det er betydelige investeringsbehov innenfor annet fra 2020 til 2035 for å håndtere spesielt kjøkken og tekstilbehovet. Et alternativt er at servicebygg etableres med kjøkken, tekstil og lagerfunksjoner. Dersom man ikke etablerer et nytt servicebygg vil alternativet være å få tjenesten produsert utenfor sykehusområdet. Dette kan enten være et bygg etablert og driftet i egen regi, eller levert fra en tredjepartsleverandør med eller uten et mindre logistikkcenter for samlastning. Investeringskostnaden varierer mellom 100 og 500 mnok knyttet til omfanget av investeringen.

DRØFTINGSPROTOKOLL

Det er avholdt drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 31, jf arbeidsmiljølovens kapittel 8 mellom Oslo universitetssykehus og foretakstillitsvalgte ved Oslo universitetssykehus.

Dato: 22. april 2015

Sted: Oslo universitetssykehus

Sak: Sak 1 – ØLP 2016 – 2019 (2035)

Tilstede fra arbeidsgiver: Bjørn Erikstein (adm.dir), Morten Reymert (Øk.dir), Øyvind Wøllo (Dir. Øk-stab), Rolv Økland (HR-dir.), Morten Meyer (Komm.-dir.)

Referent: Mari Torset (Dir. HR-stab)

Tilstede fra arbeidstaker: Karin Solfeldt (NSF), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Bjørn Watsend (Presteforeningen), Dag Kristiansen (Samfunnsviterne), Oliver Geier (Tekna), Bård Eirik Ruud (NSF), Elizabeth Holtebekk (NFF), Per Oddvar Synnes (Foretaksverneombud), Grunde Beisland (Delta), Knut Sandli (Fagforbundet), Marie-Therese S. Larsen (NITO), Julie Dybvik (NITO), Eli Skorpen (NRF), Aasmund Bredeli(Dnlf), Birgit Aanderaa (NPF), Bjørn Wølstad-Knudsen (Fagforbundet)

1. Bakgrunn

I henhold til Hovedavtalen kap. VIII, jf. aml kap. 8, ble det avholdt drøftingsmøte vedr. Økonomisk langtidsplan 2016-2019 (2035) 2015 ved Oslo universitetssykehus.

Det vises også til innkalling 28.01.15 og drøftingsdokumenter sendt 15.04.15.

Morten Reymert innledet med å redegjøre for prosessen og forestående styrebehandling og behandling i Helse Sør-Øst. Øyvind Wøllo presenterte oppdatert tallgrunnlag for økonomisk langtidsplan med endringer som er skjedd etter at drøftingsdokumenter ble sendt.

2. Partenes syn

Arbeidstakersidens kommentarer

Det knyttes usikkerhet til forutsetningene for økonomisk langtidsplan hva gjelder

- produktivitetsvekst
- reduksjon av lønnskostnader
- finansieringsplaner (lånefinansiering)
- sammenhengen mellom bygningsmasse, utdatert utstyr og bemanning

Arbeidstakersiden presiserer at det er en sammenheng mellom bygningsmasse, utdatert utstyr og høy bemanning. Det uttrykkes bekymring for om forutsetningene i økonomisk langtidsplan kan være til fare for en sikker pasientbehandling og sykehusets leveranser av helsetjenester.

Det vises for øvrig til detaljerte protokolltilførsler fra arbeidstakersiden.

Arbeidsgiversidens kommentarer

Det presiseres at Oslo universitetssykehus må optimalisere innenfor gitte rammer gitt av Helse Sør-Øst og i styrets bestilling. Krav til aktivitetsvekst kommer blant annet på bakgrunn av fremskrivinger av befolkningsveksten i opptaksområdet. Investeringskostnader som er lagt inn er ikke vesentlig endret enn hva som er lagt inn tidligere.

Alternativer til denne planen kan først presenteres dersom det skjer endringer i forutsetningene.

4. Konklusjon

Styret i Oslo universitetssykehus HF behandler sak 27/2015 Økonomisk langtidsplan den 30. april. Dersom styret vedtar endringer oversendes enten ny plan, eller eget notat med presiseringer i forhold til innsendt plan. Oversendelse vil foreligge innen den 5. mai.

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

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

Vedlegg til drøftingsprotokoll

Protokolltilførsler fra

- 1) Den norske legeforening, Norsk sykepleierforbund og Fagforbundet med tilslutning fra NRF, Psykologforeningen, NFF, NITO, Samfunnsviterne
- 2) Fagforbundet og Norsk sykepleierforbund med tilslutning fra NRF, Dnlf, Presteforeninge, Delta, Psykologforeningen, Forskerforbundet, Parat
- 3) Norsk radiografforbund

Protokoll til Økonomisk langtidsplan 2016-2019 (2035) for 2015 Oslo universitetssykehus

Undertegnede organisasjoner er svært bekymret for om Økonomisk langtidsplan for 2016-2019 (2035) er realistisk og gjennomførbar med henvisning til underliggende premisser i sakfremlegget.

Det er positivt at investeringsbudsjettene plan for medisinsk teknisk utstyr (MTU), arealutvidende tiltak og IKT-planene langt på vei opprettholdes, men de økonomiske forutsetningene for å nå disse målene i planperioden synes dels å være uavklarte, dels urealistiske og ikke gjennomførbare.

Her nevnes uavklarte lånesøknader og svært ambisiøse økonomiske resultatmål i planperioden.

Det siste innebærer en årlig produktivitetsvekst på 2-3 % i planperioden. Det mangler konkrete planer for å nå dette målet. Erfaringen de siste årene viser at sykehuset klarer å gjennomføre knapt 2/3 av planlagte innsparingstiltak.

I planperioden forutsettes det aktivitetsvekst og samtidig reduksjon av lønnskostnader/årsverk.

Undertegnede er bekymret for at underfinansieringen i planperioden vil medføre et svekket pasienttilbudet, økt arbeidspress og dermed arbeidsmiljømessige problemer.

Overnevnte sviktende forutsetninger for effektivisering danner også grunnlag for egenkapital til lånefinansiering til utvikling av bygningsmassen jfr OUS-idefase og en evt første etappe (2016-2023). Undertegnede ser derfor ikke at dette er realistiske finansieringsplaner.

Etter undertegnades syn er fremlagte ØLP lite realistisk og planene har høy risiko for ikke å kunne gjennomføres.

Undertegnede organisasjoner viser for øvrig til drøftingsprotokollene fra budsjett 2015.

Den norske legeforening

Norsk Sykepleieforbund

Fagforbundet

Aasmund M. Bredeli
Sign

Svein Erik Urstrømmen
Sign

Bjørn Wølstad-Knudsen
Sign

Drøftemøte ØLP 22.04.2015

Protokoll Fagforbundet

Fagforbundet er bekymret over bruk av finansielle leieavtaler. Disse vil på sikt svekke sykehusets økonomi. Vi har forståelse for at sykehuset ikke disponerer nødvendige investeringsmidler, og derfor ser seg tvunget til å gå til dette skritt. Vi ber derfor om at sykehusledelsen kontakter Helse Sør-Øst om sykehusets vanskelige MTU - situasjon.

Felles protokoll fra Fagforbundet og NSF

Undertegnede organisasjoner ser med bekymring på at man i foreliggende langtidsplan tar sikte på redusere lønnsutgiftene. Det foreligger ikke noen analyse over hvilke lønnsutgifter som kan reduseres uten å svekke tilbudet til pasientene. Etter vår mening er det allerede nedbemannet i en slik grad at man ikke klarer å gjennomføre de plantall som er satt. Vi kan ikke se at det kan gjennomføres en slik effektivisering det her blir lagt opp til uten en kraftig modernisering av bygningsmasse og utstyr.

Undertegnede organisasjoner ser det som viktig at arbeidet med innføring av et pleiekategoriseringssystem fremskyndes. Dette er et viktig verktøy for å kunne synliggjøre pleieaktivitet og pleietyngde, og derigjennom sikre riktig ressursfordeling og bemanning. Undertegnede organisasjoner ser det som positivt av utdanningsstillinger videreføres i planperioden, men ønsker et sterkere fokus på nødvendig økning i antall stillinger per budsjettår for å dekke fremtidig behov og sikre sykehuset nødvendig kompetanse.

Med vennlig hilsen

Bjørn Wølstad-Knudsen /Sign./
Foretakstillitsvalgt
Fagforbundet

Svein Erik Urstrømmen /Sign./
Foretakstillitsvalgt
NSF



OUS 22.4.2015

Protokolltilførsel drøfting økonomisk langtidsplan 2016 – 2019

Tillat oss å komme med noen betraktninger rundt dokumentet *Kommentarer til økonomiske langtidsplan 2016 – 2019 (2035) for Oslo universitetssykehus*.

Saksfremlegget er godt, og det beskriver i noen grad utfordringene sykehuset vil stå overfor i nær tid og på lengre sikt.

Som i tidligere budsjettbehandlinger må det påpekes at den økonomiske rammen i utgangspunktet ikke gir handlingsrom for sykehuset til å drifte verken effektivt, eller til det beste for pasientene, slik strategien for HSØ og Ous er formulert. De historiske grunnene til at den økonomiske rammen er som den er kan man påstå ikke er i samsvar med hva som er den reelle kostnader ved drift av Ous når det gjelder pasientbehandling, bygg, MTU og IKT. Det at det bevilges en økonomisk ramme som ikke står i samsvar med de virkelige kostnadene, skaper ikke tillit.

Utover det noen kommentarer til saksdokumentet.

Det blir oppgitt en statistikk fra SSB der befolkningsøkningen i HSØ i perioden 2015 – 2019 er på 4,7 prosent. Vi kan ikke finne disse tallene. Det vi finner er en statistikk fra SSB for perioden 2014 – 2020 som oppgir en befolkningsøkning på 7 prosent. Dette tallet er hva SSB hevder er et middelsalternativ av forventet vekst, de har også et tal for hva som er lavalternativ og høyalternativ. Det blir heller ikke oppgitt om 4,7 prosent vekst er lav-, middels-, eller høyalternativ. Det som videre er interessant er hvor stor økningen er for befolkningen over 70 år er, noe som forventes å øke mer enn befolkningsveksten. De representerer hoveddelen av aktiviteten på sykehuset.

I dokumentet er det tatt sikte på en økning i aktivitet på 1,5 prosent hvert år. Vi er usikre på om dette er tilstrekkelig med henblikk på den forventede befolkningsveksten. Dette gir også en stor usikkerhet på om det blir mulig å gå med i lønnskostnadene i årene som kommer.

Videre er DRG poeng brukt som indikator på økt aktivitet/økt inntekter. Vi vil påstå dette er en unøyaktig parameter å bruke for å måle aktivitet. DRG poeng varierer uavhengig av de reelle kostnadene.

Om vi for eksempel ser på økning i antall radiologiske undersøkelser, har det steget med 1,1 prosent for inneliggende mens aktiviteten i målt DRG poeng går ned. Så kan man stille spørsmålet om det er slik at de pasientene som er inneliggende er mer komplekse i sin utredning og behandling enn det som har vært tidligere. En bedre utnyttelse av

sengekapasiteten kan man si. Dette vil ikke gi grunnlag for å forvente en lavere bemanning i årene som kommer, siden det kan se ut som de pasientene som blir innlagt har større behov for personell. Det bør komme et bedre vurderingsgrunnlag for å ha et mer kritisk blikk denne problemstillingen.

Når det gjelder medisinskteknisk utstyr er det en av faktorene som viser hvor urealistisk de økonomiske rammene for sykehuset er. De midlene som er skissert i budsjettet de kommende år er, om en er heldig, kanskje nok til å takle havari.

Bare på radiologisk er det pr i dag innmeldt 12 havarisøknader, kostnad 75 mill, 13 maskiner i kritisk tilstand, kostnad 120 millioner, det er 195 mill.

13 maskiner utdatert pga alder, kostnad 80 millioner.

Det betyr at man ikke kan gi den diagnostikken som man vet er tilgjengelig med bedre maskiner. En annen faktor med hensyn til pasientomsorgen er at man med nyere utstyr vil få lavere stråledose til pasientene.

Et eksempel på havari er en nevroangiolog på Rikshospitalet som man bruker til å behandle med kateter pasienter som har sykdomstilstander i hodet (svulst, slag (øyeblikkelig hjelp) og liknende). Der er bare et laboratorium som kan brukes til dette, siden det andre har havarert. Det har selvsagt stor risiko. Det betyr at dette ene laboratorium alltid må være i stand. Det er pr i dag ikke noen planer om hvordan man skal kunne få erstattet det havarete laboratoriet.

Man kan også nevne barne-MRen på Ullevål som er fra 1998.

Den gamle medisinsktekniske maskinparken er etter vårt syn et uttrykk for å ikke sette pasienten i sentrum. Det at man i Ous har gammelt utstyr betyr at man ikke leverer optimalt på diagnostisering og behandling. Man leverer ikke tilnærmet optimalt engang.

I budsjettene i årene 2015 – 2019 ser det ikke ut til at det er et mål for Ous å komme i en situasjon der man vil sette pasientene i sentrum, nemlig å ha en maskinpark som gir en tilfredsstillende sikkerhet i diagnostisering og behandling innen for det som vi i dag har kunnskap om. I 2020 vil man etter SSB sin middelsalternativ for befolkningsvekst har ansvar for å levere spesialistsykehustjenester til et pasientgrunnlag på over 3 millioner mennesker.

Vi kan ikke se at ØLP er realistisk. Det at det ikke finns noe rom for å ha en maskinpark som er innenfor anbefalt alder, sier noe om hvor stramme rammene er. Ugifter til MTU utgjør jo ikke de aller største utgiftene i Ous-budsjettet totalt sett.

Mvh
Eli Benedikte Skorpen
Foretakstillitsvalgt
Norsk Radiografforbund
Oslo universitetssykehus

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. april 2015

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehuservice

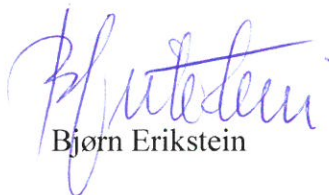
Vedlegg:

**SAK 28/2015 ETABLERING AV ET PREFABRIKERT BYGG PÅ
ULLEVÅL SYKEHUS**

Forslag til vedtak

- 1. Styret godkjenner forslag til etablering av modulbygg på Ullevål sykehus.*
- 2. Styret ber administrerende direktør oversende forslaget med kostnadsramme for behandling i Helse Sør-Øst RHF. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale om leasing og iverksette bygging, når godkjenning foreligger fra Helse Sør-Øst RHF*
- 3. Styret ber om å bli orientert om vesentlige endringer, herunder avvik i fremdrift og kostnader under gjennomføringsperioden. Endelig sluttrapport for prosjektet legges frem for styret etter at prosjektet er sluttført.*

Oslo, den 23. april 2015



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Det er behov for å utvide kliniske areal ved Ullevål sykehus. Det er behov for avlastningsareal i forbindelse med gjennomføring av en rekke vedlikeholdstiltak i flere kliniske bygg og det er behov for areal for å flytte resterende kirurgiske akutfunksjoner fra Aker sykehus. Arealet kan etableres ved et bygg basert på prefabrikkerte moduler.

Finansiering av et slikt bygg vil bestå av investeringsmidler og finansiell leasing. Avtaler om finansiell leasing skal godkjennes av Helse Sør-Øst RHF.

Status i prosjektet tilsier at det på dette tidspunkt etterspørres slik godkjenning for inngåelse av finansiell leasingavtale i henhold til kostnadsoverslag. Behovet for avklaring er hovedsakelig begrunnet i ønske om å redusere gjennomføringsrisiko tidlig i anbudsfasen.

2. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Fra sammenslåingen har Oslo universitetssykehus hatt arealutfordringer, og det har vært nødvendig å møte dette i en kombinasjon mellom kortsiktige løsninger av akutte behov og planlegging av løsninger som på lengre sikt gir bedre totalløsninger for sykehusdriften. På kort og mellomlang sikt har det både vært problemstillinger knyttet til tilfredsstillende standarder på en god del klinisk areal ikke minst på Ullevål sykehus, og oppfølging av beslutning om å flytte all akuttkirurgisk virksomhet fra Aker sykehus. Det har vært vurdert ulike muligheter for å løse dette, uten at det er funnet noe alternativ til å øke omfanget av klinisk areal på Ullevål sykehus. Behovet vil være der i minst 10 år framover, og videre at Ullevål sykehus har tomteareal for et slikt nybygg som ligger tilfredsstillende plassert i forhold til akuttinntak og medisinske støttefunksjoner.

Oslo universitetssykehus står i en krevende finansiell situasjon. De formålene dette nye bygget på Ullevål sykehus skal bidra til å fylle har imidlertid høy prioritet. Den muligheten som nå er gitt for å gjøre anskaffelser på grunnlag av finansiell leasing, gir dessuten Oslo universitetssykehus et økt handlingsrom for anskaffelser uten å bruke investeringsmidler. Ved bruk av prefabrikasjon som byggkonsept kan bygget realiseres innenfor en relativt kort og forutsigbar tidshorisont og innenfor en lavere kostnadsramme enn et vanlig byggkonsept.

I anbudsdokumentene vil det bli lagt til grunn at infrastruktur fram til bygget, fundamentering og transport, anskaffes gjennom ordinær investering og at selve produksjonen av bygget anskaffes gjennom finansiell leasing. Det nøyaktige grensesnittet fastsettes gjennom prosessen mot aktuelle leverandører. Ut fra det budsjettet som nå foreligger for anskaffelse av et slikt bygg, og på basis av grensesnittet som velges mellom finansieringsløsninger må Oslo universitetssykehus be Helse Sør-Øst RHF om en fullmakt til en ramme på 216 millioner kroner for den delen som gjelder finansiell leasing. Anskaffelsen gjøres samlet innenfor en totalentreprise.

Flytteprosessene i forbindelse med nødvendig rehabilitering og funksjonell samlokalisering er en komplisert rocade. Ut fra en samlet plan for de rokadene

som nå er aktuelle, legges virksomhet fra Nevrologisk avdeling til det nye bygget. Ved alle flyttinger og nybygg skal det legges vekt på å finne løsninger som gir forbedret drift. Det nye bygget vil legge til rette for en styrking av dagbasert vurdering og behandling og en samlokalisering av likeartet behandling på Ullevål sykehus og Rikshospitalet i det nye bygget. Fokuset mot forbedret drift retter seg også mot samspillet med andre fag, funksjoner og samlede pasientforløp. Som et resultat av dette vil det være en fordel å legge Slagposten (Geriatrisk avdeling) til det nye bygget. Nevrologene spiller en sentral rolle i slagbehandlingen. I tilknytning til plassering av slagposten i det nye bygget vil det også bli vurdert å reetablere trombektomibehandling på Ullevål sykehus slik at en vil ha et komplett tilbud for akutt slagforløp ved Ullevål sykehus.

Det er nedsatt en styringsgruppe som har det samlede ansvar for ledelsen av prosessene ved etablering av bygget. På tross av kompleksiteten er det mulig å styre denne prosessen effektivt, men det forutsetter at beslutningsprosessen planlegges godt og tidmessig innpasses i en omforent fremdrift. Det er viktig for prosjektet og interessen fra markedet at færrest mulig forbehold følger prosjektet i dets ulike faser. Konkurransereformen som er valgt skal gi best mulig leverandørkompetanse og modell for løsninger av spesifiserte krav til lavest mulig byggekostnad. Framgangsmåten er ressurskrevende for entreprenørene. Det er derfor vesentlig at de konkurrerer om et prosjekt som vil bli realisert. Dersom det ikke skapes forutsigbarhet i beslutningspunkter, vil det kunne forlenge tiden det tar å etablere bygget. For å sikre denne forutsigbarheten er det viktig at nødvendige godkjenninger og fullmakter er på plass.

Tillitsvalgte og verneombud er involvert på alle nivå som del av medvirkningsprosessen. Brukerne i form av pasientene er dessuten trukket inn, delvis ved at én fra Oslo universitetssykehus brukerutvalg er med i styringsgruppen og delvis ved at brukerorganisasjoner har vært representert i egne seminar som har arbeidet med sammenheng mellom virksomhet og areal i nytt bygg.

3. Faktabeskrivelse

Som følge av vedlikeholdsetterslepet i Oslo universitetssykehus er det et stort antall pålegg fra sentrale tilsynsmyndigheter som må lukkes i løpet av få år. Så godt som alle myndighetspålegg er knyttet til ivaretagelse av sikkerhet for pasienter og ansatte. For å sikre disse er tilsynsmyndighetene aktive partnere i evaluering og forbedring av tjenester, bygg, infrastruktur etc. Oslo universitetssykehus legger opp til å trappe opp innsatsen for å lukke tilsynsavvik og dette er også i tråd med tilsynenes uttalte forventning. Det prefabrikkerte bygget er en viktig brikke i en slik opptrapping. Et realistisk tidsbilde viser behov for mer areal til sykehusdrift på Ullevål sykehus minst i 10 år frem i tid. Dette gjelder uavhengig av valg av alternativ for fremtidens Oslo universitetssykehus. Samtidig hefter det store tilsynspålegg som forfaller raskt ved de bygg som må benyttes i denne perioden. Lukking av omfattende tilsynspålegg kan kun i svært begrenset grad gjennomføres i avdelinger i drift. Ettersom kapasiteten på Ullevål sykehus er fullt ut utnyttet, må det etableres areal for røking.

Da behovet for økning av tilgjengelig areal for klinisk virksomhet ble identifisert ved årsskiftet 2013/14, ble det funnet en egnet lokalisering på Ullevål sykehus og laget en enkel skisse av et slikt bygg på den aktuelle tomten. I etterkant av dette ble det besluttet at bygget skulle fylles med aktivitet fra Nevrologisk avdeling og i mai i fjor ble det ut fra det satt i gang et arbeid med beskrivelse av virksomheten i denne avdelingen og avhengigheter og samhandling med andre funksjoner og enheter. Beskrivelsen omfattet både virksomheten på Rikshospitalet og Ullevål sykehus og er utarbeidet i nært samarbeid med de berørte enhetene. I november 2014 ble ambisjonene for innholdsmessige rammer i det nye bygget bestemt – herunder at også Slagposten vil være en del av virksomheten i bygget. Sammen med brukerne er det også gjennomført kartlegginger av hvordan virksomheten kan forbedres i tilknytning til innflytting i nye lokaler. Parallelt med virksomhetsavklaringsprosessene er det gjennomført et arbeid med teknisk beskrivelse av bygget og planlegging av selve anskaffelsesprosessen. Nå er det samlede underlaget for en anbudsutlysning på det nærmeste klart.

Det planlagte bygget vil ligge på tomten mellom vaskeriet og kreftbygget og forbindes med den såkalte midtblokka ved en overbygd bro som koples på den eksisterende brua mellom kreftbygget og midtblokka. Bygget vil ha et såkalt fotavtrykk på ca 1400 kvm og med tre etasjer gir det et mulig totalareal på i overkant av 4000 kvm. Bygget er basert på to etasjer med sengeposter og én etasje med poliklinikk og dagavdeling. Selv om arealplanen for bygget er utarbeidet i samarbeid med de brukerne som skal inn i bygget når det åpnes, er det samtidig lagt vekt på at en skal ha en så generell arealløsning at det uten endring av betydning seinere eventuelt kan overtas av andre avdelinger og pasientgrupper.

Konkurransereformen som er valgt er Konkurranseregulering med forhandlinger i to trinn med en samspillfase med incentiver og totalentreprise. Forskrift om offentlig anskaffelse krever at man i slike prosesser prekvalifiserer entreprenørene/leverandørene.

Anbudsforespørselen vil bestå av en funksjonsbeskrivelse, et romprogram og romfunksjonsprogram pr standard rom. Det er planlagt at konkurransegrunnlag skal være klar til utsendelse til prekvalifiserte totalentreprenører i begynnelsen av mai 2015.

Det er lagt opp til innlevering av tilbud til ferien 2015. Tilbudene evalueres og deretter går man i forhandlinger med 3-5 av de beste tilbudene.

Evalueringskriterier vil bl.a. være:

- Funksjonalitet og kvalitet ved foreslåtte løsninger
- Totalkostnad ved løsningen.
- Avtalevilkår for finansiell leasing, drift av bygg med mer
- Entreprenørens gjennomføringsevne/fremdrift

Konkurranseregulering med forhandlinger betyr at man avtaler møter med tilbyderne og forhandler om alle sider ved tilbudet, både pris, kvalitet, fremdrift, leasingvilkår og layout før endelig tilbudsfrist. Det endelige tilbudet skal evalueres og på bakgrunn av denne evalueringen inngås avtale om samspill med en leverandør.

Samspillsavtalen bygger på en målpris og incitament for eventuell kostnadsreduksjoner i endelig kontrakt. I samspillsfasen utarbeides endelig beskrivelse av funksjonell og teknisk løsning for bygget basert på entreprenørens tilbud, herunder entreprenørens designutgangspunkt. I denne fase skal brukergrupper igjen involveres. Parallelt med samspillsfasen vil rammesøknad utformes og sendes kommunen.

Når samspillsfasen er ferdig, inngår en ordinær avtale om totalentreprise. Endringer i gjennomføringsfase vil da håndteres på vanlig måte, og komme som tillegg til avtalt kontraktssum. Totalentreprenøren skal detaljprosjekttere både infrastruktur og selve bygget (produksjonstegninger). Bygget skal produseres på fabrikk. Infrastruktur, fundament etc opparbeides på plassen før montering av ferdige moduler gjennomføres. Mest mulig av byggets tekniske infrastruktur leveres prefabrikkert med modulene, men noe må også utføres på plassen. Etter ferdigstilling av bygg/utomhus/infrastruktur vil Oslo universitetssykehus overta leieobjektet og starte test og idriftssettingsfasen, hvor det tekniske anlegget testes og hvor man sjekker at alt fungerer som forutsatt. Detaljerte planer for og andre forberedelser av virksomhetsutvikling knyttet til innflytting må gjennomføres parallelt med de siste fasene i byggprosjektet. Deretter kommer innflyttingsfasen hvor brukerne tar bygget i bruk. Etter overnevnte gjennomføringsplan er det lagt opp til at Oslo universitetssykehus trolig kan ta bygget i bruk ved årsskiftet 2016/17.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. april 2015

Saksbehandler: Viseadm. direktør Terje Rootwelt

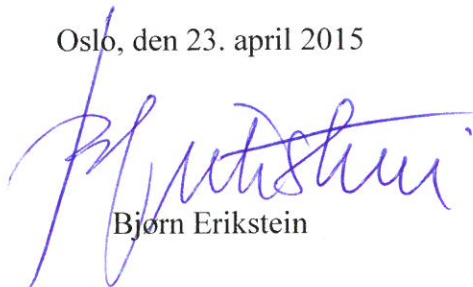
Vedlegg: Brev av 3. februar 2015 fra Buckhardt og Eriksen

SAK 29/2015 ORGANISERING AV KREFTOMRÅDET INKLUDERT BYGNINGSMESSIGE VURDERINGER

Forslag til vedtak

- 1. Styret legger til grunn av kreftområdet ikke blir hovedelementet i en første etappe for utbygging av Oslo universitetssykehus og at dette innebærer aktivitet på Radiumhospitalet i minst 15 år fremover.*
- 2. Styret ber om at utredning av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet samkjøres med organisasjonsgjennomgangen av kreftområdet og idéfasearbeidet og tar til etterretning at dette arbeidet vil bli gitt som gave til Oslo universitetssykehus.*

Oslo, den 23. april 2015



Bjørn Erikstein

Innledning

Idéfase OUS skal fullføres gjennom 2015, for så å videreføres i idéfase og deretter i konseptfase for enkeltetapper. Styret bad i styremøte 9. april administrerende direktør sluttføre arbeidet med Idéfase Oslo universitetssykehus i 2015 konsentrert om følgende alternativer:

- 0-alternativet.
- Et alternativ der virksomheten er delt mellom to lokaliseringer, Gaustad sør og Ullevål.
- Delvis samling Gaustad sør.

I styremøtet 9. april 2015 vedtok styret også at det skal gjennomføres en utredning av organiseringen av kreftområdet som en del av idéfasearbeidet, herunder en vurdering av bygningsmessige forhold.

To forhold gjør det nødvendig raskt å ta stilling til enkelte forhold knyttet til den fysiske organiseringen av kreftområdet i Oslo universitetssykehus HF framover:

- Det foreligger omfattende, konkrete planer for utbedringer av bygningsmassen ved Radiumhospitalet (spesielt etablering av et Brystsenter) som vanskelig kan avvende videre framdrift i idéfasearbeidet og nevnte utredning
- Det foreligger et tilbud fra Radiumhospitalets venner om å finansiere en utredning av mulighetene for et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. Det er ikke rimelig å gjennomføre en slik utredning hvis man planlegger samling av kreftområdet annet sted som del av første etappe i den videre utvikling av sykehuset.

Som følge av dette er det nødvendig nå å gjøre noen foreløpige vurderinger for hva som kan ligge i første byggetrinn på Gaustad Sør dersom alternativ 2 eller 3 legges til grunn for videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF.

Helse Sør-Øst RHF har i sin strategi for utvikling av bygg at nyere bygningsmasse må benyttes så lenge som mulig. Det er til dels omfattende nyere bygg til bruk til kreftbehandling både på Ullevål og på Radiumhospitalet. Dette øker sannsynligheten for at samling av kreft ikke blir en hoveddel i etappe 1 av utvikling av sykehuset. Denne saken legges derfor frem nå slik at styret kan gjøre en vurdering av retning for dette området som gjør det mulig å planlegge med en rimelig grad av sannsynlighet. Et vedtak som foreslått i styret, gjør at man vil kunne planlegge organisering og lokalisering av kreftvirksomheten i sykehuset i minst et 15 års perspektiv. Dette vil legge rammer for at man kan gå videre i arbeidet med nødvendige investeringer i bygningsmasse spesielt på Radiumhospitalet for å kunne håndtere kreftområdet på en god måte fremover.

Det er kommet et initiativ fra Radiumhospitalets venner som vil gi en foranalyse/skisse av muligheter og kostnader ved å bygge et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet som helt eller delvis alternativ til oppgradering av dagens bygningsmasse, som gave til sykehuset.

Tidligere vedtak i saken

Den 9 april i år ba styret i sak 20/2015 Idéfase Oslo universitetssykehus HF ”... administrerende direktør om å gjennomføre en utredning av organiseringen av kreftområdet som en del av idéfasearbeidet, herunder en vurdering av bygningsmessige forhold.”

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Styret har vedtatt at det skal gjennomføres en utredning av organiseringen av kreftområdet herunder en vurdering av bygningsmessige forhold. Kreftområdet drives i dag i flere nyere bygg, men i tillegg er deler av bygningsmassen på Radiumhospitalet nedslitt. Administrerende direktør mener det er nødvendig nå å ta stilling til enkelte forhold knyttet til den fysiske organiseringen av kreftområdet framover.

Det foreligger nå et ferdig forprosjekt for etablering av et brystsenter på Radiumhospitalet med en kostnadsramme på 447 mill hvorav selve brystsentret utgjør 356 mill. Det foreligger samtidig et tilbud fra Radiumhospitalets venner om å finansiere en utredning av mulighetene for et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet.

På bakgrunn av dette er det nødvendig å legge enkelte premisser for hvordan man tenker seg kreftdiagnostikk og -behandling organisert i Oslo universitetssykehus de nærmeste 15 årene. Adm dir mener det er mye som taler for at kreftområdet ikke blir foreslått som hoveddel i en første etappe selv om en første etappe også vil kunne påvirke dette området spesielt hva gjelder tynge funksjoner.

Radiumhospitalets venner ønsker å gi utredning av nytt klinikkbygg som en forstudie/skisse som alternativ til oppgradering av dagens bygg, i gave til sykehuset. Det vil være interessant å få en vurdering av dette ikke minst i lys av driftsmessige forhold som kan bli vanskelige i en byggeperiode med store ombygginger i områder med pågående klinisk drift.

Arbeidet må i så fall legge til grunn de forslag til organisering av kreftområdet og innhold i et eventuelt nytt klinikkbygg som intern prosjektgruppe kommer frem til. Den videre prosess og vurdering av forslaget må gjøres av Oslo universitetssykehus når rapporten foreligger. En eventuell bygging av nytt klinikkbygg vil avhenge av flere faktorer blant annet totalkostnad i forhold til oppgradering av dagens bygg, størrelse og omfang på nytt bygg, finansiering og eventuelt offentlig privat samarbeid. Ved sistnevnte alternativ må i såfall valg av partner anskaffes gjennom en anbudsprosess.

Saken belyses med sentrale juridiske forhold. Det er anledning til å motta gaver av denne karakter, men det må skje i en form og på en måte som ivaretar mange hensyn og krav til sykehuset som offentlig institusjon. Sykehusets autonomi og åpenhet om prosessen om samarbeidet er helt sentralt for at dette skal la seg realisere. Administrerende direktør mener at gavedisposisjonen kan gjennomføres innen de juridiske premisser som omtales i saken slik at både hensynet bak aktuelt regelverk og sykehusets rolle og ansvar respekteres.

Faktabeskrivelse

De viktigste prosjektutløsende faktorene for videre utvikling og planlegging av fremtiden for Oslo universitetssykehus gjennom en idéfase, er ekstremt dårlig bygningsmasse og befolkningsvekst i hovedstadsområdet samt ønske om å samle pasientforløp til beste for pasientene. Når det gjelder innholdet i en første etappe, vil dette avhenge av hvilket av de tre hovedalternativene styret velger å gå videre med. Momenter som må vektlegges i en slik prioritering er i tillegg medisinsk forsvarlighet, HMS hensyn, gode lokaler til klinisk virksomhet, samle tilbudet til pasientgrupper på en geografisk lokalisasjon, fremme gode pasientforløp, se på faglige avhengigheter og så langt det er mulig skjerme klinisk drift i byggeperioden. Det er også viktig at gjenværende virksomhet vil kunne fungere godt i eksisterende bygg. I tillegg er Helse Sør-Øst RHF tydelige på at nyere bygg må benyttes så lenge som mulig.

Sett i lys av disse faktorene er det mye som taler for at kreftområdet i stort ikke skal fylle en etappe 1, selv om kreft til en viss grad vil kunne påvirkes av etappe 1. Det er derfor sannsynlig at diagnostikk og behandling av kreft vil skje flere steder i Oslo universitetssykehus de nærmeste 15 årene. Kreftbygget på Ullevål er fortsatt nytt og moderne og på Radiumhospitalet er det både et nytt strålebygg og et nytt forskningsbygg. Denne bygningsmassen er tilpasset kreftbehandling og kan ikke på en enkel måte omdisponeres til andre formål. I tillegg skal sykehuset leie areal i det nye OCCI-bygget på Montebello for deler av virksomheten.

Utredningen som skal se på organisering av kreftområdet i hele sykehuset må konkludere med hva som er en fornuftig organisering av kreftområdet sett i lys ikke minst av avhengigheter av kompetanse fra andre klinikker og avdelinger. Det betyr at det ikke nødvendigvis er slik at den virksomheten man i dag har på Radiumhospitalet eller på Ullevål ikke skal kunne påvirkes av denne gjennomgangen. Det er for eksempel mulig at deler av den tynge virksomheten bør samles ett sted for å ivareta behovet for tilgang på bred medisinsk kompetanse. På Radiumhospitalet vil det i hvert fall være naturlig å inkludere poliklinisk kreftbehandling, stråleterapi og kirurgisk og medisinsk virksomhet uten stort intensivbehov eller behov for bred tilgang på medisinsk ekspertise og med stor andel dagkirurgi og annen dagbehandling.

Samling av hele tilbudet til pasienter med brystkreft er utredet og vil kunne passe inn i et godt konsept som et brystsenter. I tillegg er det behov for å oppgradere sengeposter, poliklinikk og nukleærmedisinsk virksomhet på Radiumhospitalet i tillegg til generelt vedlikehold. Dette ligger inne i foreløpige planer om en oppgradering for 1,2 milliarder kroner frem til 2023, brystsenter kommer delvis i tillegg til disse planene.

En mulig etablering av et brystsenter er det største enkeltprosjektet som er utredet på Radiumhospitalet. Dette har nå kommet så langt som til fullført forprosjekt og ligger nå klar for mulig vedtak om gjennomføring. Gjennomføring har vært planlagt delvis finansiert fra Stiftelsen det norske radiumhospital (alle formaliteter er ikke klare) og delvis fra omstillingsmidler. Prosjektet er utvidet til å inkludere fornying av alle dagens operasjonsstuer i tillegg til å utvide med to ekstra operasjonsstuer. I tillegg har man lagt inn blant annet oppgradering av fasadene på klinikkbygget.

Andre forhold i saken

Det gjennomførte forprosjektet for etablering av brystsenter antyder blant annet at kostnadene ved oppgradering av dagens operasjonsstuer er omtrent like store som etablering av nye operasjonsstuer ”på barmark”. Dessuten er det en risiko for at forprosjektets forslag om å oppgradere to og to operasjonsstuer vil forstyrre pågående drift i øvrige operasjonsstuer og postoperativfunksjonen.

Parallelt med slik byggmessig planlegging vil kreftdelen av idéfasen jobbe frem alternativer for fordeling og organisering av kreftvirksomheten, og dette vil avklare innholdet i eventuelt oppgraderte bygg og nybygg. I en slik videre utredning vil alternative finansieringsløsninger for oppgradering og nybygg også inngå som en viktig del. Endelig må denne prosessen vurdere hvordan en mulig etablering av protonsenters i Oslo kan innpasses i planene.

Fra Radiumhospitalets venner er det kommet et forslag om å gjennomføre en forstudie/skisse for nytt klinikkbygg som alternativ til oppgradering av dagens bygg eller som en delvis erstatning av dagens bygg. Denne forstudien skal finansieres av Radiumhospitalets venner og gis som en gave til sykehuset, men sykehusets planer for organisering av kreftrådet skal legges til grunn for arbeidet det vil si helseforetaket vil styre innholdet i et eventuelt nytt klinikkbygg. Den videre prosess og vurdering av dette forslaget må gjøres av Oslo universitetssykehus når rapporten foreligger. En eventuell bygging av nytt klinikkbygg vil avhenge av flere faktorer blant annet totalkostnad i forhold til oppgradering av dagens bygg, størrelse og omfang på nytt bygg, finansiering og eventuelt offentlig privat samarbeid. Ved sistnevnte alternativ må i såfall valg av partner anskaffes gjennom en anbudsprosess.

Juridiske forhold

For at initiativet skal la seg gjennomføre må det forenes med rettslige rammer og internt regelverk. Problemstillingene i saken er regulert i flere typer regelverk og saken reiser flere juridiske spørsmål. Det som omtales her i saken er det som er mest aktuelt og sentralt. Det som er aktuelt å trekke fram er regelverket for mottak av gaver, og ved eventuell bruk av grunnlaget for oppføring av bygg i neste fase må det forenes med regelverket for offentlige anskaffelser.

Disposisjonen som gave

Det er ingen krav til en gaves innhold og egenskaper, men en må kunne karakterisere finansiering av en forstudie/skisse for nytt klinikkbygg som uvanlig og ekstraordinært, og derfor må disposisjonen skje i en form som gir trygghet og sikrer årvåkenhet og åpenhet. Disposisjonen vil ikke kunne gjennomføres som en ren gave fra giver og vil måtte gjennomføres i et samarbeid med Oslo universitetssykehus som gavemottaker. Skal gaven ha nytteverdi kreves det et visst samarbeid med helseforetaket som går på avklaringer og løsninger for at skissen skal kunne brukes for sykehusorganisering og sykehusbygg. Helseforetakets bidrag og involvering må begrense seg til det som er nødvendig for at skissen skal ha realitet som en anvendbar skisse. Det er viktig å trekke en øvre grense for helseforetakets rolle og styring for at dette samarbeidet skal gå klar av å bli ansett som et kommersielt kontraktsforhold. Selv om helseforetaket bruker ressurser i form av personell, tid, kompetanse fratar ikke dette disposisjonens karakter av å ha et betydelig gaveelement i seg.

Hovedhensynet bak regelverket om gaver er at avgiver ikke skal knytte bindinger eller føringer til gaven som binder mottaker. Retningslinjene skal bidra til å sikre foretakets autonomi og krav til foretakets forvaltning. Denne disposisjonen må behandles slik at det ikke røkkes ved helseforetakets autonomi og ledelseskontroll. Dette er spesielt viktig fordi helseforetaket er en offentlig aktør med en bestemt samfunnsoppgave. Retningslinjene har en rekke momenter som er til hjelp for å vurdere om en gave skal aksepteres. De mest sentrale og aktuelle for saken er: habilitet, etiske problemstillinger, omdømmemessige problemstillinger, påvirkning av foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer og konkurransevridning. Gavedisposisjonen må formelt og faktisk gjennomføres på en måte som ikke påvirker helseforetakets rolle og ansvar.

Formalisering

Gavedisposisjonen må formaliseres slik at en sikrer rollen til partene og derved helseforetakets selvbestemmelse og gavens karakter av å være gave uten bindinger. Det må framkomme at foretaket står helt fritt om og hvordan forprosjektet skal brukes. Foretaket må

videre gis fullt eierskap, dvs. rettslig bruks- og utnyttelsesrett til forprosjektet og alle nødvendige dokumenter. Forprosjektet kan ikke gi føringer for eventuelle framtidige anskaffelsesprosesser.

Bruk av resultatet av forprosjektet/skissen som grunnlag for oppføring av bygg

Gitt at Oslo universitetssykehus velger å bruke skissen som grunnlag for å oppføre et framtidig bygg må dette gjennomføres på anskaffelsesregelverkets premisser. Det er strenge formalkrav og saksbehandlingsregler som skal sikre fri konkurranse i et marked og med likebehandling blant aktørene. Gaven/forprosjektet vil allerede være fullført med aktører fra et privatmarked som kan ha interesse av å delta i fasen med oppføring av bygget.

Interessentene i anbudsprosessen må stilles likt med å få samme kunnskap og dermed all grunnlagsdokumentasjon som er sentral fra forprosjektfasen. Det må være åpenhet om alle forhold.

Fullmakt

Helseforetaksloven § 37 angir rammene for daglig leders myndighet og regulerer at daglig ledelse ikke omhandler saker av uvanlig art eller stor betydning. Tilsvarende er fastsatt i helseforetakets egne fullmakter for mottak av gaver. I Helse Sør-Øst RHF's retningslinjer, som er gjort gjeldende for sykehuset gjennom vedtak i foretaksmøte, er det regulert at "Det forutsettes at gaver av uvanlig art eller størrelse, eller gaver som kan ha innvirkning på foretakets vedtatte strategier eller prioriteringer, forelegges foretakets styre før gaven aksepteres."

I tråd med disse føringene for daglig leders myndighet forelegges saken styret.

Direktør Bjørn Erikstein

Oslo Universitetssykehus

Oslo, 3. februar 2015

Vi er kjent med de bygningsmessige utfordringene ved klinikkbygget på Radiumhospitalet i Oslo. Arthur Buchardt og Øyvind Eriksen har som privat initiativtakere tatt til orde for at et nytt klinikkbygg bør utredes som et alternativ til omfattende, kontinuerlig og kostbart vedlikehold av den eksisterende bygningsmassen. Et nytt klinikkbygg vil kunne oppføres i løpet av noen få år og vil legge bedre til rette for fortsatt fremragende kreftbehandling og – forskning ved Radiumhospitalet som en del av Oslo Universitetssykehus (OUS). Sammen med Oslo Cancer Cluster, Forskningsbygget, Kreftregisteret, Strålingsbygget, Vardesenteret, og de andre sykehusene som også behandler kreftpasienter, så vil et nytt klinikkbygg kunne utgjøre en effektiv klynge for kreftrelaterte oppgaver som antas å være en fremtidig organisatorisk og driftsmessig modell for OUS. En slik klynge vil også kunne utgjøre et fagmiljø av stor betydning for den kreftbehandlingen som skjer ved andre sykehus i regionen og landet forøvrig. Dette er ikke tenkt å gå på bekostning av andre planlagte sykehusbygg i landet.

Vi er innforstått med at OUS for tiden vurderer den langsiktige lokaliseringen av sine sykehus. Det er rimelig å anta at større endringer i forhold til dagens lokalisering vil kunne ta flere tiår å gjennomføre. Forslaget om et nytt klinikkbygg for Radiumhospitalet er begrunnet i akutte bygningsmessige forhold og vil som et minimum dekke behovet i de tiårene det eventuelt tar å få på plass en annen lokalisering som OUS måtte velge. Vi mener altså at vårt initiativ ikke skal settes opp mot andre løsninger som OUS vurderer, men snarere betraktes som et bidrag til en slik avklaring. Dette er helt nødvendig av hensyn til pasientene.

Vi ser at det er det behov for å få etablert et kostnadsestimat for et nytt klinikkbygg gjennom en forstudie. Vi foreslår at det skjer gjennom et felles forprosjekt der OUS deltar med de personene som kan bidra til avklaring av oppgavedeling, kapasitet, tekniske spesifikasjonskrav og eventuelle andre forhold av betydning for utformingen av et nytt klinikkbygg. Arthur Buchardt vil representere oss som initiativtakere i forprosjektet og vil sørge for at arkitekter og andre fagpersoner blir mobilisert uten kostnad for OUS. Gitt oppstart medio februar vil forprosjektet kunne gjennomføres innen 15. juni i år. Vi ser frem til å avklare mer konkret rammene for et forprosjekt som foreslått.

Med vennlig hilsen


Arthur Buchardt


Øyvind Eriksen

Kopi: Anne Lise Ryel Kreftforeningen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. april 2015

Saksbehandler: Direktør pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: Utførte revisjonsaktiviteter ved Oslo universitetssykehus fra forrige planperiode

SAK 30/2015 PLAN FOR INTERNE REVISJONER 2015-16

Forslag til vedtak

Styret tar revisjonsplan for 2015-16 for Oslo universitetssykehus til etterretning.

Oslo, den 30. april 2015



Bjørn Erikstein

1 Sammendrag

I denne saken legges plan for interne revisjoner i 2015 til 2016 fram for styret. Videre orienteres det om foretakets kontrollstruktur. I vedlegget orienteres det om utførte revisjonsaktiviteter i forrige planperiode, både fra interne revisjoner i foretakets egen regi og fra interne revisjoner planlagt og gjennomført av konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst. For øvrig er alle funn og oppfølging av revisjonene tidligere rapportert gjennom Ledelsens gjennomgang.

2 Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Arbeidet med å utarbeide revisjonsplan bygger på vurderinger av risiko i virksomheten. Hensikten er å rette interne revisjoner inn mot områder hvor det er 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 interne revisjoner best kan nyttes for å oppnå bred revisjonsmessig dekning.

3 Om foretakets kontrollstruktur

Ledere i Oslo universitetssykehus har ansvar for å følge opp og kontrollere at virksomheten i egen enhet drives i samsvar med vedtak, planer, formål, regelverk osv. Dette er den viktigste kontrollstrukturen i helseforetaket.

På foretaksnivå gjennomfører avdelingene i direktørens stab kontrollaktiviteter på sine områder. I tillegg er det en egen enhet med ansvar for planlegging og tilrettelegging for interne revisjoner på foretaksnivå, herunder at internkontrollaktiviteter er etablert og gjennomføres som forventet i virksomheten. I tillegg til planlegging, gjennomføring og oppfølging av interne revisjoner i foretakets egenregi, samordner enheten aktiviteten med konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst.

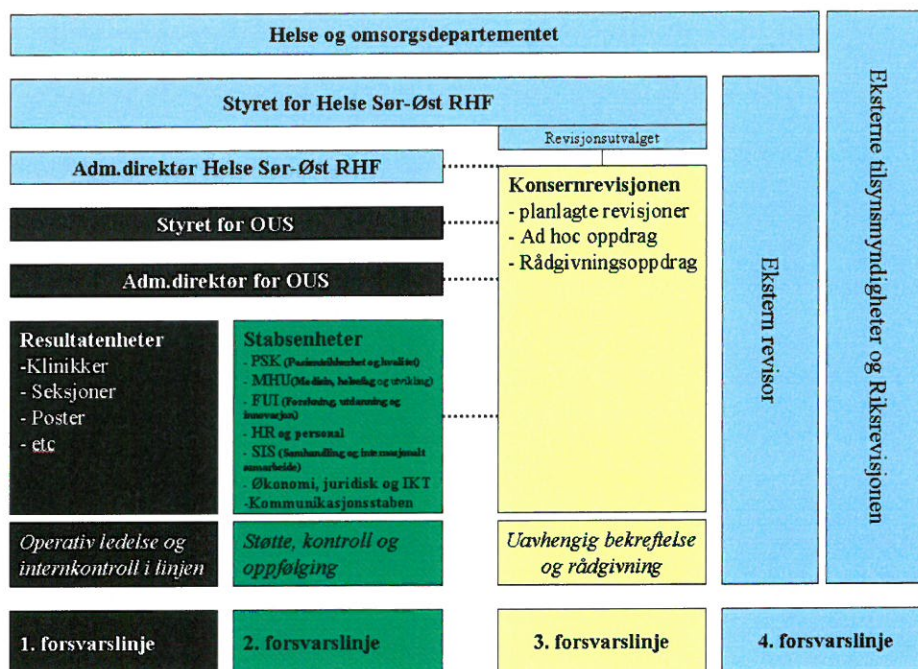
Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF rapporterer til styret i det regionale helseforetaket og gjennomfører interne revisjoner i foretakene i Helse Sør-Øst. Konsernrevisjonens rolle og ansvar følger av helseforetakslovens § 37a; *.....Internrevisjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse bidra til forbedringen i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring.* Revisjonsrapporter fra konsernrevisjonen vedrørende helseforetakets virksomhet behandles i styret i helseforetakene og følges opp i den utvidete rapporteringen til styret hvert tertial - ledelsens gjennomgang.

Oslo universitetssykehus har regelmessige møter med konsernrevisjonen. Et av målene med samarbeidet er å etablere revisjonsplaner hvor de interne revisjonene i Oslo universitetssykehus HF, sees i sammenhengen med konsernrevisjonens revisjoner. Målet er å oppnå god koordinering og en best mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket.

I tillegg til internrevisjonen i Oslo universitetssykehus og Konsernrevisjonens gjennomganger har Oslo universitetssykehus ekstern finansiell revisor som rapporterer til styret og eier (PwC). Virksomheten er videre underlagt kontroll og gjennomgang fra en rekke offentlige tilsyn og fra Riksrevisjonen som er Stortingets kontrollorgan og har adgang til å kreve opplysninger den finner påkrevd for sin kontroll i departement, i regionalt helseforetak, i helseforetak og i heleide

datterselskaper til slike foretak. Styret holdes orientert om gjennomganger og rapporter fra tilsyn og Riksrevisjonen.

Kontrollstrukturen i og rundt helseforetaket kan illustreres slik:



4 Oslo universitetssykehus HF planlagte revisjoner for perioden 2015-16

Utarbeidelse av plan for interne revisjoner

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

Kildene som brukes i arbeidet, er blant annet:

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

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

Planlagte interne revisjoner i foretakets egen regi for 2015-16

Med utgangspunkt i målområder for 2015 fra eier, satsingsområdene for Oslo universitetssykehus og ulike kilder for innhenting av risiko 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

interne revisjoner best kan nyttes for å oppnå bred revisjonsmessig dekning sett opp mot konsernrevisjonens planlagte aktiviteter ved foretaket i samme periode.

Oversikt over tema og planlagt gjennomføring

Tema fra planen for 2014-15 som gjennomføres i 2015:

Revisjon innen praksis med medisinsk koding

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

Fokusområde for medisinsk koding var den gang gastrokirurgi. Gastrokirurgisk avdeling hadde enheter på alle de tidligere sykehusene (RH, UUS, AUS og RAD) slik at en kunne se om det var felles praksis ved journalgjennomgang av totalt 80 avdelingsopphold.

Et av funnene fra revisjonen, 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).

Som ledd i oppfølgingen av ledermøtesaken var koderevisjon på utvalgte fagområder et av tiltakene. Revisjonen har vært under planlegging og Analysesenteret A/S vil delta i arbeidet. Fokusområdet i revisjonen er medisinsk koding av "Pasient- og pårørende opplæring".

Organisering, intern styring og kontroll innen bruk av ekstravakter

Kompetent personell er en forutsetning for sikker pasientbehandling. Flere rapporterte hendelser viser at ekstravakter kan være en risiko for pasientsikkerheten. I avvikssystemet Achilles omhandler mange avvik ekstravakter; mangler vedrørende kunnskap, opplæring eksternt og internt, språkutfordringer, med mere. Det har også ved flere tilsynsbesøk vært avdekket svakheter i opplæring av ekstravakter.

Oslo universitetssykehus har til dels stor bruk av ekstravakter, særlig i helger. I budsjett for 2015 er det avsatt store midler til innleie av ekstra personell.

Ekstravaktene leies inn fra ulike steder og det er viktig å sjekke ut den enkeltes kompetanse i forhold til sykehusets spesialiserte funksjoner.

Nasjonalt kunnskapssenter har hatt en stor gjennomgang av temaet og konklusjonen er at vikarbruk i spesialisthelsetjenesten gir risiko for uønskede hendelser.

Nasjonalt kunnskapssenter foreslår momenter til en sjekklister ved vikarbruk i sykehus. Disse sjekkpunktene blir sentrale i revisjonen som er under planlegging. Revisjonen vil følge linjen fra organisering på sykehusnivå og til den pasientnære kontakten. Revisjonen planlegges gjennomført i mai/juni 2015.

Prøvesvar – utfylling av rekvisisjoner og merking av prøver

Det er registrert flere bekymringsmeldinger og avvik som viser svakheter ved utfylling av henvisninger/rekvisisjoner, merking av prøver og mottak av prøvesvar. Dette kan utgjøre en risiko for den enkelte pasient.

Sykehuset har det siste året hatt stort ledelsesmessig fokus på temaet, og det er etablert prosedyrer og rutiner samt rapporter for oppfølging.

Mål for revisjonen er å kartlegge og vurdere om avdelingene/enhetene praktiserer forsvarlig håndtering av bestilling, behandling og mottak av prøver. Revisjonen tenkes organisert som et større prosjekt med revisjoner i alle aktuelle klinkker. Revisjonen planlegges praktisk gjennomført i oktober/november 2015.

Tilsynsprosess ved behandlingsreiser til utlandet (Tyrkia)

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. HOD stiller midlene til disposisjon for Helse Sør-Øst (HSØ) gjennom det årlige bestilledokumentet. HSØ stiller igjen midlene til Oslo universitetssykehus sin disposisjon årlig i oppdrags- og bestillerdokumentet.

Et av funnene ved revisjonen var at tilsynsprosessen med behandlingsstedene ikke var tilfredsstillende ivaretatt. I samarbeid med Seksjon for utenlandsreiser, planlegges en revisjon av tilsynsprosessen ved behandlingsstedet i Balcova, Tyrkia. Revisjonen planlegges utført i september 2015.

Gjennomgang av eiendomsområdet (fra utlysning av kontrakt)

Som en del av internkontrollaktivitetene innenfor økonomiområdet for 2013/2014 inngikk gjennomgang av eiendomsområdet (byggeprosjekter). Denne aktiviteten inngikk også i vedtatt revisjonsplan for 2014/-15, jfr styresak 28/2014.

Sykehuset har hatt flere møter for å vurdere hvordan revisjonstema best kunne ivaretas, herunder både avklare nærmere innhold i denne internkontrollaktiviteten, gjennomføring og organisering av arbeidet. Høsten 2014 ble det avklart at verken Oslo universitetssykehus eller Helse Sør-Øst hadde ressurser med relevant kompetanse til å kunne påta seg oppdraget. Oppdraget ble derfor besluttet utført av foretakets eksterne revisor PwC, som en del av deres revisoroppdrag (utvidet revisjon). Revisjonen gjennomføres i første kvartal 2015. Gjennom dokumentasjon og intervjuer vil PwC undersøke i hvilken grad byggeprosjektene innen Oslo universitetssykehus gjennomføres på en hensiktsmessig måte. Med hensiktsmessig måte menes sikker målrettet drift, pålitelig rapportering og etterlevelse av lover og regler. PwC vil kartlegge prosessene og foreta en risikobasert tilnærming til hvilke områder som krever mer detaljert kartlegging for å avdekke mulige svakheter.

Nye tema fra revisjonsplanen for 2015-16:

Helse, miljø og sikkerhet

Målet for sykehusets arbeidsmiljø er et forsvarlig og godt arbeidsmiljø for alle. Arbeidsmiljøet skal kjennetegnes av god kompetanse, trivsel med jobb og kolleger, medvirkning, inkludering, åpenhet og respekt. Ved gjennomgang av Arbeidsmiljøavdelingens årsrapport for 2014, medarbeiderundersøkelsen, avvikssystemet Achilles og risikovurderinger på sykehusnivå vurderes HMS området til å være et prioritert område i planperioden. Det har ikke vært gjennomført revisjoner på HMS området siden Oslo universitetssykehus ble etablert i 2010, og det anbefales derfor å gjennomføre en revisjon med tema HMS i ulike enheter i organisasjonen. Revisjonen kan sannsynligvis gjennomføres høst 2015/vår 2016.

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. Revisjonsarbeidet i 2015 vil være en videreføring av revisjonsarbeidet som ble påbegynt i 2014. Dette innebærer

slutføring og vurdering av svarene som er gitt av nivå 2, 3 og 4 ledere i den pågående revisjonen med tematikken kontroll med registre og behandling av personopplysninger i klinikk og avdeling. Revisjonen vil danne grunnlaget for å vurdere hvilke deler av foretaket det er aktuelt å gjennomføre stedlig revisjon ved. Det vil i løpet av året også gjøres revisjon av tilgang til journal som en videre oppfølging av Riksrevisjonens tilsyn.

Medisinsk teknisk utstyr vil i mange tilfeller generere sensitive personopplysninger, noe som stiller krav til planlagte og systematiske tiltak for forsvarlig behandling av personopplysninger. Det vil derfor etableres et samarbeid med Medisinskteknisk virksomhetsområde slik at temaet blir ivaretatt i forbindelse med deres jevnlige gjennomgang av medisinskteknisk utstyr for å ivareta sertifisering av utstyret.

Revisjon på etterlevelse av antibiotikaprocedyrer - Profylakse ved kirurgiske inngrep i sykehus

Sykehusapotekene HF vil i 2015 gjennomføre en fellesrevisjon i flere helseforetak i Helse Sør-Øst. I henhold til handlingsplan for Pasientsikkerhetsprogrammet ved Oslo universitetssykehus er et av målene innen "Trygg kirurgi" å redusere postoperative sårinfeksjoner og iverksette tiltak for å sikre forsvarlig valg og administrering av antibiotika som profylakse.

Det planlegges revisjoner på fem kirurgiske enheter og farmasøyter ved Sykehusapoteket i Oslo vil være fagrevisorer i revisjonen som kan utføres i oktober-november 2015.

Intern styring og kontroll av foretakets pasientadministrative system (herunder også henvisningsrutiner og ventelistehåndtering). Oppfølging av punktrevisjoner 2015

Punktrevisjoner av sykehusets pasientadministrative system på overordnet og pasientnært nivå i alle klinikker mars 2015 viste at det innen området fortsatt er flere forhold hvor tiltak er nødvendig å iverksette.

Riktig bruk av det pasientadministrative systemet er avgjørende for at pasientens rettigheter, sikkerhet og behandlingsforløp skal være tilfredsstillende ivaretatt. Det anbefales derfor revisjoner på utvalgte enheter også i 2016.

Virksomhetsstyring

I Oppdrag og bestilling for Oslo universitetssykehus i 2015 vises det til revisjonen Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomførte innenfor revisjonsområdet intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen ved Hjerter-, lunge- og karklinikken. Revisjonen omfattet blant annet området virksomhetsstyring. Helseforetakets styre behandlet revisjonsrapporten i 2014 og det forutsettes at revisjonsrapporten og tilhørende detaljgrunnlag benyttes til forbedringsarbeid i tråd med de anbefalinger som er gitt.

Som et ledd i forbedringsarbeidet anbefales en revisjon innen området virksomhetsstyring i flere klinikker.

Pasientforløp / pakkeforløp

I sykehusets strategi 2013-2018 vektlegges gode pasientforløp. I Oppdrag og bestilling for Oslo universitetssykehus i 2015 er det et krav at det skal etableres flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer.

I dette arbeidet inngår de aktiviteter som gjennomføres i klinikkene for å sikre planlegging, gjennomføring, dokumentering og oppfølging av utredning og behandling av pasienter. Flere pakkeforløp for utvalgte kreftdiagnoser innføres ved sykehuset i løpet av året. En tid etter oppstart av ny praksis, anbefales en revisjon i

flere klinikker for å se etter om pasientforløpene fungerer for forutsatt. Revisjonen gjennomføres våren 2016.

Gjennomføring

Prioritering av avdelinger og klinikker

Hvor revisjonene skal utføres vil bli besluttet etter godkjent revisjonsplan. Avdelinger/enhetene prioriteres etter en risikobasert tilnærming.

Ressurser

Oslo universitetssykehus gjennomfører interne revisjoner med egne ressurser. Seksjon for interne revisjoner har ansvar for organisering og utøvelse av revisjonsplanen, men er avhengig av ressurser fra klinikkene for gjennomføring. Det er gjennom årene bygget opp et nettverk av medarbeidere som bistår i revisjonsoppdrag. Dette har vist seg nyttig og effektivt i det kontinuerlige lærings- og forbedringsarbeidet som pågår i sykehuset. Uavhengigheten blir sikret ved at de ikke reviderer egne avdelinger. Revisorene bidrar også til kompetansehevning i klinikkene.

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. Målet er at alle klinikkene skal utføre egenrevisjoner tilpasset klinikkens risikobilde.

5 Konsernrevisjonens planlagte interne revisjoner ved Oslo universitetssykehus 2015-16

Styret for Helse Sør-Øst RHF har godkjent revisjonsplan 2015-16 for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst. Revisjonsplanen viser at konsernrevisjonen i 2015-16 vil fokusere på områder som; tilgjengelighet, digital fornying og oppfølging av tiltaksarbeidet etter tidligere revisjoner. I plan 2015-2016 inngår også nytt østfoldsykehus og etablering av sykehuspartner som nytt HF. Vedrørende oppfølging av tidligere revisjoner vil konsernrevisjonen Helse Sør-Øst ha sterkt fokus på hvordan Oslo universitetssykehus følger opp revisjonen som ble gjennomført i Hjerte, lunge og karklinikken i perioden september 2013 til januar 2014. Revisjonen var svært omfattende og omhandlet 6 virksomhetsområder. Revisjonsrapporten ble styrebehandlet på styremøte 25. september 2014 (styresak 46/2014).

Utførte revisjonsaktiviteter ved Oslo universitetssykehus fra forrige planperiode

1 Sammendrag

I dette vedlegget orienteres det om utførte revisjonsaktiviteter ved Oslo universitetssykehus fra forrige planperiode – både fra interne revisjoner i foretakets egen regi, og fra interne revisjoner planlagt og gjennomført av konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst.

2 Utførte revisjonsaktiviteter gjennomført av konsernrevisjon i Helse Sør-Øst.

2.1.1 Interne revisjoner gjennomført av konsernrevisjon i Helse Sør-Øst

- Revisjon av helseforetakets interne styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen.

Revisjonen ble gjennomført i Hjerte, lunge og karklinikken i perioden september 2013 til januar 2014. Revisjonsrapporten ble mottatt i 2. tertial, og oppfølgingsarbeidet startet umiddelbart. Revisjonen var svært omfattende.

Revisjonsrapporten ble styrebehandlet på styremøte 25. september 2014 (styresak 46/2014). Styrevedtaket er 3 delt;

-Styret tar Konsernrevisjonens rapport 1/2014 til etterretning.

-Styret ber om å bli orientert om hvordan revisjonsfunnene i Hjerte-, lunge- og karklinikken følges opp.

-Styret ber om å bli forelagt en plan for hvordan funnene i revisjonen kan benyttes i forbedringsarbeidet i øvrige klinikker i helseforetaket.

Saken vil bli behandlet på styremøtet Oslo universitetssykehus HF i juni.

Administrerende direktør følger opp forbedringsarbeidet – både innen de ulike virksomhetsområdene, og samlet sett gjennom de tertialvise oppfølgingsmøtene.

Erfaringer fra revisjonen er delt og diskutert i sykehusets ledergruppe, og inngår i det videre forbedringsarbeidet ved Oslo universitetssykehus HF.

2.1.2 Oppfølginger av konsernrevisjoner fra tidligere tertial

Oppfølgingsmøte med foretaket i forbindelse med konsernrevisjonens årsrapport

Konsernrevisjonen hadde i desember 2015 et utvidet oppfølgingsmøte med Oslo universitetssykehus HF hvor fokus var status i handlingsplanarbeidet etter de siste gjennomførte revisjoner:

- Revisjon av intern styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen gjennomført i Hjerte- lunge- karklinikken (sak 46/2014).

Oppfølging pågår fortsatt og status i saken fremlegges på styremøte i juni 2015.

- Revisjon intern styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet, ventelistebehandling og fristbruddpasienter ved Oslo universitetssykehus HF (rapport 4/2012 og 6/2012).

Status:.... helseforetaket har hatt stor ressursinnsats i arbeidet og iverksatt en rekke tiltak. Det har vært løpende oppfølging av disse i helseforetaket og i styret i Oslo universitetssykehus HF. Resultatene viser at det har skjedd store forbedringer på sentrale områder, samt at det på noen områder fortsatt gjenstår et arbeid før helseforetaket er i mål.

- Revisjon: Gjennomgang av rutiner for utsendelse og mottakelse av henvisninger mellom Ringerike sykehus v/Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF.

Status viser at alle tiltak som er beskrevet i handlingsplanen er gjennomført og vurdert effekt er tilfredsstillende. Helseforetakets interne oppfølging av handlingsplanen ble avsluttet i 2014.

Konsernrevisjonen avsluttet oppfølging av denne i revisjonen.

3 Utførte revisjonsaktiviteter gjennomført i Oslo universitetssykehus HF egen regi

Revisjonsaktiviteten i 2014 skulle ta hensyn til at regional EPJ skulle innføres i 2014 og at drift skulle skjermes i størst mulig grad (Styresak 28/2014). Det er derfor gjennomført kun to revisjoner samt opplæringsaktiviteter i tre klinikker forrige planperiode.

3.1.1 Interne revisjoner

1. Punkt revisjon – Oppfølging av ”Gjennomføringsprosjektet” (henvisninger, ventelister og fristbrudd)

Prosjektet var sykehusomfattende og tok for seg alle funn fra tidligere revisjoner om det pasientadministrative arbeidet, samt forbedringsområdene fra det regionale helseforetakets prosjekt - ”Glemt av sykehuset”.

Revisjonen hadde 7 punkt revisjoner på seksjoner i alle aktuelle klinikker.

Formålet med revisjonen var å evaluere/måle hvordan klinikkene fulgte opp intensjonene i ”Gjennomføringsprosjektet”.

Funnene viste at det var tiltak som kun delvis var gjennomført og/eller kun delvis hadde effekt.

Revisjonen ble presentert i Sentralt kvalitetsutvalg 12.mai 2014 og klinikklederne har fulgt opp funnene i egen klinikk.

I mars 2015 ble det foretatt 8 nye punkt revisjoner for å se om at det er implementert tiltak som sikrer korrekt bruk av det pasientadministrative systemet etter innføringen av DIPS.

Det er flere funn fra denne revisjonen (8 delrevisjoner) som viser at bruk av systemet og opplæring i pasientrettigheter fortsatt må ha stort fokus og være en prioritert lederoppgave.

2. Ad hoc revisjon av ePhorte - sykehusets saksbehandlingssystem.

Formålet var å undersøke om ePhorte blir brukt i tråd med gjeldende lover og forskrifter og i tråd med sykehusets føringer.

Revisjonen ble utført ved fem enheter: Sakarkiv, Klinikk for diagnostikk og intervensjon, Kvinne- og barneklirikken, Kommunikasjonsstaben og IKT-avdelingen. Det ble ikke gitt noen avvik i revisjonen, men alle fem enheter fikk anmerkninger.

3.1.2 Opplæring og bistand i revisjonsarbeid for tre klinikker

Medisinsk klinikk

Klinikken har nedsatt en ressursgruppe for arbeidet og det ble gjennomført et 3 dagers bedriftsintern grunnkurs i revisjonsteknikk. De 16 kursdeltakerne var deretter observatører i tre revisjoner i klinikken. Kursdeltakerne skulle deretter få en ”mester/svenn” læring i klinikkens egenrevisjoner.

Tema for læringsrevisjonene var avvikshåndtering – registrering, oppfølging og læring av uønskede hendelser. Revisjonsteamene ble godt tatt imot og de reviderte enhetene mente tilbakemelding på egen praksis ga ”innsikt” i svakheter de ikke visste om og bidrar til forbedringer.

Oslo sykehuservice (OSS)

Det er gjennomført 3 dagers bedriftsinternt grunnkurs i revisjonsteknikk med 15 kursdeltakerne. OSS skal videre bygge opp sin kompetanse og foreta egenrevisjoner.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon

Klinikken har mange sertifiserte og akkrediterte enheter som hver har sine revisjoner. Dette medfører stort behov for revisjonskompetanse. Før kurset ble det nedsatt en ressursgruppe som samler revisjonsarbeidet i klinikken og gruppen var med på det bedriftsinterne grunnkurset i revisjonsteknikk. De 20 kursdeltakerne var observatører i revisjoner i klinikken og deretter ”mester/svenn” læring i klinikkens egenrevisjoner. Klinikken har revisjonsplan for 2015.

3.1.3 Annet revisjonssamarbeid

Stab Pasientsikkerhet og kvalitet samhandler også med andre aktører vedrørende internkontroll.

Det er etablert samarbeid med Sykehusapotekene HF - som et ledd i oppfølging av internkontrollen.

I 2014 ble revisjoner av IK-mat satt i system. Revisjonene organiseres og utføres i regi av fagleder for mattrygghet i Oslo sykehuservice.

Hensikten med revisjonene i 2014 var å sjekke ut om utvalgte kjøkken fulgte gjeldende retningslinjer vedrørende opplæring, registreringer og avviksbehandling innen hygieneområdet. Det er etablert egen revisjonsplan innenfor IK-mat I 2015.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. april 2015

Saksbehandler: Direktør pasientsikkerhet og kvalitet

Vedlegg: Utrykt vedlegg Arbeidsmiljøårsrapport 2014

SAK 31/2015 ARBEIDSMILJØÅRSRAPPORT 2014

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 23. april 2015


Bjørn Erikstein

Sammendrag

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

Arbeidsmiljøårsrapport 2014 oppsummerer hvor langt foretaket og de enkelte klinikkene har kommet i dette arbeidet. Trivsel, fag og fagutvikling preger det psykososiale arbeidsmiljøet, mens det er mye gammel og nedslitt bygningsmasse som preger det fysiske arbeidsmiljøet. Det er best arbeidsmiljøstatus innen "arbeids glede" og "inkluderende arbeidsliv", mens de største utfordringene er innen "systematisk HMS-arbeid", "arbeidsbelastning" og "plassforhold".

Basert på Arbeidsmiljøårsrapport 2014 har foretaket anbefalt å videreføre satsningsområdene for 2014 i 2015:

- Oppgradering av bygningsmasse
- Arbeidsbelastning
- Kulturbygging
- Kjemikaliesikkerhet

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

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Medarbeiderne og deres kompetanse er foretakets 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. Medarbeiderundersøkelsene har vist god trivsel.

Når det gjelder fysiske arbeidsmiljøutfordringer er det "bygningssmassens tekniske standard" og "plassforhold" som er hovedutfordringene. En del bygningssmessige tiltak ble gjennomført i perioden 2011 - 2014, og det er også en tiltaksplaner for 2015 for å imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet, Branntilsynet og Eltilsynet. På arbeidsmiljøområdet dreier dette seg om midlertidige eller varige tiltak for alle forhold som er risikovurdert med konsekvensgrad 5 (høyest) og noen arbeidsmiljøforhold som er risikovurdert med konsekvensgrad 4 (høyt). Etter gjennomføring av tiltak vil risikoverdien bli redusert til 3 (moderat) eller lavere. Det vil bidra til en positiv arbeidsmiljøutvikling.

Innen psykososialt/organisatorisk arbeidsmiljø er det "arbeidsbelastning" og "bedriftskultur" som er de største utfordringene. Når det gjelder arbeidsbelastning arbeides det bredt med dette i klinikkene. Det er særlig fokus på å redusere antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene. I 2014 var det 34.100, mens det i 2013 var 32.258. Årsakene til brudd er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet er fremdeles hovedårsaken til brudd. Flere særskilte hendelser var med på å forklare bruddene i 2014, herunder forhøyet Ebola-beredskap og Norges første Ebolapasient, samt forhøyet beredskap og økte øvelser i kjølvannet av fryktet terroranslag. Innføring av elektronisk pasientjournal (DIPS) medførte også økt behov for ressurser og ga færre medarbeidere som kunne vikariere ved sykdom.

Arbeidstilsynet har i 2014 fulgt opp foretaket på arbeidstidsbrudd, og de har nylig gitt et nytt pålegg hvor de ber om at forsvarligheten av arbeidstidsordningene blir vurdert.

Når det gjelder ”bedriftskultur” er det utarbeidet en tiltaksplan via Arbeidsmiljøutvalget hvor det skal arbeides med kulturbygging på flere nivåer og arenaer, og med forskjellige innfallsvinkler. Hovedinnsatsen skal gjøres i klinikkene, som en del av ordinær drift og gjennom konkrete prosjekter.

Hoveddelen av HMS-arbeidet foregår på enhetsnivå, og hvor det utarbeides lokale risikoreducerende handlingsplaner etter HMS-runde og medarbeiderundersøkelse. I 2014 har det vært en reduksjon i det systematiske HMS-arbeidet. Ved årsskiftet var det bare 27 % av enhetene som hadde gått HMS-runde og 11 % som hadde utarbeidet HMS-handlingsplan. Det ble da umiddelbart iverksatt tiltak i klinikkene for å bedre dette, og det er per april 2015 en bedring til 56 % HMS-runder og 73 % HMS-handlingsplaner. Dette vil bli fulgt opp videre i klinikkene. Noe av årsaken til den svake gjennomføringsgraden kan være innføringen av DIPS.

I tillegg til de lokale handlingsplanene har hver klinikk egne satsningsområder for 2015:

PHA	MED	KKN	KVB	KKT
Målarbeid Faglig utvikling Effektivitet IA	Faglig utvikling Arbeidsbelastning Forbedringer Mål Arbeidsglede Medvirkning	Arealproblematikk Forbedringer / flytprosjekter Inneklima IA Samarbeid og kultur Arbeidsglede	Faglig utvikling Arbeidsbelastning Ansattssikkerhet Informasjon/ samhandling Arbeidslokaler / fellesarealer	Faglig utvikling Arbeidsbelastning Arbeidslokaler / fellesarealer Mål Arbeidsglede Medvirkning
HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
Arbeidslokaler / fellesarealer Målarbeid Arbeidsbelastning Strålevern Brannvern Kjemikalie- håndtering Renhold HMS-revisjon	Oppfølging av HMS-avvik Sykefravær Diverse HMS-opplæring Elsikkerhet Smittevern Brudd på arbeidstids- bestemmelsene	Faglig utvikling Arbeidsbelastning Sosialt samspill Arbeidslokaler Medvirkning Verdier	Arbeidsbelastning Sosialt samspill Motivasjon Faglig utvikling Arbeidsglede Medvirkning	Arbeidsbelastning Fellesarealer Faglig utvikling Verdier

Klinikkene vil i 2015 bli fulgt opp på gjennomføringen av disse tiltakene.

Faktabeskrivelse

Arbeidsmiljøårsrapporten for 2014 inneholder klinikkenes, verneområdenes og Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av det systematiske HMS-arbeidet og arbeidsmiljøstatus.

Datagrunnlaget er innhentet fra klinikkene og fra verneområdene. Verneområdene bruker eHMS (elektronisk registreringsverktøy) som dokumentasjonsverktøy. På grunn av den lave gjennomføringsgraden på HMS-runder og HMS-handlingsplaner ved årsskiftet, er data fra perioden januar – april 2015 tatt med.

Etter Arbeidsmiljøavdelingens vurdering er det best arbeidsmiljøstatus innen:

- Arbeidsglede (nå grønt/gult – uendret fra 2013)
- Inkluderende arbeidsliv (nå grønt/gult – uendret fra 2013)

Etter Arbeidsmiljøavdelingens vurdering er det størst utfordringer innen:

- Systematisk HMS-arbeid (nå oransje – forverring fra gult/grønt i 2013)
- Plassforhold (nå orange/gult – uendret fra 2103)
- Arbeidsbelastning (nå orange/gult – uendret fra 2013)

Ifølge eHMS som summerer opp alle risikovurderinger fra HMS-rundene er de største arbeidsmiljøutfordringene:

- Renhold
- Arbeidsbelastning
- Smitterisiko
- Plassforhold
- Inneklima
- Arbeidslokalenes egnethet

Totalt er det per 13.04.15 registrert 410 HMS-handlingsplaner i eHMS med 4.828 tiltak. Altså ca. 12 tiltak i gjennomsnitt pr. handlingsplan hvorav:

- 25 % er gjennomført
- 34 % i arbeid
- 41 % ikke påbegynt

Tiltak gjennomført i 2014 – 10 på topp (fra eHMS):

- Arbeidslokaler / fellesarealer (568)
- Faglig utvikling (316)
- Forbedringer – avviksoppfølging/gjøre ting bedre (269)
- Inneklima (257)
- Arbeidsbelastning (218)
- Ergonomi (211)
- Verdier – kvalitet/trygghet/respekt (205)
- Sosialt samspill (208)
- Brannvern (152)
- Kjemikalier (143)

Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler at satsningsområdene fra 2014 videreføres i 2015:

- Oppgradering av bygningsmasse. Bygningene har svært varierende standard, fra nytt til fullstendig nedslitt og teknisk utdatert. Selv om det er gjennomført en del tiltak i perioden 2011-2014 er det fortsatt stort behov for å oppgradere både tekniske anlegg og bygg for å bedre arbeidsmiljøforholdene for de ansatte. Det foreligger pålegg fra Arbeidstilsynet om oppgradering til forsvarlig standard, og det er utarbeidet en plan frem til 2019 som skal sikre at de alvorligste arbeidsmiljøproblemene blir løst først. Arbeidstilsynet følger opp fremdriften i kvartalsvise oppfølgingsmøter.
- Arbeidsbelastning. Arbeidspresset oppleves høyt av mange ansatte og ledere, og foretaket har mange brudd på arbeidstidsbestemmelsene. 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.
- Kulturbygging. Kultur har vært på dagsorden siden fusjonen. Etablering av felles kultur og felles forståelse av foretakets overordnede mål og strategier er viktig og nødvendig. Aktuelle spørsmål er: Hva er felles, hva kan være forskjellig? 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?

- Kjemikaliesikkerhet. I Oslo universitetssykehus finnes det store mengder kjemikalier som ved uriktig håndtering kan utgjøre en helsefare for de ansatte. Per 2014 er det ca. 18 800 sikkerhetsdatablader i stoffkartoteket. Helsefareindeksen for disse kjemikaliene er 2,93 (moderat risiko) på en skala fra 1-5. Lokalene er ikke tilfredsstillende flere steder, og det er behov for oppgradering til dagens tekniske standard. Dette gir utfordringer knyttet til ventilasjon og prosessavsug ved håndtering av flyktige kjemikalier som formalin og xylen. Det må også ses på arbeidsrutiner, risikovurderinger og nødprosedyrer. I 2014 ble det satt i gang et arbeid hvor Arbeidsmiljøavdelingen bistår klinikkene med bruk av stoffkartoteket, lokale risikovurderinger av kjemikaliebruk, vurdere muligheter for å bytte ut de farligste kjemikaliene med mindre farlige, og med utfasing av de farligste kjemikaliene. Dette arbeidet videreføres i 2015.



Arbeidsmiljøårsrapport 2014

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 grunnpillarer 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. Sykehuset skal arbeide systematisk slik at arbeidsmiljøproblematikk avdekkes, og ved et 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. 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. Slik kan ulykker, skader og feilhandlinger forhindres, og 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. Sykehuset ønsker å vise at måten virksomheten drives på, er like viktig som resultatene som oppnås.

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, yrkesvaksinerings, sykefraværsoppfølging og psykososial problematikk.

Systematisk HMS-arbeid

Hoveddelen av HMS-arbeidet foregår på enhetsnivå, og hvor det utarbeides lokale risikoreducerende handlingsplaner etter HMS-runde og medarbeiderundersøkelse. I 2014 har denne systematikken ikke fungert så bra. Bare 27 % hadde gjennomført HMS-runde ved årsskiftet, og 11 % hadde utarbeidet HMS-handlingsplan. Det ble da umiddelbart iverksatt tiltak i klinikkene for å bedre dette, og status er nå 56 % og 73 %. Dette må følges videre opp i klinikkene. Noe av årsaken til den svake gjennomføringsgraden kan være innføringen av DIPS høsten 2014.

Arbeidsmiljøavdelingens vurdering av systematisk HMS-arbeid i 2014 har således forverret seg fra gult/grønt til oransje. Mens arbeidsmiljørisikoen er omtrent den samme i 2014 som i 2013 (gult). Oppsummert pga. svikt i systematikken har risikoen økt litt - fra 0,93 (gult) i 2013 til 1,03 (gult) i 2014. Skalaen går fra 0-3 hvor 0=grønt, 1= gult, 2=oransje og 3=rødt. Forverringen er en negativ og ikke ønsket utvikling.

Enhetene bruker eHMS til å dokumentere det systematiske HMS-arbeidet sitt. Et elektronisk verktøy gir enkle og gode oppsummeringsmuligheter. Risikovurderingene fra HMS-rundene viser at de største arbeidsmiljøutfordringene pr. 2014 er renhold, arbeidsbelastning, smitterisiko, plassforhold, inneklima og arbeidslokalenes egnethet.

OUS har flere aktive pålegg fra Arbeidstilsynet. Dette gjelder:

- Vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler - frist mars 2015 (det vil bli søkt om forlengelse av fristen)
- Utbedring av ventilasjonsforhold – frist desember 2017
- Kjemikaliesikkerhet Renhold – frist mars 2015

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

HMS-avvik

Det ble meldt 3.870 HMS-avvik i 2014 sammenliknet med 3.882 i 2013.

Innen ”Skader på ansatte” ble det registrert 1.412 avvik mot 1.449 i 2013. De største avviksgruppene var ”stikkskader med smitterisiko”, ”fysisk vold”, ”utagerende adferd” og ”fall, slag, støt, klem, kutt”. Innen ”arbeidsmiljø” ble det meldt 1.494 avvik mot 1.464 i 2013, omtrent det samme. De største avviksgruppene var ”informasjon/samhandling”, ”smittevern”, ”bemanning” og ”arbeidspres”. ”

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 inneklime. 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.

Inneklime

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 et infrastrukturprosjekt med oppgradering av det tekniske anlegget snart ferdigstilt. Det er utarbeidet en egen plan for VVS-tiltak i årene som kommer. Høyest prioritet har spesialventilasjonstiltak.

Kjemikalier

I OUS finnes det store mengder kjemikalier som ved uriktig håndtering kan utgjøre en helsefare for de ansatte. Pr. 2014 er det ca. 18.800 sikkerhetsdatablader i stoffkartoteket. Helsefareindeksen for disse kjemikaliene er 2,93 (moderat risiko) på en skala fra 1-5. Det er >2.000 unike stoffer er i fareklasse 4 (alvorlig helsefare) og 5 (meget alvorlig helsefare), og disse skal vurderes for substitusjon årlig. Dette er stoffer som eksempelvis er kreftfremkallende, arveskadelige eller reproduksjonsskadelige. Det er en målsetting å redusere bruken av disse,

Lokalene er ikke tilfredsstillende flere steder, og det er behov for oppgradering til dagens tekniske standard. Dette gir utfordringer knyttet til ventilasjon og prosessavsug ved håndtering av flyktige kjemikalier som formalin og xylen. Det må også ses på arbeidsrutiner, risikovurderinger og nødprosedyrer.

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-tilretteleggingstilskudd slik at felles og kostnadskrevenne utstyr som forflytnings- og løftehjelpemidler, spesialsenger og spesialdesignede hev-senkbord er blitt anskaffet. Begrensede økonomiske ressurser reduserer fremdeles mulighet for nødvendig fornying, oppgradering og samkjøring av gammelt og nytt utstyr.

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. Det mangler tilstrekkelige ressurser for å få et velfungerende system for reparasjon og vedlikehold eller utskifting av defekte senger. Dette har bidratt til fortsatte avviksmeldinger om hendelser med muskel-skjelettplager på ansatte.

I forbindelse med forflytningsprosjektet i OUS 2013 ble det laget videofilmer av forflytningssituasjoner som er lagt ut på Intranett. Kursrekker med opplæring i forflytningsteknikk gjennomføres fortløpende, og OUS har nå et forflytningsnettverk bestående av 97 OUS "Forflytningsveiledere". Kursene for "Ergonomiveiledere" i OUS har resultert i 43 veiledere som kan bidra i klinikkene med kunnskap om arbeidsbelastninger og forebygging av muskel-skjelettplager. Både tidligere og pågående ombyggings- og flytteprosesser har fortsatt mangel på areal spesielt til kontor- og lagerfunksjoner. Dette gjelder særlig på Rikshospitalet. Bygge- og rehabiliteringsprosjekter har nådd en kritisk fase med hensyn til erstatningsarealer. Dette har forsinket gjennomføring av prosjekter. 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

Den årlige Medarbeiderundersøkelsen (MU) står sentralt i å gi en oversikt over status for det psykososiale arbeidsmiljøet i sykehuset. Pga. DIPS-innføringen høsten 2014 var det bare KDI, OSS og DST som gjennomførte undersøkelsen denne gang. De resterende klinikkene kartla det psykososiale arbeidsmiljøet ved gruppesamtaler i stedet. Alle klinikkene har gjennomført gruppesamtaler for å utarbeide tiltak innen det psykososiale området.

Det har nå gått 5 år siden fusjonen, og generelt synes situasjonen etter hvert å ha normalisert seg. Det vil si at det stort sett er "vanlige" utfordringer som avdelinger står overfor, og i mindre grad problemstillinger knyttet til fusjonsprosessen. Selv om det fortsatt er avdelinger som er i ferd med å samlokaliseres, eller som arbeider med konsekvensene av sammenslåing. Omstillingskompetansen fortsetter å øke blant ledere og ansatte.

Flere avdelinger har gjennomført endringer og prosjekter som har hatt som mål å forenkle pasientflyt, smidiggjøre kommunikasjon og fagsamarbeid og forandre på samspillsmønstre. Lederne har en viktig funksjon i disse prosessene med å skape gode rammer for endring ved å ta seg tid til diskusjoner, sørge for medvirkning, oppmuntre, forklare, inspirere, lede an, holde ut og tro på medarbeiderne underveis.

Mange ansatte og ledere opplever fortsatt høy arbeidsbelastning som et problem. Over tid sliter dette på de ansatte, og kan føre til onde sirkler. Dette blir så en tilleggsbelastning i hverdagen. I 2014 var det 34.100 brudd på arbeidstidsbestemmelsene, mens det i 2013 var 32.258. Årsakene til brudd er mange og sammensatte. Kompetansekrav i kombinasjon med høy aktivitet er fremdeles hovedårsaken til brudd. Flere særskilte hendelser var med på å forklare bruddene i 2014, herunder forhøyet Ebola-beredskap og Norges første Ebolapasient, samt forhøyet beredskap og økte øvelser i kjølvannet av fryktet terroranslag. Innføring av elektronisk pasientjournal (DIPS) medførte også økt behov for ressurser og ga færre medarbeidere å trekke veksler på ved sykdom. Arbeidstilsynet har fulgt opp sykehuset i 2014 på brudd, og de har nylig gitt et nytt pålegg hvor forsvarligheten av arbeidstidsordningene bes vurdert.

Bedriftskulturen i OUS er fortsatt preget av de "gamle" kulturene på AUS, RAD, RH og UUS, og som var ganske forskjellige. Arbeidet med å utvikle en felles kultur er derfor viktig. Både OUS sin strategiplan og AMU har i 2014 satt kulturbygging på dagsorden, og det er viktig at strukturer, systemer og rutiner i sykehuset støtter opp om ønsket kultur. Målet er på sikt å innarbeide en kultur preget av åpenhet og respekt, og at kulturen skal understøtte kvalitet i pasientbehandlingen.

Inkluderende arbeidsliv

Inkluderende arbeidsliv skal være en integrert del av det systematiske HMS-arbeidet hvor det forebyggende aspektet er viktig. Arbeidsmiljøavdelingen registrerer økende bevissthet blant ledere rundt hva som er forsvarlig arbeidsbelastning for de ansatte i avdelingen, og viktigheten av tilrettelegging for de som har behov for det.

I noen enheter opplever man imidlertid å ha nådd grensen for hvor mange man kan tilrettelegge for innenfor de driftsrammene man har. Samtidig innebærer de nye sykefraværsoppfølgingsreglene som myndighetene iverksatte juli 2014, en oppmykning i regelverket hva angår arbeidsgivers forpliktelser i sykefraværsoppfølgingen. NAV har også innskrenket mulighetene til å utføre arbeidstrening og arbeidsutprøving mens den ansatte får stønader fra NAV. Disse endrete betingelsene kan være en forklaring på at vi høsten 2014 registrerte en merkbar nedgang i antall henvendelser til fagpersoner i Arbeidsmiljøavdelingen når det gjelder behovet for bistand i IA-arbeidet.

Sykehuset har fra oktober 2014 re-implementert prosedyren ”Arbeidsgivers ivaretagelse av arbeidstaker med redusert arbeidsevne”. Her gis leder god veiledning for kvalitetssikring av fremgangsmåte. Hovedregelen ved utprøving av funksjonsevne er at avgivende avdeling er ansvarlig for lønnskostnadene i utprøvsperioden, mens ved prøveansettelse er det mottagende avdeling som er ansvarlig for lønnskostnadene.

Smittevern

Hvert år er det ansatte som stikker/skjærer seg, eller utsettes for luft- og kontaktsmitte i forbindelse med pasientbehandling. Så også i 2014. Ingen ansatte ble smittet etter stikk-/kuttskader eller tbc-smitte i 2014. 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 og brukes i større grad i hele sykehuset. Undervisning om stikkskader og veiledning av ansatte bidrar også til dette.

Det er også jobbet med informasjon til alle i sykehuset om nye krav til risikovurdering av hvorvidt det er behov for å benytte utstyr med sikkerhetsmessige beskyttelsesmekanismer eller ikke. Dette gjelder utstyr som kanyler, sprøyter og venfloner. Målsettingen er å forhindre stikkskader.

Arbeidsrelatert sykdom

Arbeidsrelatert sykdom er sykdom som helt eller delvis skyldes påvirkning i arbeidssituasjonen. Arbeidet kan være eneste årsak eller hovedårsak. Vanligere er multifaktoriell påvirkning der arbeidet er en av flere samvirkende årsaker til sykdom og fravær. 13 % av de ansatte svarte i 2013 i MU at jobbrelaterte forhold hadde vært medvirkende til sykefravær siste 12 mnd. Det er generelt nyttig å skille mellom enkeltstående korttidsfravær og langtidsfravær. Korttidsfravær (inntil 16 dager) kan ofte skyldes mindre overbelastninger i jobbsammenheng, og kan da avhjelpest lokalt med gode tilretteleggingstiltak. For de langtidssyke kan det oftere være multifaktorielle årsaker, og kroniske plager, som forverres av helt normale belastninger i arbeidet. Mange tilstander der arbeidet spiller inn, eller er hovedårsak, håndteres av den enkelte selv evt. med noe tilrettelegging fra leder, uten at Arbeidsmiljøavdelingen bringes inn i bildet. Erfaringene fra oppfølging av sykmeldte er at hovedårsakene til arbeidsrelatert sykdom er muskel/skjelettplager, hudplager (håndeksem) og lettere psykiske plager.

Arbeidsmiljøavdelingen anbefaler å videreføre satsningsområdene for 2014 i 2015:

- *Oppgradering av bygningsmasse*
- *Arbeidsbelastning*
- *Kulturbygging*
- *Kjemikaliesikkerhet*

1. Systematisk HMS-arbeid

OUS har utarbeidet en god systematikk 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 (MU) i regi av Helse Sør-Øst. Det systematiske HMS-arbeidet dokumenteres av lederne i det elektroniske verktøyet eHMS.

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

Gjennom HMS-årsrapporteringen for 2014 er det dokumentert at:

- 27 % av verneområdene gjennomførte HMS-runde høsten 2014
- 11 % av verneområdene utarbeidet HMS-handlingsplan høsten 2014

Systematikken fungerte således ikke tilfredsstillende, og det ble derfor umiddelbart iverksatt tiltak i klinikkene for å bedre dette. Det er mulig at DIPS-innføringen bidro til det svake resultatet. Status pr. 13.04.15 er:

- 56 % av verneområdene har gjennomført HMS-runde
- 73 % av verneområdene har utarbeidet HMS-handlingsplan

Dataene fra sistnevnte legges til grunn ved den klinikkvise rapporteringen senere i rapporten.

Lav gjennomføringsgrad av HMS-runde/HMS-handlingsplan har medført at antall gjennomførte tiltak som skulle gi arbeidsmiljøforbedring ble tilsvarende redusert i 2014.

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

2014	2013
Renhold	Renhold
Arbeidsbelastning	Arbeidsbelastning
Smittorisiko	Inneklima
Plassforhold	Plassforhold
Inneklima	Smittorisiko
Egnethet	Støy

Arbeidsmiljøavdelingen konstaterer at enhetene vurderer at 5 av 6 hovedutfordringer på arbeidsmiljøområdet i 2014 er de samme som i 2013. Sannsynligvis er dette i hovedsak et uttrykk for at ting tar tid, og at gjennomføringen av tiltak ligger langt etter plan. Sistnevnte gjelder særlig bygningsmessige tiltak. Tiltak som krever omdisponeringer av ressurser/aktiviteter eller investeringsmidler tar ofte år.

Totalt er det pr. 13.04.15 registrert 410 HMS-handlingsplaner i eHMS med 4.828 tiltak.

Altså ca. 12 tiltak i gjennomsnitt pr. handlingsplan hvorav:

- 25 % er gjennomført
- 34 % i arbeid
- 41 % ikke påbegynt

Antall tiltak i eHMS i 2014 – 10 på topp:

- Arbeidslokaler / fellesarealer (568)
- Faglig utvikling (316)
- Forbedringer (269)
- Inneklima (257)
- Arbeidsbelastning (218)
- Ergonomi (211)
- Verdier (205)
- Sosialt samspill (208)
- Brannvern (152)
- Kjemikalier (143)

Arbeidsmiljøavdelingen tilbyr undervisning innenfor alle arbeidsmiljøområder, og av ulik lengde. Ca. 20 % av Arbeidsmiljøavdelingens fagtid brukes til undervisning. De fleste kurs er åpne for alle interesserte, og noen tilbys primært ledere og vernetjeneste.

I 2014 ble følgende sentrale OUS-kurs arrangert:

- 4 HMS-grunnkurs (4 dager + 2 mellomoppgaver)
- 4 HMS-lederkurs (2 dager + mellomoppgave)
- 2 Grunnopplæring for nye medlemmer av arbeidsmiljøutvalg (2 halve dager)
- 6 Forflytningskurs
- 1 Samtale som verktøy
- 1 LØFT - Løsningsfokuset kommunikasjon
- 3 Sikkerhetskurs for laboratoriepersonell
- 1 Konflikthåndtering
- 2 Tilrettelagt arbeid - hvor går grensene for arbeidsgivers tilretteleggingsplikt?
- 2 Ergonomiveilederkurs
- 2 Innføring i stoffkartoteket ECOonline.
- 2 Inkluderende arbeidsliv i praksis
- 1 HMS i byggesaker

Kursdeltakernes evalueringer er meget gode – i 2014 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:

- 10 HMS-avviksbehandling
- 4 AKAN (kurs/seminar for ledere, verneombud og tillitsvalgte i klinikker, i samarbeid med AKAN-hovedkontakt)
- 1 Tilrettelagt arbeid - hvor går grensene for arbeidsgivers tilretteleggingsplikt?
- 15 Innføring i bruk av elektronisk stoffkartotek
- 1 HMS ved ombygging (seminar for vernetjenesten i OUS)
- 1 Støy og støydemping (vernetjenesten i AKU)
- Stressmestring, Arbeidsglede, Å spille hverandre gode, Kulturbygging, Samarbeid og kommunikasjon, Godt arbeidsmiljø, "Positiv energi", Kommunikasjonskultur.
- Ca. 15 LØFT-orienterte utviklingsprosesser i grupper med varierende størrelse.
- Ergonomiopplæring i bruk av utstyr og arbeidsteknikk for kontor, kjøkken, renhold og laboratorier
- Tilpasset forflytningsundervisning for luftambulansen, ambulanselæringer, operasjons- og intensivavdelinger

Pålegg fra Arbeidstilsynet

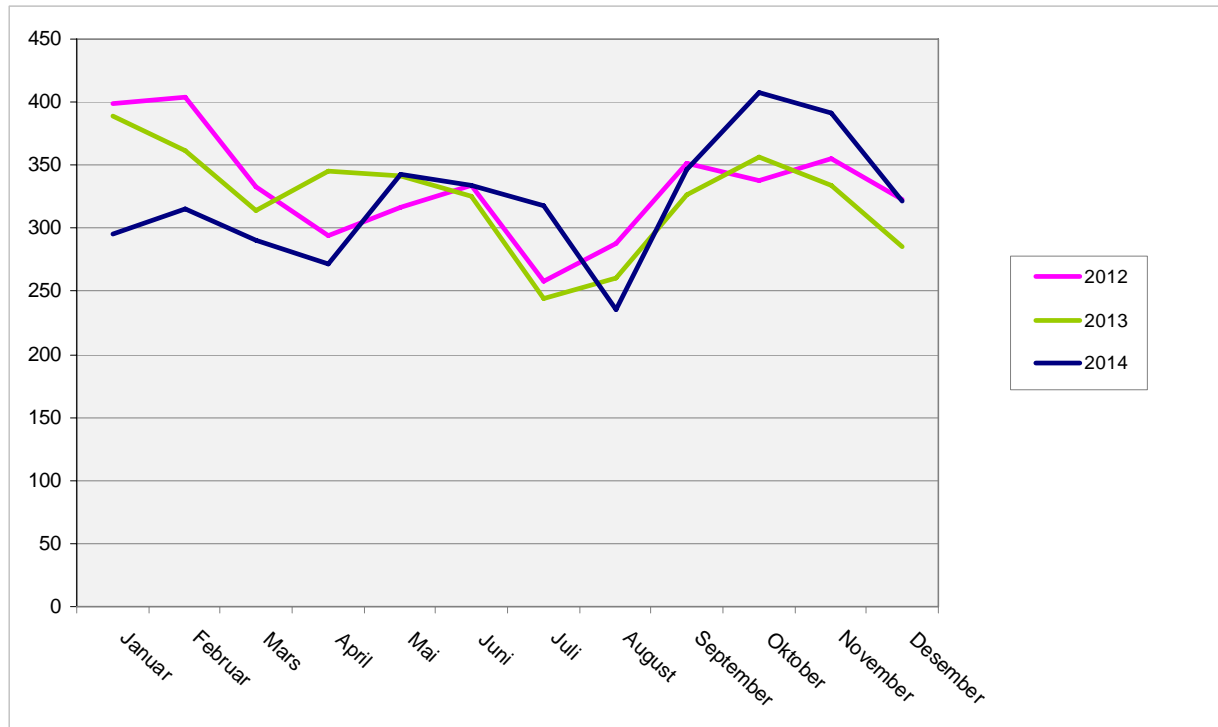
OUS har flere aktive pålegg fra Arbeidstilsynet. Dette gjelder:

- Vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler - frist mars 2015 (det vil bli søkt om forlengelse av fristen)
- Utbedring av ventilasjonsforhold – frist desember 2017
- Kjemikaliesikkerhet Renhold – frist mars 2015 – pålegg oppfylt

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

2. HMS-avvik

Registrerte HMS-avvik



Skriftlig avviksbehandling sikrer at arbeidsmiljøproblematikk settes på dagsorden for analyse og prioritering av forbedringstiltak. I 2014 ble det meldt 3.870 HMS-avvik sammenliknet med 3.882 i 2013.

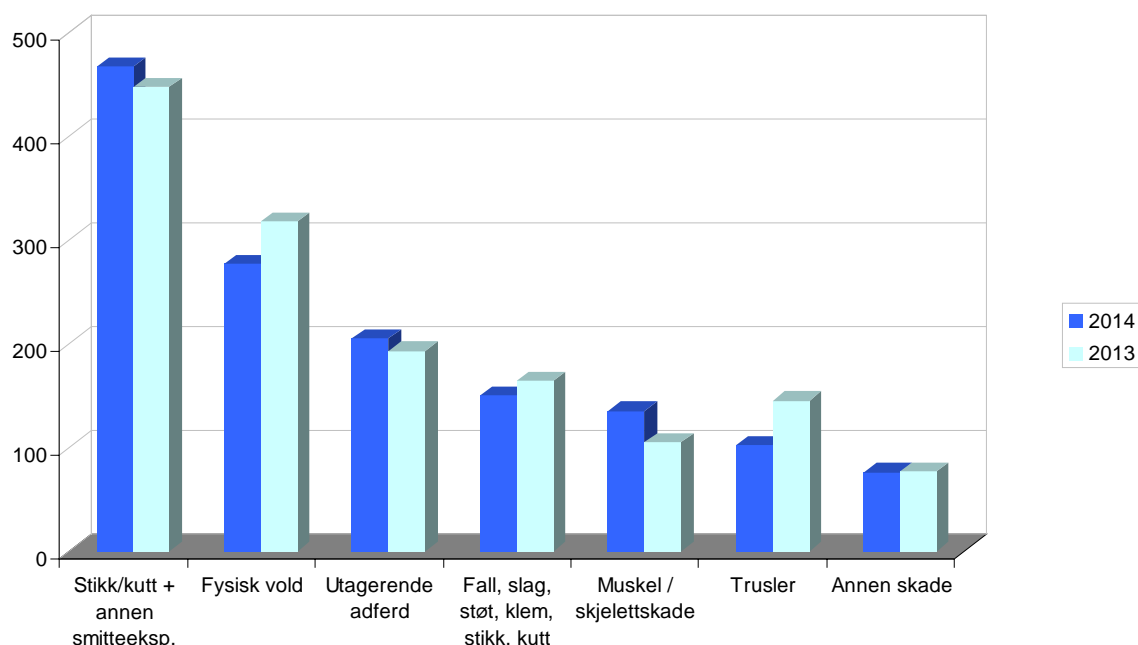
Arbeidsmiljøavdelingen vurderer at det fortsatt er noe underrapportering av HMS-avvik. Årsakene til dette kan være at det i varierende grad:

- 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. inneklimate 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 2014 stod flere alvorlige avvik fortsatt åpne / ubehandlet selv om de var blitt meldt tidlig på året.

De hyppigst meldte HMS-avvikene

Skade på ansatt



I 2014 ble det meldt 1.412 avvik i hovedgruppen "Skader på ansatte" mot 1.449 i 2013.

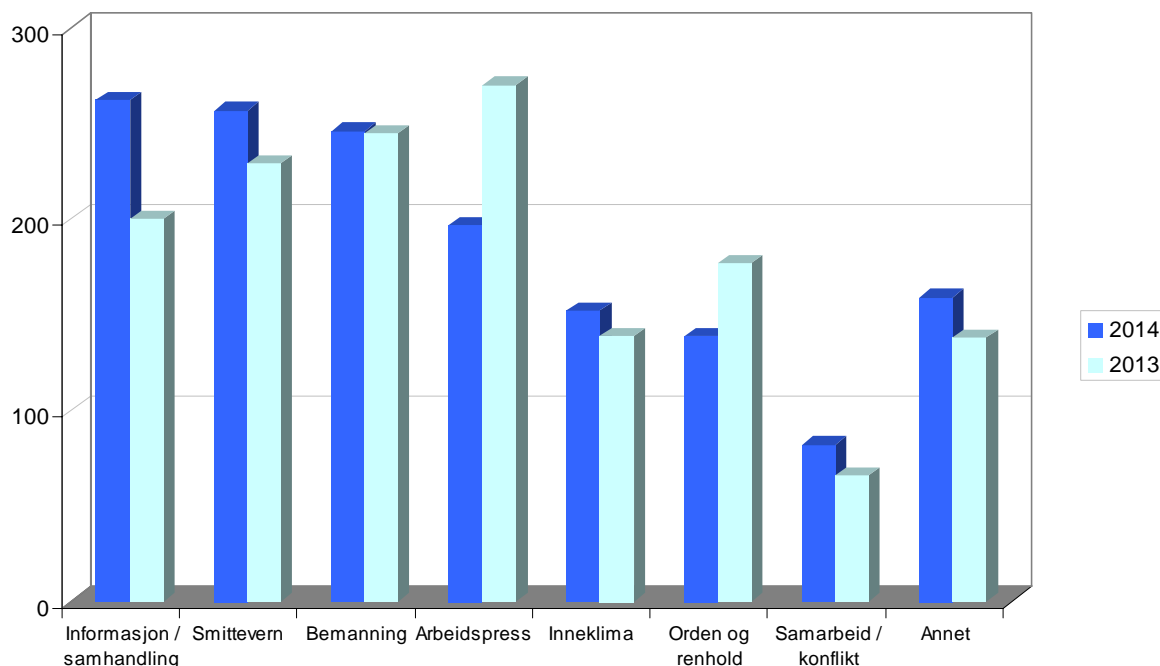
Den største avviksgruppen var "Stikk / kuttskader" + "Annen smitte-eksponering" med 467 avvik. Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse, høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger.

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

Fysisk vold / trusler / 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. Det er noe nedgang i disse avvikene i 2014 sammenliknet med 2013. Det er usikkert hvorfor.

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

Arbeidsmiljø



I 2014 ble det meldt 1.494 avvik i hovedgruppen ”Arbeidsmiljø” mot 1.464 i 2013.

Den største avviksgruppen i 2014 er ”Informasjon/samhandling” med 262 avvik, 31 % mer enn i 2013. Oppgangen skyldes problemer ved innføringen av DIPS. Eksempler på avvikstitler er: Ikke svar i telefontiden, lang svartid på telefonen, mangler tilgang til DIPS, dårlig kommunikasjon, ikke informert om smitte, samtidighetskonflikt.

Nest største avviksgruppe er ”Smittevern” med 257 avvik – en økning på 12 % fra 2013. Eksempler på avvikstitler er: Ukjent smittevernprosedyre, prosedyre ikke fulgt, urene instrumenter, dårlig merking av smitte, mangelfullt smitteregime, manglende informasjon om smitte, ikke smittevasket.

Tredje største avviksgruppe er ”Bemanning” med 246 avvik – omtrent det samme som i 2013. Eksempler på avvikstitler er: Bemanning helg, personellmangel, manglende kompetanse, mangel på ressurser, samtidighetskonflikt på legesiden, for få ansatte på vakt, høy arbeidsbelastning, overtid.

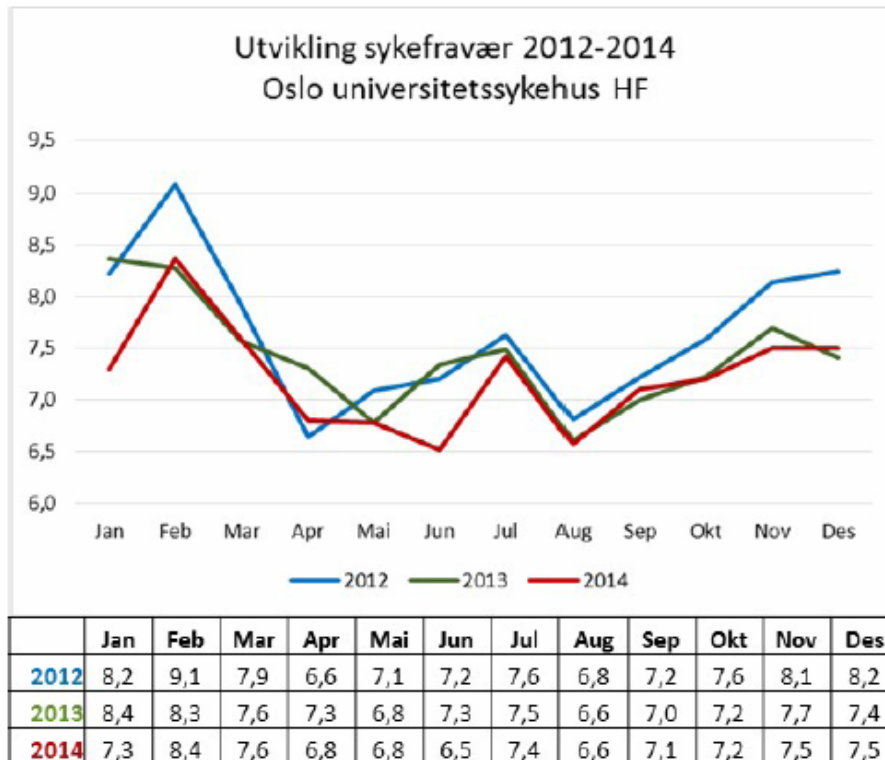
I ”Annet” inngår: Dagslys og belysning, ergonomi, kjemikalier, ledelse, omstilling, plassforhold, støy, bygninger med tilhørende tekniske anlegg, brann, utstyr og inventar, avfall, ytre miljø og annet HMS.

3. Inkluderende arbeidsliv / sykefravær

Inkluderende arbeidsliv inngår som en integrert del i det systematiske HMS-arbeidet, og hvor det forebyggende aspektet er viktig. OUS har undertegnet ny IA avtale som gjelder fra 04.03.14 - 04.03.18. Hovedmålene fra den opprinnelige IA avtalen er beholdt, men kravene til oppfølging og dokumentasjon er redusert, og sanksjonsordninger mot arbeidsgivere og sykmeldere er fjernet.

Akkumulert fravær for 2014 er 7,16 % noe som er en reduksjon fra 2013 hvor fraværet var 7,4 %. Det har vært en reduksjon i både korttidsfravær og langtidsfravær. Korttidsfraværet var 2,4 % omtrent likt fordelt på egenmeldt fravær og legemeldt fravær. Langtidsfraværet var på 4,7 %, og hvor fravær >56 dager står for mesteparten, nemlig 3,4 %.

Til sammenlikning er SSBs tall for sykefravær i Helse- og sosialsektoren for 2. kvartal 2014 8,7 % (lege- og egenmeldt), noe som er en liten nedgang fra 2013. OUS sin nedgang gjenspeiler således en liten generell reduksjon i sykefraværet i Helse- og sosialsektoren.



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

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. OUS har fra oktober 2014 re-implementert prosedyren "Arbeidsgivers ivaretagelse av arbeidstaker med redusert arbeidsevne". Her gis leder god veiledning for kvalitetssikring av fremgangsmåte. Hovedregelen ved utprøving av funksjonsevne er som nevnt at avgivende avdeling er ansvarlig for lønnskostnadene i utprøvsperioden. Ved prøveansettelse er vanligvis mottagende avdeling ansvarlig for lønnskostnadene.

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 samarbeid 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 sitt ønske om at sykefraværsdokumenter skal sendes elektronisk via nettsiden "Altinn". Skjemaer som etterspørres av NAV må sendes pr. post. Helse Sør-Øst arbeider med å finne løsninger på dette.

4. Arbeidsmiljøstatus i klinikkene

Datagrunnlaget er innhentet fra klinikkene og fra verneområdene. Verneområdene bruker eHMS (elektronisk registreringsverktøy) som dokumentasjonsverktøy. Pga. den tidligere nevnte lave gjennomføringsgraden på HMS-runder og HMS-handlingsplaner ved årsskiftet, er data fra perioden januar – april 2015 tatt med. Dataene er bearbeidet, og sett opp mot Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurderinger.

Det brukes en firedelt skala i oppsummeringene:

Grønt	= Ingen helserisiko	= Tiltak er vanligvis ikke nødvendig
Gult	= Mulig helserisiko	= Tiltak må vurderes
Oransje	= Sannsynlig helserisiko	= Tiltak bør iverksettes
Rødt	= Sikker helserisiko	= Tiltak skal iverksettes

Oppsummert er Arbeidsmiljøavdelingens vurdering at arbeidsmiljørisikoen er omtrent den samme i 2014 som i 2013 = gult, mens systematisk HMS-arbeid har forverret seg fra gult/grønt til oransje. Pga. svikt i systematikken har risikoen totalt sett økt litt - fra 0,93 (gult) i 2013 til 1,03 (gult) i 2014.



	Syst. HMS-arbeid	HMS-avvik	Plass-forhold	Inne-klima	Kjemi-kalier	Ergo-nomi	Om-stilling	Arbeids-belast-ning	Arbeids- glede	IA	Ansatt-sikker- het
PHA	-										
MED	-								+		
KKN	-										
KVB	-										
KKT	-										
HLK	-										
AKU	-						+				
KDI	-			+							
OSS	-				-						
STA	-										

+ = bedre enn i 2013

- = forverring fra 2013

alle andre = uendret fra 2013

Utviklingen i status fordeler seg med:

	Bedring +	Ingen endring	Forverring -
Endring fra 2013 til 2014	3 (3 %)	97 (88 %)	11 (10 %)
Endring fra 2012 til 2013	19 (17 %)	88 (80 %)	3 (3 %)

Best arbeidsmiljøstatus er det innen:

- Arbeidsglede (vurdert grønt/gult – uendret fra 2013)
- IA (vurdert grønt/gult – uendret fra 2013)

De største arbeidsmiljøutfordringene er det innen:

- Systematisk HMS-arbeid (vurdert oransje – en forverring fra gult/grønt i 2013)
- Plassforhold (vurdert oransje/gult – uendret fra 2013)
- Arbeidsbelastning (vurdert oransje/gult – uendret fra 2013)

Hver klinikk sin oppsummering inneholder:

- 2. kolonne: Klinikkenes egen vurdering av arbeidsmiljøstatus – hentet fra klinikkenes oppsummeringsskjema (vurdert i grønt/gult/oransje/rødt)
- 3. kolonne: Tallmessig oppsummering av risikovurderinger foretatt ved HMS-rundene i klinikkenes 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**
- 4. og 5. kolonne: Arbeidsmiljøavdelingens faglige vurdering av arbeidsmiljøstatus (vurdert i grønt/gult/oransje/rødt)
 - 2013
 - 2014
- 6. kolonne: Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer
- 7. kolonne: Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak

Klinikk psykisk helse og avhengighet

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 93 % Gul: 7 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)			<p><u>Tall fra eHMS pr. 31.12.2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 20 av 89 verneområder har gjennomført HMS-runde • 4 verneområder/ledergrupper har oppdatert HMS-handlingsplanen. • Få HMS-handlingsplaner = få gjennomførte HMS-tiltak i 2014. • Spørreundersøkelsen i MU ble ikke gjennomført i 2014. Gruppesamtaler og tiltak i HMS-handlingsplanen skulle gjennomføres innen 1.2. 2015 • Totalt 180 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 12 % fullført, 36 % i arbeid og 52 % ikke påbegynt. <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 15 har gjennomført. 7 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 95 siden 2010). • Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 2 ledere har gjennomført. 4 som startet på kurs i 2013-14 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 44 siden 2010 + 30 før 2010). <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u> Klinikk-AMU har hatt 6 møter. Det har fortsatt vært fokus på avvik, og klinikken har fått til en endring i avvikrapportering slik at det blir enklere å følge opp avvik.</p>	<p>Satse mer på det systematiske HMS-arbeidet med HMS-runder, oppfølging av MU, utarbeidelse av HMS-handlingsplaner, og ikke minst gjennomføring av tiltak.</p> <p>Arbeidsmiljøprisen ble ikke annonsert/ utdelt i 2014, anbefaler at dette gjøres i 2015 - viktig å inspirere enhetene til å ha fokus på arbeidsmiljøarbeid.</p> <p>Fokus på oppfølging av det Klinikk-AMU's arbeidsgrupper har foreslått av tiltak for 2015.</p> <p>Handlingsplan for 2015 bør følges opp bedre enn det som ble gjort for 2014.</p> <p>Fortsatt ha fokus på oppfølging av avvik, både ifra klinikkledelse (HR), avdelingsledelse og klinikk-VO.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
					Klinikk-AMU har ønsket å fokusere særskilt på forbedringsarbeid knyttet til arbeidsmiljø i klinikken. Det ble derfor nedsatt 3 arbeidsgrupper som har hatt fokus på følgende områder: «Reduksjon av sykefravær/styrket tilstedeværelse», «HMS-avvik: utvikle opplæringspakke - hvordan arbeide systematisk med avvik i klinikken» og «Målarbeid-styrket medarbeiderskap»	
HMS-avvik		Grønn: 88 % Gul: 12 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)			<p><u>Tall fra Achilles for 2014:</u> 984 avvik, hvorav 576 i gruppen Skade på ansatt og 138 i Arbeidsmiljø (Tall for 2013: 987-567-157; Tall for 2012: 1142-757-187)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tilnærmet samme antall (3 færre) HMS-avvik i 2014 som 2013, mot 14 % (155) færre avvik i 2013 enn 2012 De største avviksgruppene er: Fysisk vold (219), Utagerende atferd (180), Brudd på sikkerhetsrutiner (136), Trusler (85), Bemanning (38), Informasjon/samhandling (28). <p><u>Meldekultur:</u> Fortsatt ulik meldekultur og rutiner/praksis for oppfølging av avvik i enhetene og av ledere.</p> <p>Klinikk-AMU har også i 2014 hatt fokus på avvik og arbeidsgruppen har vært ute i avdelinger for å lære opp i avvikshåndtering. Det er utviklet bedre rapporterings-muligheter og kategorisering av avvik.</p> <p>Det er fortsatt behov for bevisstgjøring rundt oppfølging av ansatte etter utagering/vold og å unngå voldsepisoder.</p>	<p>Følge opp det arbeidet Klinikk-AMU's arbeidsgruppe har startet med ifht opplæring og rapportering i Klinikk-AMU.</p> <p>Videreutvikle den rapporteringen som Klinikk-AMU startet med høsten 2014.</p> <p>Satse mer på å følge opp og iverksette tiltak ved potensielt alvorlige HMS-avvik. Dette for å forebygge reelt alvorlige hendelser.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Plassforhold		Grønn: 55 % Gul: 30 % Oransje: 10 % Rød: 5 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Flere flytte- og byggeprosesser planlegges i klinikken. Nybygging av leide lokaler i Mortensrud prosjektet hvor 6 adresser flytter sammen. Planlagt ferdigstilling 01.05.15	Klinikk-AMU må fastslå hvordan og når byggesaker skal behandles. Benytte bistand fra Arbeidsmiljøavdelingen ved flytting til nye lokaler.
Inneklima		Grønn: 59 % Gul: 33 % Oransje: 7 % Rød: 1 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Fortsatt mange gamle bygninger med dårlig inneklima, høy temperatur om sommeren, fukt- og sopp problemer. Manglende ventilasjon på medisinerom. Behov for hovedrengjøring.	Bedring av bygningsmassen, som inkluderer etablering/oppgradering av ventilasjonsanlegg. Umiddelbare fuktsanerings tiltak når fuktskader oppstår. Rutinemessig hovedrengjøring.
Kjemikalier		Grønn: 95 % Gul: 5 % Oransje: 2 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Lite forbruk av farlige kjemikalier. Har hovedsaklig renholds- og desinfeksjonsmidler. Det finnes gamle kjemikalier som ikke er avhendet.	Fortsette å vedlikeholde stoffkartoteket. Kartlegge hvor det finnes gamle kjemikalier og avhende de i tråd med OUS sine retningslinjer.
Ergonomi		Grønn: 87 % Gul: 12 % Oransje: 1 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Økt bevissthet om ergonomisk tilrettelegging ifht kontorarbeidsplasser. Anskaffelse av oppdatert utstyr er gjennomført flere steder. Fortsatt behov for og forespørsler etter individuell tilpasning av kontorutstyr. Klinikken har ingen forflytningsveiledere eller "Ergonomiveiledere".	Bruke oppdaterte veiledninger i eHåndboken. Vurdere opplæring av ergonomiveiledere for å øke kunnskap om arbeidsbelastninger og forebygging av muskel-skjelettplager. Benytte tilbud om demo og utprøving av kontorutstyr i Arbeidsmiljøavdelingens lokaler.
Omstilling		Grønn: 79 % Gul: 17 % Oransje: 3 % Rød: 0 % (noe bedring)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Omstillingsprosesser oppleves til dels som mangelfulle ifht informasjon og medvirkning. Det er foreslått at det lages en rutine for hvordan det skal håndteres. Klinikken står fortsatt overfor nye omstillinger i 2015, og det blir viktig å få til gode prosesser.	Sørge for involvering av ansatte, være lydhør overfor deres innspill og bygge tillit. Følge med på de faglige og sosiale konsekvensene av omorganiseringen. Holde oppmerksomheten på kulturbygging innenfor nye rammer. Søke bistand fra ressurspersoner i dette arbeidet.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
					BUP syd og DPS Syd og ruspoliklinikk flytter inn i nye lokaler. RUS akutenhet er foreslått flyttet til annet bygg på Aker.	Vurdere om det fortsatt er mulig å hente ut synergier i sammenslåtte miljøer. Løfte blikket – hva er vyene? Lære av de gode prosessene.
Arbeidsbelastning		Grønn: 64 % Gul: 30 % Oransje: 6 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Klinikken hadde 3.716 brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2014. 42 avvik på arbeidspress/bemanning viser at det oppleves noen utfordringer knyttet til bemanning, informasjon/samhandling og samarbeid.	Legge til rette for aktiv medvirkning i avgjørelser og mulighet for å påvirke egen arbeidssituasjon. Ha fokus på håndtering av avvik og gjennomføring av tiltak.
Arbeidsglede		Grønn: 73 % Gul: 20 % Oransje: 7 % Rød: 0 % (noe bedring)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Det er ulik oppfatning av muligheter for medvirkning, og gehør for innspill.	Støtte opp om ansattes opplevelse av medvirkning. Involvere ansatte i å definere tiltak i enheter hvor engasjement og motivasjon bør styrkes.
IA		Grønn: 98 % Gul: 2 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Sykefraværet i 2014 var 7,6 %, omtrent det samme som i fjor. Det er nest høyeste av klinikkene i OUS. PHA har andre utfordringer enn de andre klinikkene ifht ulike yrkesgruppers sykefravær. Fordelingen mellom korttidsfravær og langtidsfravær er også omtrent uendret (2,7 % og 4,9 %). Arbeidsgruppen som har arbeidet med sykefravær/nærværsfaktorer har lagt frem sitt forslag til tiltak på 1. møte i Klinikk-AMU 2015.	Følge opp og implementere forslag fra arbeidsgruppen. Saken følges opp jevnlig i Klinikk-AMU. Fortsatt fokus på lederes oppfølging av sykemeldte, både korttids- og langtidsfravær.
Skade på ansatt Ansattssikkerhet		Grønn: 60 % Gul: 30 % Oransje: 8 % Rød: 3 % (som sist)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Det er meldt 576 avviksmeldinger om skade på ansatt, omtrent det samme som i 2013. 220 av disse dreier seg om fysisk vold, 180 utagerende atferd og 86 tilfeller av trusler. Det er 8 avvik med betydelig reell skadekonsekvens. Det dreier seg om muskel-/skjelett skader og skader etter fysisk vold.	Opplæring i "Forebygging og mestring av aggresjon" hvor alle ansatte får opplæring. Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig.

Medisinsk klinikk

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 91 % Gul: 7 % Oransje: 1 % Rød: 1 % (som sist)			<p><u>Tall fra eHMS pr. 31.12.2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 6 av 40 verneområder har gjennomført HMS-runde 3 verneområder/ledergrupper har oppdatert HMS-handlingsplanen. Få HMS-handlingsplaner = få gjennomførte HMS-tiltak i 2014. Spørreundersøkelsen i MU ble ikke gjennomført i 2014. Gruppesamtaler og tiltak i HMS-handlingsplanen skulle gjennomføres innen 1.2. 2015 Totalt 45 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 24 % fullført, 27 % i arbeid og 49 % ikke påbegynt. <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 7 har gjennomført. 1 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 46 siden 2010). Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 0 ledere har gjennomført. 0 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 47 siden 2010 + 25 før 2010). <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u></p> <p>Det har vært fokusert på forbedringsarbeid, kulturbygging og holdninger innen klinikken. Tross mange utfordringer knyttet til f. eks. arealer, omstillinger, pasientoverbelegg og logistikk, har KAMU jobbet løsningsorientert, og funnet håndterbare måter å takle utfordringene på under hensyn til både drift og arbeidsmiljø.</p>	<p>Satse mer på det systematiske HMS-arbeidet med HMS-runder, oppfølging av MU, utarbeidelse av HMS-handlingsplaner, og ikke minst gjennomføring av tiltak.</p> <p>Sørge for at ledere gjennomfører obligatorisk HMS-lederopplæring.</p> <p>Sørge for at HMS-saker følges opp regelmessig i avdelingsmøter.</p> <p>Jobbe aktivt for et godt samarbeid mellom ledere og VO på avdelingsnivå.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
					Det har vært arbeidet godt og systematisk med kvalitet og dokumentasjon i arbeidsmiljøarbeidet.	
HMS-avvik		Grønn: 79 % Gul: 18 % Oransje: 2 % Rød: 0 % (som sist)			<p><u>Tall fra Achilles for 2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 236 avvik, hvorav 112 i gruppen Skade på ansatt og 93 i Arbeidsmiljø (Tall for 2013: 205-108-67; Tall for 2012: 249-82-99) Tilnærmet samme antall (13 flere) HMS-avvik i 2014 som 2013, mot 18 % (44) færre avvik i 2013 enn 2012. De største avviksgruppene er: Stikk/kutt med smitterisiko 48, Fysisk vold (23), Smittevern 23, Bemanning 22, Arbeidspress 17. <p>Det var også i 2014 mange brudd på arbeidstidbestemmelsene.</p> <p><u>Meldekultur:</u> I likhet med 2013 erfarer vi at det også i 2014 er ulik meldekultur og rutiner/praksis for oppfølging av avvik i enhetene. og ulike rutiner og praksis for oppfølging av avvik fra ledernes side.</p> <p>HMS-avvik følges systematisk opp av kvalitetsrådgiver, og avd.leder, samt vies stor oppmerksomhet i KAMU-møtene.</p>	Fortsette å ha meldekultur og avvik som viktig tema i KAMU. Selv om HMS-avvik vies stor oppmerksomhet i KAMU-møtene, bør det fortsatt jobbes med konkrete forbyggende tiltak i den enkelte enhet. Satse mer på å følge opp og iverksette tiltak ved potensielt alvorlige HMS-avvik. Dette for å forebygge reelt alvorlige hendelser.
Plassforhold		Grønn: 48 % Gul: 53 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (noe bedring)	Sannsynlig helserisiko	Sannsynlig helserisiko	Ombygging, rehabilitering og flyttinger er fortsatt krevende prosesser. Tilgang på rokadearealer i OUS har nådd et kritisk punkt. Det er planlagt et modulbygg i 2016 som skal avhjelpe dette. MED- stab skal inn i bygg 18, 3. etg. Endring av arbeidsstruktur ved bruk av felleskontorer til forskjell fra enkeltkontorer har gitt utfordringer.	Behandle og risikovurdere byggeplaner i Klinikk-AMU. Bruke oppdatert prosedyre om "Bruk av kontorarealer".

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Inneklima		Grønn: 64 % Gul: 29 % Oransje: 6 % Rød: 1 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Renholdet oppleves en del steder som mangelfullt, og kan bidra til dårlig inneklima. Noen steder er det dårlig ventilasjon, og også trekk fra vinduer. Noe rehabilitering av Bygg 3 gjenstår. Vannskader i bygningsmasse på Aker og Ullevål. Sannsynlig underreportering av HMS- avvik knyttet til inneklima, bare meldt 2 avvik.	Tiltak knyttet til renhold kan hjelpe en del på luftkvaliteten. Få til en god dialog med renhold. Ansvarliggjøre ansatte for å bidra til godt renhold ved gode rydderutiner som en del av jobben. Vurdere å bestille hovedrengjøring minst årlig der det er behov. Få en bedre meldekultur. Det vil synliggjøre problematikken bedre.
Kjemikalier		Grønn: 97 % Gul: 3 % Oransje: 1 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Har noen laboratorier der det finnes fosterskadelige og kreftfremkallende stoffer. Svært liten eller ingen aktivitet i stoffkartoteket, og flere avdelinger mangler registreringer.	Vedlikeholde stoffkartoteket og utføre risiko- og substusjonsvurderinger av de farligste stoffene. Opprette eksponeringsregister i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen.
Ergonomi		Grønn: 75 % Gul: 20 % Oransje: 3 % Rød: 2 % (fra gult til grønt)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Antall forflytningsveiledere = 14 (97 i OUS). En veileder nyutdannet i år. Hensiktsmessig forflytningsutstyr er anskaffet i flere avdelinger. Klinikken har ingen "Ergonomiveiledere" (43 i OUS). Høyt arbeidstempo kan redusere muligheten for å velge anbefalte ergonomiske løsninger, og gi risiko for økt fysisk belastning. OUS har investeringsplan for innkjøp og utskifting av senger.	Oppfølging av forflytningsarbeidet i avdelingene. Fortløpende vurdere behovet for veiledere. Gi dem mulighet for deltagelse på kursdag 4, Workshop for OUS Forflytningsveiledere. Opplæring av ergonomiveiledere for å øke kunnskap om arbeidsbelastninger og forebygge muskel-skjelettplager. Benytte tilbud om demo og utprøving av kontorutstyr i Arbeidsmiljøavdelingens lokaler.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Omstilling		Grønn: 83 % Gul: 17 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Klinikken har kontinuerlig fokus på prosesser for endring og omstilling. Klinikken har gjennom året satset på kulturbygging i form av faglunsjer, fagdager, avdelings- og lederseminar, samt samling for verneombud.	Leanprosessene gir anledning til aktiv medvirkning i forbedringsarbeid. Fremheve vellykkede grep og smidigere samarbeid underveis. Disse er viktige organisasjonsutviklingstiltak, som kan frembringe løsninger på krevende utfordringer, og som samtidig er med på å bedre arbeidsmiljøet.
Arbeidsbelastning		Grønn: 50 % Gul: 36 % Oransje: 14 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Klinikken hadde 2.698 brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2014. Avvikssystemet viser noe opplevd belastning knyttet til bemanning (22) og arbeidspress (17).	Øke interessen for oppfølging av avvik for å avdekke potensielle belastningsområder. Opprettholde god planlegging og ha kontinuerlig oversikt over fordeling av ressurser. Fortsette å utnytte ressurser i bemanningsenheten til å styrke avdelinger med tunge og krevende pasienter.
Arbeidsglede		Grønn: 92 % Gul: 8 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (noe bedring)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Engasjerende arbeidsoppgaver virker motiverende.	Verdsette faglig engasjement ved å legge til rette for aktiv medvirkning. Ivareta mestringsfølelse og tilhørighet med både faglige og sosiale midler – deling av kunnskap, interne kurs, fagseminarer, samlinger.
IA		Grønn: 89 % Gul: 5 % Oransje: 5 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Sykefraværet i 2014 var 7,2 %, en økning fra 2013 hvor det var 6,5 %. Det var nedgang 1. halvår, for så å stige igjen i 2. halvår. Fordelingen mellom kort- og langtidsfravær var 2,4 % og 4,8 %.	Jobbe forebyggende med sykefravær på bred front, spesielt i avdelinger der fraværet er høyt. Ha fortsatt fokus på å opprettholde rutiner for systematisk oppfølging av sykefravær.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Skade på ansatt Ansattssikkerhet		Grønn: 83 % Gul: 17 % Oransje: 4 % Rød: 0 % (fra gul til grønn)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Det er meldt 112 skader på ansatte i 2014, men ingen med alvorlig reell konsekvens. Stikk-/kuttskader med potensiell smitterisiko utgjør nesten halvparten av disse skadene.</p> <p>Det er et økende problem at fysisk, utagerende pasienter (rusrelaterte, demente) utgjør en skade-risiko for ansatte.</p> <p>Se under HMS-avvik.</p>	<p>Fortsette undervisning om takling av utagerende pasienter. Gjøre vurdering av bemanningsressurser ved denne type pasienter.</p> <p>Gjøre vurdering av blodsmitterisiko ved stikkskader. Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig.</p>

Klinikk for kirurgi og nevrofag

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 89 % Gul: 11 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)			<p><u>Tall fra eHMS pr. 31.12.2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 14 av 59 verneområder har gjennomført HMS-runde 5 verneområder/ledergrupper har oppdatert HMS-handlingsplanen. Få HMS-handlingsplaner = få gjennomførte HMS-tiltak i 2014. Spørreundersøkelsen i MU ble ikke gjennomført i 2014. Gruppesamtaler og tiltak i HMS-handlingsplanen skulle gjennomføres innen 01.02.15 Totalt 120 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 16 % fullført, 45 % i arbeid og 39 % ikke påbegynt. <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 17 har gjennomført. 2 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 70 siden 2010). Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 7 ledere har gjennomført. 6 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 58 siden 2010 + 27 før 2010). <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u></p> <p>Fortsetter å være velorganisert, med aktive og engasjerte deltakere. AU er initiativrikt, og forbereder sakene godt, noe som letter arbeidet. KAMU preges av åpenhet og gode, konstruktive diskusjoner. Mange aktuelle og relevante saker.</p> <p>De mange gruppemøtene til erstatning for MU har vært vellykkete, og bidratt til stort engasjement i arbeidsmiljøarbeidet.</p>	<p>Satse mer på det systematiske HMS-arbeidet med HMS-runder, oppfølging av MU, utarbeidelse av HMS-handlingsplaner, og ikke minst gjennomføring av tiltak.</p> <p>Mye går fremover, fra år til år, og flere ledere ser betydningen av å arbeide strukturert med HMS-arbeidet. Det er likevel fortsatt noen avdelinger hvor HMS-arbeidet er lite prioritert, og det er viktig å ha oppmerksomhet her.</p> <p>Fortsatt synliggjøre vernetjenestens arbeid både sentralt og lokalt for å styrke samarbeid mellom ledere og VO og vedlikeholde fokus på arbeidsmiljøet.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
					<u>Andre forhold</u> KVO har vist stor iver etter å gi støtte/veiledning og utdanning av VO i arbeidsmiljøarbeide. Dette er viktig for kvaliteten på dette arbeidet i klinikken. AKAN-arbeidet er systematisk og godt forankret i klinikkledelsen.	
HMS-avvik		Grønn: 78 % Gul: 22 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)			<u>Tall fra Achilles for 2014:</u> <ul style="list-style-type: none"> 375 avvik, hvorav 134 i gruppen Skade på ansatt og 204 i gruppen Arbeidsmiljø (Tall for 2013: 360-135-162; Tall for 2012: 316-141-143) Tilnærmet samme antall (15 flere) HMS-avvik i 2014 som 2013, mot 14 % (44) flere avvik i 2013 enn 2012 De største avviksgruppene er: Stikk/kutt med smitterisiko 75, Informasjon/samhandling 41, Smittevern 41, Inneklima 31, Bemanning 23, Muskel-Skjelettskade 17, Arbeidspress 16, Fall/slag/støt/klem/stikk/kutt 16. <u>Meldekultur:</u> Vi erfarer at det i noen grad i 2014 er ulik meldekultur og rutiner/praksis for oppfølging av avvik i enhetene, og ulike rutiner og praksis for oppfølging av avvik fra ledernes side.	Fortsatt satse på og forbedre rapporteringskultur. Ledere bør oppfordre til at flere avvik rapporteres. Synliggjøre hvordan avvikssaker skal håndteres, og at avviksarbeidet bringer forbedringer. Satse mer på å følge opp og iverksette tiltak ved potensielt alvorlige HMS-avvik. Dette for å forebygge reelt alvorlige hendelser.
					<u>Klinikk-AMUs behandling og oppfølging:</u> 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.	

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Plassforhold		Grønn: 30 % Gul: 45 % Oransje: 15 % Rød: 9 % (fra gul til oransje)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	<p>Ombygging, rehabilitering og flyttinger er fortsatt krevende prosesser. Det arbeides med fordeling av areal i klinikk, og mellom klinikker. Press på kontorareal og lagerplass med økende fortetting. Arbeidslokalene er flere steder ikke dimensjonert, innrettet og tilpasset arbeidets art, arbeidsutstyret og den enkelte arbeidstaker.</p> <p>Det er planlagt en klinikkstabrokade for å frigjøre pasientnære arealer til klinisk personell. KKN staben skal inn i bygg 18, 2. etg.</p> <p>Etablering av AMD poliklinikken Øye, bygg 36 Ullevål. Pågående prosjekt med ombygging av skiftestuer, ekspedisjonsområde og kontorer i 4. etg.</p>	<p>Bruke oppdatert prosedyre om ”Bruk av kontorarealer”.</p> <p>Behandle og risikovurdere byggeplaner i Klinikk-AMU.</p>
Inneklima		Grønn: 54 % Gul: 35 % Oransje: 7 % Rød: 3 % (noe forverring)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>En del trekkfulle bygninger og områder der ventilasjonen ikke er dimensjonert for det økende antall ansatte/pasienter.</p> <p>Nødvendige medisinske funksjoner betjenes av stadig mer varmegivende utstyr. Dette skaper situasjoner der temperaturen er vanskelig holde nede.</p> <p>Renhold på flere steder oppleves mangelfullt, og ikke i samsvar med hygieniske krav. Dette har klinikken jobbet med i samarbeid med Renhold.</p>	<p>OUS har langsiktige planer om forbedring av ventilasjon.</p> <p>Ha god dialog med Renhold om kvaliteten på renhold og bruk av avvik for å få oversikt. Renholdsrutiner utover renhold av gulv som renholdsavdelingen utfører, bør etableres. Dette bør minimum inkludere årlig hovedrengjøring.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Kjemikalier		Grønn: 83 % Gul: 15 % Oransje: 2 % Rød: 1 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Har en del farlige kjemikalier som mangler risikovurdering. Noen stoffer krever eksponeringsregister. Enkelte preparatrom mangler kontroll av spesialventilasjon. En del lokalisasjoner mangler registreringer i stoffkartoteket. Det ble holdt 3 egne kurs i bruk av stoffkartoteket for klinikken.	Prioritere etablering av kjemikaliekontakter for registrering og risikovurdering i stoffkartoteket. Rutiner for preparatrom og håndtering av formalin i klinikken bør kartlegges og evt. oppdateres.
Ergonomi		Grønn: 65 % Gul: 31 % Oransje: 3 % Rød: 1 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Stor fysisk belastning ved forflytning av pasienter og tungt utstyr uten at det alltid finnes hjelpemidler eller mulighet for å bruke passende forflytningsteknikk. Antall forflytningsveiledere = 17 (97 i OUS) 2 nyutdannede veiledere i år. Klinikken har 2 ”Ergonomiveiledere”.	Følge opp forflytningsarbeidet i avdelingene. Fortløpende vurdere behov for veiledere. Gi dem mulighet for deltagelse på kursdag 4, Workshop for OUS Forflytningsveiledere. Opplæring av ergonomiveiledere for å øke kunnskap om arbeidsbelastninger og forebygging av muskel-skjelettplager. ARB har tilbud om Ergonomiveilederkurs for ansatte/VO. Benytte tilbud om demo og utprøving av kontorutstyr i Arbeidsmiljøavdelingens lokaler.
Omstilling		Grønn: 71 % Gul: 21 % Oransje: 7 % Rød: 0 % (som sist)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Kontinuerlig fokus på omstilling og effektivisering kan bli en stor belastning for ansatte, og hindre utviklingen av gode samspillsarenaer i og mellom enheter.	Viktig at ledere og fagpersoner ser utover eget område. Se til de avdelingene/seksjonene som lykkes bedre med endring og omstilling for å få innspill til videre utvikling.
Arbeidsbelastning		Grønn: 47 % Gul: 41 % Oransje: 12 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Klinikken hadde 4.264 brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2014. 20 % av HMS-avvikene er knyttet til bemanning og arbeidspress. Fysiske belastninger kan være uunngåelig på visse arbeidsteder, og noen enheter har utfordringer med å ha tilstrekkelig kompetanse tilgjengelig.	Kontinuerlig gjennomgang av rutiner. Søke etter forbedringspotensiale i fordeling av oppgaver, ansvar og planlegging. Finne bedre løsninger der hvor flaskehalsene og misforståelser oppstår. Viktig å ha arenaer der ansatte kan bidra med sin innsikt og erfaring.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Arbeidsglede		Grønn: 90 % Gul: 10 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (noe bedring)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Engasjerte kollegaer mange steder påvirker arbeidsmiljøet positivt.	Synlig verdsetting av innspill fra ansatte, og en aktiv holdning til arbeidsmiljøarbeid gjennom hele året.
IA		Grønn: 86 % Gul: 14 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Sykefraværet i 2014 var 7,4 %, en lett økning fra 2013. Det er langtidsfraværet som ser ut til å ha økt mest (5,1 %), men det er også en økning i kortidsfraværet (2,3 %).	Jobbe forebyggende med sykefravær på bred front, spesielt i avdelinger der fraværet er høyt. Ha fortsatt fokus på å opprettholde rutiner for systematisk oppfølging av sykefravær.
Skade på ansatt Ansattssikkerhet		Grønn: 67 % Gul: 30 % Oransje: 4 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Det er rapportert 134 skader på ansatt, 2 av disse med betydelig reell konsekvens. De fleste skadene er stikkskader med smitterisiko (75) og muskel skjelett skader (17). Som i fjor antas det å være en viss underrapportering av skader fra legene, særlig stikkskader, men noe forbedring.	Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig. Invitere til medvirkning fra representanter fra legegruppen for å finne virkningsfulle rutiner for å øke melding av skader. Gjøre regelmessige avdelingsvise risikovurderinger. Gjennomgang av vold og trusselsituasjoner for å sikre gode forebyggingsrutiner.

Kvinne- og barneklubben

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 89 % Gul: 9 % Oransje: 1 % Rød: 1 % (som sist)			<p><u>Tall fra eHMS pr. 31.12.2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 14 av 52 verneområder har gjennomført HMS-runde. • 13 verneområder/ledergupper har oppdatert HMS-handlingsplanen. • Få HMS-handlingsplaner = få gjennomførte HMS-tiltak i 2014. • Spørreundersøkelsen i MU ble ikke gjennomført i 2014. Gruppesamtaler og tiltak i HMS-handlingsplanen skulle gjennomføres innen 01.02.15. • Totalt 266 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 30 % fullført, 37 % i arbeid og 33 % ikke påbegynt. <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 13 har gjennomført. 1 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 58 siden 2010). • Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 8 ledere har gjennomført. 6 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 39 siden 2010 + 17 før 2010). <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u></p> <p>Hovedvekten av saker har som i 2013 omhandlet brudd på arbeidstidsbestemmelser og bemanning. Det ble foreslått å nedsette en partssammensatt gruppe for å få økt fokus på avviksmeldinger, sykefravær og brudd på arbeidstidsbestemmelser.</p> <p>Areal-/flytting/ byggesaker gjennomgås på hvert møte.</p>	<p>Satse mer på det systematiske HMS-arbeidet med HMS-runder, oppfølging av MU, utarbeidelse av HMS-handlingsplaner, og ikke minst gjennomføring av tiltak.</p> <p>Følge regelmessig opp HMS-saker på avdelingsmøter.</p> <p>Fortsette med årlig evaluering av Klinikk-AMUs funksjon, saksbehandling og vedtak. Utarbeide sjekkliste for oppfølging av Klinikk-AMU saker og AMU vedtak.</p> <p>Gjennomføre forslag om å opprette partssammensatt gruppe som underutvalg av klinikk-AMU.</p> <p>Vurdere foreslått utvidelse av Klinikk-AMUs møtetid.</p> <p>Hospitere i andre Klinikk-AMU for inspirasjon, nytenkning og overføring av læring i organisasjonen.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
					KlinikkVO framlegger årsrapport og handlingsplan fra vernetjenestearbeidet i klinikken.	Bringe idéen med årsrapport og handlingsplan for vernetjenestearbeidet til andre klinikker.
HMS-avvik		Grønn: 81 % Gul: 19 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)			<p>Tall fra Achilles for 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 299 avvik, hvorav 64 i gruppen Skade på ansatt og 217 i Arbeidsmiljø (Tall for 2013: 257-67-173; Tall for 2012: 228-68-139) • 2014 viste en økning i totalt antall registrerte HMS-avvik og antall avvik som omhandlet Arbeidsmiljø, mens det var noe reduksjon i antall Skader på ansatte. • De største avviksgruppene er: Bemanning 80, Arbeidspress 50, Informasjon/samhandling 45, Stikk/kutt med smitterisiko 35, Ledelse 13, Fall/slag/støt/klem/stikk/kutt 13, Smittevern 10 <p><u>Meldekultur:</u> I likhet med 2013 erfarer vi at det også i 2014 er ulik meldekultur og rutiner/praksis for oppfølging av avvik i enhetene og ulike rutiner og praksis for oppfølging av avvik fra ledernes side.</p> <p><u>Klinikk-AMU</u> har hatt kvartalsvis behandling av HMS-avvik. Det er uttrykt behov for tettere oppfølging av avvik i klinikken gjennom en partssammensatt gruppe i AU/Klinikk-AMU.</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. Satse mer på å følge opp og iverksette tiltak ved potensielt alvorlige HMS-avvik. Dette for å forebygge reelt alvorlige hendelser.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Plassforhold		Grønn: 60 % Gul: 25 % Oransje: 10 % Rød: 5 % (som sist)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	<p>Det er fortsatt dårlige plassforhold for avdelinger som: Nyfødtintensiv, Føde / barsel og BAM 3 på Rikshospitalet.</p> <p>Det er planlagt en klinikkstabrokade for å frigjøre pasientnære arealer til klinisk personell. KVB-staben skal flytte til bygg 18, 3. etg.</p> <p>Det er også startet ”Mulighetsstudie for etablering/samling av barnesenter, Bygg 9” mtp. flytting av barnehabilitering fra bygg 30, samt etablere en ”Family care” enhet. Dette blir en krevende prosess i fht behov for areal og muligheter. Byggeplaner legges fram og behandles i Klinik-AMU.</p>	<p>Regulere inntak av pasienter.</p> <p>Gjøre risikovurderinger i byggesaker og sende vurderinger og eventuelle Klinik-AMU vedtak til prosjektledere.</p>
Inneklima		Grønn: 71 % Gul: 25 % Oransje: 4 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Arbeidsmiljøavdelingen har målt høye CO₂ og temperatur nivåer enkelte steder på Ullevål og Radiumhospitalet.</p> <p>Avsug for kirurgisk røyk er enkelte steder gammeldags og ikke etter forskriftskrav.</p> <p>Mycoteams utredning av bygg 30 NSCF, Ullevål, avdekket ikke store inneklimateproblemer. De anbefalte likevel totalrehabilitering, pga. stor risiko for skjulte skader. Det ansees ikke som helseskadelig å arbeide der. Klinikken har hatt orienteringsmøte med de ansatte og dialog om ønskede endringer.</p>	<p>Rydd og oppbevare mest mulig i lukkede skap. Fjernlagre.</p> <p>Videreutvikle samarbeid og dialog med renholdere i seksjonen/posten.</p> <p>Stille støykrav ved innkjøp av MTU.</p> <p>Resultat av AMU sak ref. Mycoteam anbefaling bygg 30 Ullevål.</p>
Kjemikalier		Grønn: 91 % Gul: 9 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Har noen lokalisasjoner med farlige kjemikalier. For eksempel kaliumdikromat bør fases ut. Har også fosterskadelige og kreftfremkallende stoffer. Noe aktivitet i stoffkartoteket.</p>	<p>Opprette eksponeringsregister for farlige kjemikalier i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. Vedlikeholde stoffkartoteket med registreringer, risiko- og substisjonsvurderinger.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
					Det har vært foreslått å prøve ut en erstatning for plasterfjerner.	<p>Prøveordning med erstatningsmiddel for plasterfjerner.</p> <p>Sikre at laboratoriene og preparatrommene har godkjent spesialventilasjon.</p> <p>Delta på lab.sikkerhetskurset.</p>
Ergonomi		<p>Grønn: 73 % Gul: 22 % Oransje: 4 % Rød: 1 %</p> <p>(som sist)</p>	<p>Mulig helserisiko</p> <p>Tiltak bør vurderes</p>	<p>Mulig helserisiko</p> <p>Tiltak bør vurderes</p>	<p>Antall forflytningsveiledere = 4 (97 i OUS). Ingen nye veiledere er etablert dette året. Belastning ved forflytning av pasienter er økende, fordi klinikken nå behandler barn opp til 18 år.</p> <p>Det har vært arbeidet med og filmet forflytning i benholdere på Gyn, for å redusere fysisk belastning. Hensiktsmessig forflytningsutstyr er anskaffet.</p> <p>Klinikken har 3 ”Ergonomiveiledere” (43 i OUS). Høyt arbeidstempo kan redusere muligheten for å velge anbefalte ergonomiske løsninger, og gi risiko for økt fysisk belastning.</p> <p>OUS har investeringsplan for innkjøp og utskifting av senger.</p> <p>Mange avdelinger har meldt om at de ergonomiske forhold i resepsjonene på Rikshospitalet ikke tilfredsstiller krav om mulighet for individuell tilpasning.</p>	<p>Oppfølging av forflytningsarbeidet i avdelingene. Jevnlige vurderer behov for veiledere. Gi dem mulighet for deltagelse på kursdag 4, Workshop for OUS Forflytningsveiledere.</p> <p>Vurdere behov for opplæring av flere ergonomiveiledere som ressurspersoner for å øke kunnskap om arbeidsbelastninger og forebygging av muskel-skjelettplager.</p> <p>Benytte tilbud om demo og utprøving av kontorutstyr i Arbeidsmiljøavdelingens lokaler.</p> <p>Utbedre base-/skrankeområder når AMU-vedtak om ”å etablere en sykehusomfattende retningslinje for utforming og bruk av ekspedisjoner, mottak og skranke” er gjennomført.</p>
Omstilling		<p>Grønn: 79 % Gul: 7 % Oransje: 7 % Rød: 7 %</p> <p>(fra grønn til gul)</p>	<p>Mulig helserisiko</p> <p>Tiltak bør vurderes</p>	<p>Mulig helserisiko</p> <p>Tiltak bør vurderes</p>	<p>HMS-rundene med 8 % rød gjenspeiler muligens etterdønninger fra tidligere sammenslåinger og overflyttinger av avdelinger.</p> <p>Sammenslåingen av Autismeenheten, Nasjonalt kompetansesenter for ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (NK) til NevSom, har fått tilbakemeldinger om en god prosess.</p>	<p>Fortsette prosesser med omstilling, endring, forbedring og medvirkning.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Arbeidsbelastning		Grønn: 44 % Gul: 38 % Oransje: 6 % Rød: 13 % (som sist)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Klinikken hadde 3.914 brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2014. 44 % av HMS-avvikene dreier seg om bemanning og arbeidspress. Arbeidstempo, arbeidsmengde og tidvis lav egenkontroll oppleves som belastende for mange.	Ledere bør kontinuerlig følge opp konsekvensene av arbeidsbelastning i hverdagen. Ha tid til å identifisere problemer og søke gjennomførbare løsninger. Forbedre koordinering med interne og eksterne samarbeidspartnere for å redusere stress i samspillet.
Arbeidsglede		Grønn: 80 % Gul: 13 % Oransje: 7 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Arbeidsglede rapporteres fortsatt som høy i deler av klinikken. Det er avdelinger der begrensede betingelser for faglig støtte og ressursbruk har satt arbeidsglede under press. Resursbruk og fordeling har vært med å skape uro i samspillet mellom ledere og ansatte. Dette har bidratt til frafall av arbeidskraft. Det er positivt at det ved flere avdelinger satses på kompetanseutvikling for de erfarne sykepleierne.	Utvide arenaer for samspill, erfaringsdeling og opplæring. Øke satsing på faglig utvikling for erfarne sykepleiere. Opprette tverrfaglige fora. Utvide bruken av LEAN prosjektet for å sikre at alle faggrupper ivaretas ved planlegging av ressursfordeling.
IA		Grønn: 85 % Gul: 10 % Oransje: 0 % Rød: 5 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Sykefraværet i 2014 var 7,1 %, en liten nedgang fra 2013. Både langtids- og korttidsfraværet er redusert (5,0 % og 2,1 %). Klinikken har bidratt på Arbeidsmiljøavdelingens kurs: "Tilrettelagt arbeid. Hvor går grensene?"	Kan klinikken lære noe av avdelinger der de har oppnådd nedgang i sykefraværet? Kan Klinikk-AMU invitere ledere fra disse avdelingene til å fortelle om sykefraværarbeidet? Klinikken må bidra i IA-arbeidet der det er utfordringer i forhold til ressurser og kompetanse.
Skade på ansatt Ansattssikkerhet		Grønn: 84 % Gul: 16 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Det er meldt 64 skader på ansatte i 2014, hvorav 2 med betydelig reell skadekonsekvens. De fleste meldingene omhandler stikk med smitterisiko, fall og muskel-/skjelett skader.	Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig.

Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 90 % Gul: 9 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)			<p><u>Tall fra eHMS pr. 31.12.2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 16 av 74 verneområder har gjennomført HMS-runde 4 verneområder/ledergrupper har oppdatert HMS-handlingsplanen. Få HMS-handlingsplaner = få gjennomførte HMS-tiltak i 2014. Spørreundersøkelsen i MU ble ikke gjennomført i 2014. Gruppesamtaler og tiltak i HMS-handlingsplanen skulle gjennomføres innen 01.02.15 Totalt 140 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 34 % fullført, 21 % i arbeid og 44 % ikke påbegynt. <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 23 har gjennomført. 3 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 112 siden 2010). Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 2 ledere har gjennomført. 6 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 43 siden 2010 + 65 før 2010). <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u> Utvalget ønsker seg fortsatt flere saker til behandling. I evalueringen fra 2013 kom det frem at det er gode samarbeidsforhold og åpent og godt diskusjonsklima.</p>	<p>Satse mer på det systematiske HMS-arbeidet med HMS-runder, oppfølging av MU, utarbeidelse av HMS-handlingsplaner, og ikke minst gjennomføring av tiltak.</p> <p>Samkjøre informasjon fra de ulike rapporteringssystemene som for eksempel avvikssystem, MU og sykefraværs-databasen. Ta opp dette til diskusjon i klinikk-AMU</p> <p>Bruke informasjonen fra systematisering av avvik til å lage aktuelle saker til diskusjon i klinikk AMU, eller på ledermøter.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
HMS-avvik		Grønn: 80 % Gul: 18 % Oransje: 2 % Rød: 0 % (som sist)			<p><u>Tall fra Achilles for 2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 308 avvik, hvorav 109 i gruppen Skade på ansatt og 161 i Arbeidsmiljø (Tall for 2013: 420-118-238; Tall for 2012: 352-112-147) 2014 viste en betydelig reduksjon i totalt antall registrerte HMS-avvik og antall avvik som omhandlet Arbeidsmiljø, men det en mindre reduksjon (9 færre) i antall Skader på ansatte. De største avviksgruppene er: Stikk/kutt med smitterisiko 57, Arbeidspress 42, Informasjon/samhandling 40, Bemanning 31, Smittevern 20, Annen smitteeksponering 14, Muskel-/skjelettskade 14. <p><u>Meldekultur:</u> I likhet med 2013 erfarer vi at det også i 2014 er ulik meldekultur og rutiner/praksis for oppfølging av avvik i enhetene og ulike rutiner og praksis for oppfølging av avvik fra ledernes side.</p> <p><u>Klinikk-AMU:</u> Avviksoppfølging er fast punkt på møtene. Avvik med alvorlig reell konsekvens blir tatt opp til diskusjon.</p>	<p>Fortsette å ta opp meldekultur med lederne. Ta opp betydningen av god meldekultur i linjen. Øke respons/tilbakemeldinger fra klinikkledelsen til avdelinger som melder avvik – eksempelvis i ledermøter.</p> <p>Samle informasjon om avvik for å beskrive risikoer. Lage egne analyser for avvik med betydelig reell og potensiell konsekvens til klinikk-AMU.</p> <p>Bruk av HMS avvik i forbindelse med LEAN prosjekter.</p> <p>Satse mer på å følge opp og iverksette tiltak ved potensielt alvorlige HMS-avvik. Dette for å forebygge reelt alvorlige hendelser.</p>
Plassforhold		Grønn: 65 % Gul: 21 % Oransje: 9 % Rød: 6 % (noe bedring)	Mulig helserisiko	Mulig helserisiko	<p>Rokadeendringene i forbindelse med innflytting i kreftsenteret på Ullevål har påvirket flere avdelinger. Plassforholdene har for mange ikke blitt bedre.</p> <p>Forprosjekter for rehabilitering av "Sengeposter RAD" er under utarbeiding, samt for "Enhet for dagkirurgi".</p>	Behandle og risikovurdere byggeplaner i Klinikk-AMU.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Inneklima		Grønn: 67 % Gul: 26 % Oransje: 4 % Rød: 2 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Deler av klinikken har gammel og utidsmessig bygningsmasse. Spesielt gjelder dette Radium-hospitalet.</p> <p>Varme arbeidslokaler, f.eks. operasjonsstuer, grunnet mye bruk av utstyr og mange ansatte. Trekkproblemer fra tilluftsventiler over arbeidsplasser og fra vinduer.</p> <p>Støy fra utstyr ved operasjonsstuer og laboratorier, samt enkelte felleskontorer.</p> <p>Et avvik på lukt ved bruk av nytt diatermiutstyr.</p> <p>Klage på luftkvalitet i rehabiliterte deler av bygg 7 på Ullevål.</p> <p>Undersøkelse av luftforurensning ved bruk av desinfeksjonsmidler på Celleterapi Radium, etter Arbeidstilsyn pålegg. Tilsier at det bør brukes vernemasker i arbeidet, pga. moderate nivåer av H₂O₂. Uavhengig av påføringsmetode (spray/fuktet klut).</p> <p>Det er fortsatt mangelfull spesialventilasjon enkelte steder.</p> <p>7 HMS - avvik: 1 moderat skade, 3 mindre alvorlig og 3 ingen konsekvens</p>	<p>Sikre at ventilasjon er installert og innregulert.</p> <p>Plassere arbeidsplasser hensiktsmessig i forhold til tilluftsventiler, støyende utstyr og blendingskilder.</p> <p>Stille støykrav ved nyinnkjøp av utstyr. Støyreducerende tiltak.</p> <p>Ta opp spesialventilasjon som sak i klinikk- AMU.</p> <p>Forskriftsmessig installering av diatermiutstyr.</p> <p>Bedre kontroll og mer effektive tiltak ved oppgradering av ventilasjonsanlegg i byggeprosjekter.</p> <p>Det jobbes med tiltak i forhold til bruk av desinfeksjonsmidler på Celleterapi Radium.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Kjemikalier		Grønn: 86 % Gul: 11 % Oransje: 3 % Rød: 1 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Klinikken har 4.830 oppføringer i stoffkartoteket. Dette inkluderer 177 oppføringer av stoffer merket fosterskadelige og 241 oppføringer merket kreftfremkallende. Tallene viser at det er en økning i registreringen på om lag 10 %. Antallet oppføringer øker siden 2013 både for kreftfremkallende og fosterskadelige stoffer. Økningen skyldes sannsynligvis bedret arbeid med registrering.</p> <p>Klinikken har risikovurdert totalt 61,1 % av produktene i klinikkens stoffkartotek.</p> <p>Klinikken har gjennomført kartlegging av bruk/mengde og hyppighet av eksponeringsregisterpliktige kjemikalier. Dette er i tråd med kjemikalieforskriften. Løsningen er utarbeidet av arbeidsmiljøavdelingen, gjøres i samråd med klinikkene, og er godkjent av Arbeidstilsynet.</p>	<p>Fortsette det gode arbeidet med registreringer, risikovurderinger og substitusjon.</p> <p>Videreføre fokus på substitusjon til mindre farlige kjemikalier.</p> <p>Fortsette å legge inn stoffer i stoffkartoteket og risikovurdere lokalt. Nærmere 40% av kjemikaliene er ikke risikovurdert.</p> <p>Delta på sikkerhetskurs for laboratoriepersonell og elektronisk stoffkartotek.</p> <p>Kartlegging av preparatrom og oppdatere prosedyrer om håndtering av formalin.</p>
Ergonomi		Grønn: 78 % Gul: 16 % Oransje: 5 % Rød: 1 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Antall forflytningsveiledere = 13 (97 i OUS). De fleste har deltatt på kurs i år. Hensiktsmessig forflytningsutstyr er anskaffet.</p> <p>Klinikken har 2 ”Ergonomiveiledere” (43 i OUS).</p> <p>OUS har investeringsplan for innkjøp og utskifting av senger.</p> <p>Resepsjonsarealer ved Rikshospitalet ble meldt inn som sak til hoved AMU.</p>	<p>Oppfølging av forflytningsarbeidet i avdelingene. Gi veiledere mulighet for deltagelse på kursdag 4, Workshop for OUS Forflytningsveiledere.</p> <p>Vurdere behov for opplæring av flere Ergonomiveiledere som resurspersoner for å øke kunnskap om arbeidsbelastninger og forebygging av muskel-skjelettplager.</p> <p>Benytte tilbud om demo og utprøving av kontorutstyr i Arbeidsmiljøavdelingens lokaler.</p> <p>Det er nedsatt en arbeidsgruppe i regi av adm. dir. som skal utarbeide retningslinjer for resepsjonsarealer for OUS.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Omstilling		Grønn: 90 % Gul: 5 % Oransje: 5 % Rød: 0 % (fra gul til grønn)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Klinikken har hatt flere pågående forbedringsprosjekter med hensikt å bedre pasientforløp, blant annet i Avdeling for medisinsk fysikk og Avdeling for gastro og barnekirurgi.</p> <p>Omstilling for Gastro/barnekirurgi og involvering av vernetjeneste og tillitsvalgte i forbindelse med Rokadeendringer har vært tatt opp som saker i Klinikkk AMU.</p> <p>Rokadeendringene har påvirket flere avdelinger.</p> <p>Klinikkk-AMU drøftet kultur bygging i forbindelse med årsrapporten i fjor.</p>	<p>Læringspotensiale av LEAN prosessene som saker i klinikkk AMU?</p> <p>Kan avvikssystemet brukes i forbindelse med LEAN som dokumentasjon eller bakgrunnsmateriale?</p> <p>Er det behov for ytterligere fokus på kulturbygging?</p>
Arbeidsbelastning		Grønn: 42 % Gul: 42 % Oransje: 13 % Rød: 4 % (som sist)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	<p>Klinikken hadde 4.179 brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2014. 24 % av HMS-avvikene dreier seg om bemanning og arbeidspress. Dette er nesten en dobling fra 2013 til tross for at antall avviksmeldinger synker.</p> <p>Klinikken er i gang med flere prosjekter som kan bidra til effektivisering.</p>	<p>Å gjøre flere analyser av pasientforløp kan muligens frigjøre kapasitet eller bedre arbeidsbelastningen i noen sammenhenger. Dersom frigjøring av tid medfører tilsvarende reduksjon i bemanning eller økt arbeidspress vil det bli vanskelig å få tilslutning fra de ansatte på sikt. Det er derfor viktig at gode resultater fra Lean eller annet forbedringsarbeid fører til anerkjennelse og positive arbeidsforhold.</p> <p>Finnes det arbeidsoppgaver som gjøres av høyt spesialisert personell, men som kan håndteres av andre? Et eksempel på dette kan være diskusjonen om såkalte operasjonsfagarbeidere. Man kan for eksempel undersøke med Fagforbundet om det finnes prosjektmidler til forsøksordninger.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Arbeidsglede		Grønn: 83 % Gul: 4 % Oransje: 9 % Rød: 4 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Det mangler tall fra MU. Arbeidsmiljøavdelingen har ikke hatt saker eller henvendelser som tyder på endringer på dette området siste året.	Arbeid med fagutvikling, kultur, identitet og sosialt samspill er faktorer som bidrar til å øke arbeidsglede Gi flere muligheter for at ansatte kan møtes eller samarbeide der enheter er delt på flere geografiske plasseringer.
IA		Grønn: 83 % Gul: 17 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Sykefraværet var 6,4 % i 2014. En liten nedgang fra 2013. Det er langtidsfraværet som er gått noe ned. Fordelingen langtid / korttid er 2,2 % / 4,3 %. Klinikk-AMU og HR i klinikk har ekstra fokus på avdelinger med > 10 % fravær. Klinikken har nådd sine måltall for sykefravær Det har vært planlagt workshop for ledere men ikke gjennomført.	Nye måltall for sykefraværet? eller beholde de gamle? Innkalle ledere for avdelinger med gode resultater i forbindelse med IA-arbeid til klinikk-AMU for diskusjon om tiltak som kan redusere fraværet - eller som tema til ledermøte. Workshop for ledere?
Skade på ansatt Ansattssikkerhet		Grønn: 81 % Gul: 16 % Oransje: 3 % Rød: 0 % (fra gul til grønn)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Det ble meldt 109 skader på ansatt i 2014, en lett nedgang totalt sett. Flest meldinger dreier seg om smitteeksponering, stikkskader og muskel-/skjelett skader. Ingen skader skal ha hatt betydelig reell konsekvens. 17 er vurdert som moderat skade, blant annet 8 meldinger om muskel-/skjelett skader.	Skader med potensiell eller reell betydelig skade som konsekvens bør gjennomgås i klinikk-AMU. Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig. Stikkskader er hyppig rapportert. Det er nå satt ned en gruppe fra Klinikk-AMU som skal se på alle sider av stikkskadeproblematikken. Tilbud om vaksiner og informasjon om stikkskader kan ligge ved som informasjon til nyansatte.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
					<ul style="list-style-type: none"> 2014 viste en økning i totalt antall registrerte HMS-avvik og stor økning i antall avvik som omhandlet Arbeidsmiljø, mens det var en liten reduksjon i antall Skader på ansatte. De største avviksgruppene er: Stikk/kutt med smitterisiko 21, Informasjon/samhandling 15, Arbeidspress 14, Bemanning 13, Smittevern 13. <p><u>Meldekultur:</u> I likhet med 2013 ser vi et økende antall registrerte HMS-avvik i HLK. Vi erfarer at det er en ulik meldekultur i klinikken ved rutiner/praksis for registrering av avvik i enhetene og ulike rutiner og praksis for oppfølging av de samme avvikene fra ledernes side.</p> <p><u>Klinikk-AMU</u> behandlet 4 saker om HMS-avvik i 2014, dvs. samme antall som i 2013. (Merk at mange HMS-avvik handlet om det samme i samme seksjon, disse ble behandlet som én sak i klinikk-AMU.)</p>	Prioritere oppfølging og dokumentasjon av tiltak i forhold til meldte enkeltsaker i HMS-avvikssystemet.
Plassforhold		Grønn: 45 % Gul: 9 % Oransje: 9 % Rød: 36 % (fra oransje til rød)	Sannsynlig helserisiko	Sannsynlig helserisiko	Det har ikke vært nevneverdige endringer i disponering av arealer for å bedre plassforhold. Plassforholdene er dårlige, særlig for Kardiologisk avdeling. Det er planlagt en klinikkstabrokade for å frigjøre pasientnære arealer til klinisk personell. HLK-staben skal flytte til F-bygget på RH.	Behandle og risikovurdere byggeplaner i klinikk-AMU.
Inneklima		Grønn: 69 % Gul: 27 % Oransje: 4 % Rød: 0 % (som sist)	Sannsynlig helserisiko	Sannsynlig helserisiko	Generelt mye bruk av varme- og støyende utstyr. Fortetninger og plassmangel medfører varme lokaler og dårlig luft. Bl.a. på Karinvasivt senter og Thorax stepdown på Ullevål. Det var 3 innmeldte HMS – avvik i 2014 vedr. inneklima v/thoraxkir. avd.	Sette støykrav ved nyinnkjøp. Hvis mulig øke tilgjengelig areal for klinikken. Fortsette dialogen omkring renhold.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Kjemikalier		Grønn: 86 % Gul: 14 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Det ble større fokus på kjemikaliehåndtering i 2014. Presentasjon i K-AMU og opplæring i stoffkartoteket i de fleste avdelinger. Det har vært aktivitet i stoffkartoteket med registreringer og risikovurderinger.	Fortsette med registreringer, risiko- og substitusjonsvurderinger i stoffkartoteket.
Ergonomi		Grønn: 48 % Gul: 44 % Oransje: 6 % Rød: 2 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Hjerteultral lyd arbeidet har hatt utfordring med hensyn til belastningsproblematikk. For å avhjelpe dette er det de siste årene ansatt til sammen 4 radiografer som arbeider 50/50 på ultralyd og PCI.</p> <p>Antall forflytningsveiledere = 8, det samme som i 2013 (97 i OUS) Klinikken har ingen "Ergonomiveileder" (43 i OUS). Høyt arbeidstempo kan redusere muligheten for å velge anbefalte ergonomiske løsninger, og gi risiko for økt fysisk belastning. OUS har investeringsplan for innkjøp og utskifting av senger.</p> <p>Mange avdelinger har meldt om at de ergonomiske forhold i resepsjonene på Rikshospitalet ikke tilfredsstillt krav om mulighet for individuell tilpasning.</p>	<p>Sikre nok kvalifisert bemanning, mulighet for variasjon og varighet av ultralydarbeidet under 3,5 timer pr dag.</p> <p>Oppfølging av forflytningsarbeidet i avdelingene. Vurder jevnlig behov for veiledere. Gi dem mulighet for deltagelse på kursdag 4; Workshop for OUS Forflytningsveiledere.</p> <p>Vurder behov for opplæring av Ergonomiveiledere som resurspersoner for å øke kunnskap om arbeidsbelastninger og forebygging av muskel-/skjelettplager. Benytte tilbud om demo og utprøving av kontorutstyr i Arbeidsmiljøavdelingens lokaler.</p> <p>Utbedre arbeidsplassene i resepsjoner/ skrankeområder på RH slik at de gir mulighet for individuell tilpasning. Det er nedsatt en arbeidsgruppe i regi av adm. dir. som skal utarbeide retningslinjer for resepsjonsarealer i OUS.</p>
Omstilling		Grønn: 38 % Gul: 25 % Oransje: 13 % Rød: 25 % (fra oransje til rød)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Fortsatt potensiale i å utnytte, videreutvikle og hente ut synergier i kompetansen i begge miljøer UUS og RH.	Leder bør ha fokus på kulturbygging og støtte opp om en forsterket endringskultur.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Arbeidsbelastning		Grønn: 25 % Gul: 50 % Oransje: 13 % Rød: 13 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Klinikken hadde 4.128 brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2014, en økning fra 2013. I desember hadde derfor klinikken kurs/seminar for alle førstelinjeledere om tiltak for å redusere antallet brudd. Oppsummering etter kurset er sendt som notat til alle ledere.</p> <p>Hovedpunkter bl.a.: Vaktbytte krever ledergodkjenning. Oppfølging hver mnd. der det er mange brudd. Frivillig vaktbytte tillates ikke når det genererer brudd.</p> <p>Arbeidstempo og –mengde er krevende enkelte steder. HMS-avvikene viser at noen opplever høyt arbeidspress i forhold til tilgjengelig bemanning. Utfordringene i arbeidsoppgavene motiverer imidlertid de ansatte.</p>	<p>Satse mer på systematisk HMS-arbeid. Sikre kontinuerlig oversikt og oppfølging av belastningsområder. Forsterke konstruktivt samarbeid mellom leder og verneombud.</p> <p>Fortsette arbeidet med å redusere AML-brudd. Evaluere effekt av tiltak etter første tertial 2015.</p>
Arbeidsglede		Grønn: 50 % Gul: 50 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	<p>Utfordringene i arbeidsoppgavene motiverer de ansatte. Det rapporteres noen forbedringsområder i forhold til informasjon/samhandling.</p> <p>Klinikken har i 2014 etablert en årlig arbeidsmiljøpris.</p>	<p>Bevaringspunkt – fortsatt vektlegge verdiene kvalitet, trygghet og respekt.</p> <p>Legge til rette for samarbeidsarenaer.</p>
IA		Grønn: 85 % Gul: 0 % Oransje: 15 % Rød: 0 % (fra grønn til gul)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	<p>Klinikken har en av de laveste sykefraværersprosentene i OUS. Sykefraværet for 2014 var på 5,7 %, en liten nedgang fra 2013. Fordelingen mellom langtids- og korttidsfravær er: 3,7 % og 2,1 %, og det er spesielt langtidsfraværet som er lavere enn ellers i OUS.</p>	<p>Bevaringspunkt - fortsatt fokus på forebygging, tidlig tilrettelegging og god oppfølging av sykefravær.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Skade på ansatt Ansattssikkerhet		Grønn: 70 % Gul: 0 % Oransje: 30 % Rød: 0 % (fra grønn til gul)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Det er meldt 38 skader på ansatte i 2014, mot 46 skader i 2013. "Stikk-/kutt med smitterisiko" utgjør den største avviksgruppen med 21 skader, mot 26 i 2013. 2 av avvikene er risikovurdert med moderat skade (8 i 2013), gledelig nok ingen med betydelig skade (2 i 2013). På Intervensjonskardiologi er det ansatt 3 nye leger for å redusere strålebelastningen pr. lege.	Fortsatt fokus på stikkskader, smitte og kjemikalier. Bruke engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig. Fortsatt oppmerksomhet omkring strålebelastning.

Akuttklinikken

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 94 % Gul: 6 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (noe bedring)			<p><u>Tall fra eHMS pr. 31.12.2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 20 av 58 verneområder har gjennomført HMS-runde 9 verneområder/ledergrupper har oppdatert HMS-handlingsplanen. Få HMS-handlingsplaner = få gjennomførte HMS-tiltak i 2014. Spørreundersøkelsen i MU ble ikke gjennomført i 2014. Gruppesamtaler og tiltak i HMS-handlingsplanen skulle gjennomføres innen 1.2. 2015 Totalt 203 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 17 % fullført, 47 % i arbeid og 36 % ikke påbegynt. <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 19 har gjennomført. 7 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 74 siden 2010). Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 25 ledere har gjennomført. 18 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 52 siden 2010 + 25 før 2010). <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u> Månedlige møter, fastsatt god tid i forveien. Godt sekretariat. Få saker med vedtak, mest orienteringssaker om faste temaer (økonomi, sykefravær), noe diskusjon.</p>	<p>Satse mer på det systematiske HMS-arbeidet med HMS-runder, oppfølging av MU, utarbeidelse av HMS-handlingsplaner, og ikke minst gjennomføring av tiltak.</p> <p>18 ledere som har påstartet sin HMS-lederopplæring må fullføre denne.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
HMS-avvik		Grønn: 83 % Gul: 15 % Oransje: 2 % Rød: 0 % (som sist)			<p><u>Tall fra Achilles for 2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 525 avvik, hvorav 172 i gruppen Skade på ansatt og 221 i Arbeidsmiljø (Tall for 2013: 615-198-281; Tall for 2012: 563-190-233) 2014 viste en betydelig reduksjon i antall registrerte HMS-avvik (90), med tilsvarende redusert antall Skade på ansatt (26) og avvik som omhandlet Arbeidsmiljøforhold (60). De største avviksgruppene er: Stikk/kutt med smitterisiko 65, Smittevern 54, Informasjon/samhandling 42, Muskel-/skjelettskade 34, Fall/slag/støt/klem/stikk/kutt 25, Samarbeidsproblemer/konflikter 20, Fysisk vold 17. <p><u>Meldekultur:</u> Mens klinikken i 2013 økte antall registrerte HMS-avvik ser vi et redusert antall HMS-avvik i AKU i 2014. I likhet med 2013 erfarer vi at det også i 2014 er ulik meldekultur innad i klinikken, og at rutiner/praksis for oppfølging av avvik i enhetene og ledernes oppfølging varierer fra meget bra til mindre godt oppfølgingsarbeid.</p> <p><u>Klinikk-AMU:</u> Klinikkverneombud gjennomgår avvik, som også er tilgjengelig for andre i klinikk-AMU.</p>	<p>Fortsatt jobbe mot å etablere en bedre HMS-avvikskultur med fokus på <i>systemårsaker</i>.</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. Oppmuntre til forbedringer og nytenkning.</p> <p>Prioritere oppfølging og dokumentasjon av <i>tiltak</i> i forhold til meldte enkeltsaker i HMS-avvikssystemet.</p> <p>Satse mer på å følge opp og iverksette tiltak ved potensielt alvorlige HMS-avvik. Dette for å forebygge reelt alvorlige hendelser.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Plassforhold		Grønn: 60 % Gul: 20 % Oransje: 20 % Rød: 0 % (noe bedring)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	<p>Nytt Akuttbygg er tatt i bruk, og avdelingene har etablert seg i lokalene.</p> <p>Det er fortsatt trangt mange steder pga. mye utstyr og mange mennesker.</p> <p>Det er planlagt en klinikkstabrokade for å frigjøre pasientnære arealer til klinisk personell. AKU-staben skal flytte til bygg 18, 2. etg..</p> <p>Mangel på lager og kontorarealer og flere tar i bruk/etablerer felleskontorer.</p>	<p>Behandle og risikovurdere byggeplaner i Klinik-AMU.</p> <p>Bruke oppdatert prosedyre om "Bruk av kontorarealer".</p>
Inneklima		Grønn: 69 % Gul: 23 % Oransje: 8 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Som i fjor er det mye bruk av MTU som avgir varme og støy, samt er plasskrevende. Plagsomt høy innetemperatur i noen lokaler.</p> <p>Klage på luftkvalitet generelt på Aker og i bygg 20 på Ullevål. Dette gjelder spesielt den nylig oppussede Postoperativ delen av Dagkirurgen hvor det er målt svært høye CO₂ måletall. En følge av at oppussingen ikke inkluderte ventilasjonsutbedringer. Gamle lokaler med trekk og dårlig reguleringsmulighet av temperatur på Ullensaker ambulansestasjon.</p> <p>Ufullstendig fuktsanering i Bygg 2 på Ullevål, bobler/saltutslag selv om veggene nå er tørt.</p> <p>Utfordringer med støy og temperatur på Sterilavdelingen på Rikshospitalet og Ullevål.</p> <p>Det finnes en del uhensiktsmessige belysningsløsninger, og flere steder mangler arbeidsplassbelysning og mulighet for dimming.</p>	<p>Forskriftsmessige støy- og ventilasjonskrav ved utvidelse av drift og innkjøp av nye maskiner.</p> <p>Undersøke mulighetene for å bedre ventilasjon, særlig i operasjonsstuer og i intensivavdelinger.</p> <p>Samarbeide med Renhold om en plan for bedring av renholdet.</p> <p>Etablere ventilasjonsanlegg i samsvar med personbelastning og forurensningskilder.</p> <p>Funksjonsendring eller flytting av nåværende drift fra Dagkirurgen, bygg 20 på Ullevål.</p> <p>Fullstendig uttørking eller fjerning av materialer, samt bruk av pustende maling etter fuktsanering.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Kjemikalier		Grønn: 90 % Gul: 9 % Oransje: 1 % Rød: 1 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Det er lite bruk av helsefarlige kjemikalier. Noe håndtering av formalin. Manglende årlig kontroll av spesialventilasjon på preparatrom. Noen utfordringer med gravide som arbeider med anestesigasser og håndtering av formalin.	Legge alle stoffer inn i stoffkartoteket og risikovurdere disse. Sikre forsvarlig håndtering av formalin. Kartlegge bruk av preparatrom. Etter kommentar fra Arbeidsmiljøavdelingen har kontrollrutiner for spesialventilasjon blitt etablert.
Ergonomi		Grønn: 65 % Gul: 27 % Oransje: 6 % Rød: 1 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Antall forflytningsveiledere = 27, det samme som i 2013 (97 i OUS). Hensiktsmessig forflytningsutstyr er anskaffet i flere avdelinger. Klinikken har 9 ”Ergonomiveileder” (43 i OUS). Høyt arbeidstempo kan redusere muligheten for å velge anbefalte ergonomiske løsninger og gi risiko for økt fysisk belastning. OUS har investeringsplan for innkjøp og utskifting av senger. Det er utført mange arbeidspasstilpasninger med innkjøp av utstyr som kan tilpasses individet og arbeidets art. Flere avdelinger har fått bistand til undervisning fra Arbeidsmiljøavdelingen.	Oppfølging av forflytningsarbeidet i avdelingene. Vurdere jevnlig behov for veiledere. Gi dem mulighet for deltagelse på kursdag 4; Workshop for OUS Forflytningsveiledere. Vurdere behov for opplæring av flere Ergonomiveiledere som resurspersoner for å øke kunnskap om arbeidsbelastninger og forebygging av muskel-/skjelettplager. Stille krav om universell utforming og hensiktsmessige ergonomiske løsninger ved innkjøp av nytt MTU.
Omstilling		Grønn: 74 % Gul: 22 % Oransje: 4 % Rød: 0 % (som sist)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Arbeid med overflytting og etablering i nytt akuttrom AMU i Prehospitalt senter har også vært jevnlig orientert om pågående arbeid i prosjektgruppe og styringsgruppe angående samlokalisering mellom AMK Oslo/Akershus og AMK Østfold	Utnytte muligheter som ligger i nytt Akuttrom Sikre og synliggjøre samarbeid mellom ledere, verneombud og tillitsvalgte i omstillingsprosjekter. Fortsette å ha samordnet fokus på ledelse som for eksempel Prehospitalt senters initiativ om eget HMS-kurs for alle ledere.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Arbeidsbelastning		Grønn: 58 % Gul: 33 % Oransje: 8 % Rød: 0 % (noe bedring)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Klinikken hadde 8.537 brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2014. Avvikssystemet viser utfordringer i forhold til arbeidsmengde og bemanning. Av 221 avviksmeldinger om arbeidsmiljø handler 67 om arbeidspress eller bemanning. Ingen av dem med betydelig reell skadekonsekvens. Det oppleves å være høyt arbeidspress flere steder.	Fortsatt ha høyt fokus på god samhandling med de andre klinikkene. Overvåke balansen mellom bemanning og kompetanse i ressursfordelingen. Synliggjøre ledernes oppmerksomhet på belastende arbeidssituasjoner og ha fortløpende dialog med ansatte om løsningsorienterte prosesser.
Arbeidsglede		Grønn: 100 % Gul: 0 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Høyt engasjement. Noen rapporterte samarbeidsproblemer og konflikter i avvikssystemet.	Støtte opp om de ansattes behov for å være oppdatert ved kontinuerlig informasjonsflyt. Vektlegge anerkjennelse av den innsatsen de ansatte kontinuerlig leverer i pressede situasjoner.
IA		Grønn: 90 % Gul: 7 % Oransje: 3 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Sykefraværet i 2014 var 7,6 %, en tydelig nedgang fra 2013 hvor det var 8,2 %. Det er nedgang i langtidsfraværet som er den største årsaken til dette. Fordelingen langtids-/korttidsfravær er 4,9 % / 2,6 %.	Fortsatt satse 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.
Skade på ansatt Ansattssikkerhet		Grønn: 65 % Gul: 23 % Oransje: 10 % Rød: 3 %	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Skade på ansatt = 172 meldinger hvorav 65 stikkskader med smitterisiko, 34 med muskel-/skjelett skader og 17 fysisk vold. 2 av muskel-/ skjelett skadene er meldt med betydelig reell skadekonsekvens.	Gjennomgå gjeldende opplæringsrutiner årlig, for ansatte som utsettes for smitterisiko ved stikkskader. Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig.

Klinisk diagnostikk og intervensjon

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 93 % Gul: 7 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)			<p><u>Tall fra eHMS og MU pr. 31.12.2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 26 av 80 verneområder har gjennomført HMS-runde • 10 verneområder/ledergupper har oppdatert HMS-handlingsplanen. • Få HMS-handlingsplaner = få gjennomførte HMS-tiltak i 2014. • 65 % av medarbeiderne svarte på MU, mot 79 % ifjor • Resultatet av MU er likt fjoråret +/- 2 poeng for alle 18 temaområder • 52 % har vært involvert i oppfølgingen av MU i 2014, 50 % var involvert i 2013. • Av totalt 194 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner er 29 % fullført, 26 % i arbeid og 45 % ikke påbegynt. <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grunnopplæring for verneombud, 4 dager: 16 har gjennomført. 3 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 94 siden 2010). • Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 14 ledere har gjennomført. 4 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 52 siden 2010 + 53 før 2010). <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u> 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 temaer til orientering: Brudd på arbeidstidsbestemmelser, kjemikalierisiko og pålegg fra Arbeidstilsynet.</p>	<p>Satse mer på det systematiske HMS-arbeidet med HMS-runder, oppfølging av MU, utarbeidelse av HMS-handlingsplaner, og ikke minst gjennomføring av tiltak.</p> <p>Arbeide med implementering av eHMS.</p> <p>Alle verneombud i enheter/avdelinger skal medvirke i det systematiske HMS-arbeidet.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
HMS-avvik		Grønn: 85 % Gul: 12 % Oransje: 1 % Rød: 1 % (som sist)			<p>Tall fra Achilles for 2014:</p> <ul style="list-style-type: none"> 269 avvik, hvorav 106 i gruppen Skade på ansatt og 122 i Arbeidsmiljø (Tall for 2013: 215-90-82; Tall for 2012: 288-112-123) 2014 viste en økning i antall registrerte HMS-avvik (54), et økt antall avvik med Skade på ansatt (16) og betydelig økt antall avvik som omhandlet Arbeidsmiljøforhold (40). De største avviksgruppene er: Stikk/kutt med smitterisiko 68, Smittevern 40, Annen smitteeksponering 18, Utstyr og inventar 14, Kjemikalier 12, Arbeidspress 11, Informasjon/samhandling 11, Inneklima 11 <p>Meldekultur: Det totale antallet registrerte HMS-avvik i klinikken økte i 2014 med 54. I likhet med 2013 erfarer vi at det også i 2014 er ulik meldekultur innad i klinikken, og at rutiner/praksis for oppfølging av avvik i enhetene og ledernes oppfølging varierer fra meget bra til mindre godt oppfølgingsarbeid.</p>	<p>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.</p> <p>Oppfordre til bruk av Achilles: Ved søl, lukt eller andre avvik som kan medføre eksponering for kjemikalier eller kjemikalieholdige prøver.</p> <p>Det er behov for å utarbeide en prosedyre for rapportering av HMS-avvik ved kjemikaliesøl.</p> <p>Satse mer på å følge opp og iverksette tiltak ved potensielt alvorlige HMS-avvik. Dette for å forebygge reelt alvorlige hendelser.</p>
Plassforhold		Grønn: 51 % Gul: 41 % Oransje: 6 % Rød: 2 % (som sist)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	<p>Det er planlagt en klinikkstabrokade for å frigjøre pasientnære arealer til klinisk personell. KDI-staben skal flytte til F-bygget på RH.</p> <p>Enkelte arealer er uegnet til aktiviteten, spesielt arealer uten eller med mangelfulle ventilasjonssystemer.</p> <p>Pågående byggeprosjekt på RAD: DP15, OCCI (leie av arealer).</p>	<p>Behandle og risikovurdere byggeplaner i Klinik-AMU.</p> <p>Se på den totale arealbruken i avdelingene/klinikken og vurder om arealene kan utnyttes bedre.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Inneklima		Grønn: 61 % Gul: 29 % Oransje: 9 % Rød: 1 % (som sist)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Manglende eller mangelfull ventilasjon noen steder, vil kunne medføre dårlig luftkvalitet.</p> <p>Lokaler hvor det brukes helseskadelige kjemikalier må prioriteres.</p> <p>Varmeavgivende utstyr kan sette krav til kjøling.</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>Gjentatte ventilasjonsavvik i Bygg 25 på Ullevål, har ført til dårlig luftkvalitet, kjemikalielukt og bekymringsmeldinger til ARB i 2014.</p> <p>11 HMS - avvik: 8 mindre alvorlig og 3 ingen konsekvens.</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>Være obs på støy og varmeavgivende utstyr, og antall arbeidsplasser ved fortetting.</p> <p>Aktiv bruk av utvendig solavskjerming. På flerbruksrom bør ha plassbelysning som kan reguleres til individuelt behov. Etablering av rutiner for hovedrenhold.</p>
Kjemikalier		Grønn: 77 % Gul: 21 % Oransje: 1 % Rød: 1 % (som sist)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	<p>Stort forbruk av helseskadelige kjemikalier. - Avdeling for patologi har fortsatt mange utfordringer.</p> <p>Utfordringer med ventilasjon i flere avdelinger.</p> <p>Gjentatte ventilasjonsavvik i Bygg 25 på Ullevål, har ført til dårlig luftkvalitet, kjemikalielukt og bekymringsmeldinger til ARB i 2014.</p> <p>Stor aktivitet i stoffkartoteket, men fortsatt mangel på lokal risiko- og substitusjonsvurdering.</p> <p>En del møtevirksomhet ifm OCCI.</p>	<p>Vedlikeholde stoffkartoteket og utføre risiko- og substitusjonsvurderinger.</p> <p>Etablere eksponeringsregister for klinikken i samarbeid med Arbeidsmiljøavdelingen. Kursene "HMS på laboratoriet" og kurs i "Elektronisk stoffkartotek" bør være obligatoriske for henholdsvis laboratorieansatte og kjemikaliekontakter.</p> <p>Få til gode løsninger på utfordringer ved overflytting til OCCI og stor-lab på US.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Ergonomi		Grønn: 73 % Gul: 23 % Oransje: 4 % Rød: 1 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Sentalt AMU sak om belastende arbeidsforhold ved bas/skrankeområder i Rikshospitalet. (Se under Plassforhold)</p> <p>Antall forflytningsveiledere = 4 (97 i OUS) Ingen nye veiledere er etablert dette året. Klinikken har 8 "Ergonomiveileder"(43 i OUS).</p> <p>Det er gjort flere arbeidsplasstilpasninger for laboratorieansatte og kjøpet inn utstyr som kan tilpasses individet og arbeidets art.</p> <p>Fortsatt mye ensidig arbeid med risiko for utvikling av muskel - skjelettplager f.eks. mikroskopering og arbeid i avtrekksbenker</p> <p>Klinikken har meldt om at de ergonomiske forholdene i resepsjonene på Rikshospitalet ikke tilfredsstillt krav om mulighet for individuell tilpasning.</p>	<p>Vurdere fortløpende behovet for veiledere. Opplæring av ergonomiveiledere for å øke kunnskap om arbeidsbelastninger og forebygging av muskel-/ skjelettplager. ARB har tilbud om Ergonomiveilederkurs for ansatte / VO.</p> <p>Benytte tilbud om demo og utprøving av kontorutstyr i Arbeidsmiljøavdelingens lokaler.</p> <p>Utbedre arbeidsplassene i resepsjoner/ skrankeområder på RH slik at de gir mulighet for individuell tilpasning. Det er nedsatt en arbeidsgruppe i regi av adm. dir. som skal utarbeide retningslinjer for resepsjonsarealer i OUS.</p>
Omstilling		Grønn: 82 % Gul: 18 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (fra gul til grønn)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>MU viser at det fremdeles er utfordringer knyttet til tilhørighet, blant de som skårer lavest på integrering. Dette gir noen steder problemer med samarbeid på tvers, og "vi - dem" tenkning.</p>	<p>Sørge for treffpunkter for å ivareta samarbeid på tvers og bedre helhetstenkning. Legge til rette for felles prosjekter, fagsamlinger, hospitering/rotasjon.</p>
Arbeidsbelastning		Grønn: 60 % Gul: 29 % Oransje: 9 % Rød: 0 % (noe bedring)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	<p>Klinikken hadde 1.405 brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2014. MU viste ingen signifikant forskjell fra forrige år. Fortsatt opplevelse av stor arbeidsmengde og høyt arbeidstempo. Lite fysisk arbeidsbelastning, mens egenkontroll og påvirkning på arbeidsmengde og arbeidstempo oppleves som lav. 17 av 122 avviksmeldinger om arbeidsmiljø dreier seg om arbeidspress eller bemanning.</p>	<p>Legge til rette for økt medvirkning som kan påvirke opplevelsen av kontroll over arbeidsoppgavene. Kontinuerlig samarbeid mellom ledelse og ansatte kan utlede nyttige grep for å påvirke faktorer som skaper belastninger.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Arbeidsglede		Grønn: 78 % Gul: 16 % Oransje: 5 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	På samme nivå som i fjor i følge MU. Arbeidsoppgavene oppleves som engasjerende, og samlet sett viser MU at de ansatte er fornøyde med den jobben de har og finner glede i å gå på jobb. De ansatte blir utfordret på en positiv måte og føler stolthet over arbeidsplassen sin.	Fortsette å inspirere ansatte ved å gi bekreftende tilbakemeldinger på arbeidet, og ved å legge til rette for faglig og sosialt samvær som fremmer entusiasme. Lederes kontinuerlig engasjement for HMS-arbeid gjennom året er en viktig påvirkningsfaktor for arbeidsglede.
IA		Grønn: 93 % Gul: 7 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Sykefraværet i 2014 var 6,3 %, omtrent det samme som i 2013. Forholdet mellom langtids- og kortidsfravær er uendret (3,9 % og 2,3 %). Jobbrelatert sykefravær ifølge MU er 87, mot 88 i fjor. OUS har 84, og referansen er 88. Det er vårt inntrykk at HR arbeider målrettet med å styrke lederes IA-kompetanse. HR har felles mailadresse for henvendelser fra ledere, og har som uttrykt ambisjon å svare raskt på henvendelser. Det holdes jevnlig HR-verksted for ledere, og får gode tilbakemeldinger på dette. De engasjerte også ARB til å holde kurs om Tilrettelagt arbeid - hvor går grensene for arbeidsgivers tilretteleggingsplikt? Dette ble så fort fulltegnet at det ble avtalt nytt kurs i januar 2015. HR og flere ledere får bistand av ARB ved sykefraværsoppfølging og i konfliktfylte saker.	Sikre at ledere har god kunnskap om IA.
Skade på ansatt Ansattssikkerhet		Grønn: 92 % Gul: 6 % Oransje: 0 % Rød: 2 % (fra gul til grønn)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	I 2014 er det meldt 106 avviksmeldinger om skader på ansatt hvorav en er med betydelig konsekvens. Dette er en økning på 17 fra 2013, da det ble meldt 89 slike avvik. De fleste meldingene dreier seg om stikkskader med smitterisiko eller annen smitte risiko.	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 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 94 % Gul: 5 % Oransje: 0 % Rød: 1 % (som sist)			<p><u>Tall fra eHMS og MU pr. 31.12.2014:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 38 av 66 verneområder har gjennomført HMS-runde 15 verneområder/ledergupper har oppdatert HMS-handlingsplanen. Få HMS-handlingsplaner = få gjennomførte HMS-tiltak i 2014. 84 % av medarb. svarte på MU, mot 87 % ifjor Resultatet av MU er generelt svært likt fjoråret med 0-2 poeng økning for 16 temaområder. Temaområdene arbeidsglede og tilhørighet har en økning på 3 poeng, opp til gjennomsnitt for OUS. 60 % har vært involvert i oppfølgingen av forrige års MU, mot 64 % i fjor. Totalt 152 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 31 % fullført, 22 % i arbeid og 47 % ikke påbegynt. <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 21 har gjennomført, 8 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 84 siden 2010). Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 22 ledere har gjennomført, 14 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 84 siden 2010 + 38 før 2010). <p><u>MU</u> Setter klare mål i arbeidet, og flinke til jevnlig å evaluere målene.</p>	<p>Satse mer på det systematiske HMS-arbeidet med HMS-runder, oppfølging av MU, utarbeidelse av HMS-handlingsplaner, og ikke minst gjennomføring av tiltak. Motivere VO til å delta i det systematiske HMS arbeidet. Involvere ansatte i utarbeidelsen av handlingsplaner.</p> <p>Sørge for at alle ledere og VO gjennomfører HMS-opplæring.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
					Klinikk-AMUs arbeid: Det er avholdt 5 møter i 2014. Faste saker: resultatrapportering (sykefravær, regnskap, AML brudd), orientering fra ARB, orientering fra klinikkvernombud og klinikktiltitsvalgte. Varierte saker legges frem fra klinikken.	Det parts sammensatte underutvalget som ble nedsatt i 2014 skal ha spesielt fokus på erfaringsdeling, samt fysisk- og psykisk arbeidsmiljø. ”Kom i form aksjonen” er et positivt tiltak som får fokus i 2015.
HMS-avvik		Grønn: 96 % Gul: 4 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)			Tall fra Achilles for 2014: <ul style="list-style-type: none"> 638 HMS-avvik, hvorav 92 i gruppen Skade på ansatt og 221 i Arbeidsmiljø (Tall for 2013: 669-116-260; Tall for 2012: 714-120-296) 2014 viste en reduksjon i antall registrerte HMS-avvik (31), herav 24 færre avvik med Skade på ansatt og 39 færre som omhandlet arbeidsmiljøforhold enn i 2013. De største avviksgruppene er: Innen sakstype Arbeidsmiljø (221) var de største avvikstypene Orden og renhold 84, Inneklima 47, Smittevern 42, Informasjon/samhandling 23. Innen avvikskategori Skade på ansatt (92) var de største gruppene Fall/slag/støt/klem/stikk/kutt 35, Annen skade på ansatt 21 og Stikk/kutt med smitterisiko 15. Bygninger med tilhørende tekniske anlegg 112 (herav 47 manglende vedlikehold av bygninger/tekn.anlegg, 30 mangel på bygning/tekn. anlegg, 30 skade på bygn./tekn.anlegg som de største undergruppene), Brannvern 79 (herav brannteknisk anlegg 30, rømningsveier 22, brann/branntilløp 14, som de største undergruppene), Utstyr og inventar (62, herav medisinsk utstyr 20 og teknisk utstyr 20 som de to største gr.). 	Fortsatt behov for opplæring i bruk av avvikssystemet for ledere, vernetjeneste, tiltitsvalgte og ansatte Det er tatt opp i klinikk AMU at det skal satses på opplæring av ansatte i OSS i å registrere HMS-avvik. Målet er å utvikle god og hensiktsmessig HMS-avvikskultur for eget arbeidsmiljø. Etterse at tiltak er iverksatt før lukking av avvik. Benytte ARBs tilbud om opplæring/gjennomgang av systemet Gjennomgang av HMS-avvik bør være fast punkt på sakslisten i Klinikk-AMU. Satse mer på å følge opp og iverksette tiltak ved potensielt alvorlige HMS-avvik. Dette for å forebygge reelt alvorlige hendelser.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
					<ul style="list-style-type: none"> Det spesielle med avvikstallene for OSS til sammenligning med øvrige klinikker er at en del avvik er overførte avvik til OSS fra øvrige klinikker i OUS. <p><u>Meldekultur:</u> Meldekulturen for HMS-avvik i OSS-avdelinger er lav. Vår vurdering er at det må gis mer opplæring om Achilles og avviksregistrering til OSS-ansatte. Ledere må oppfordre egne medarbeidere til å registrere HMS-avvik og kommunisere at avvik er noe annet enn varsling av kritikkverdige forhold. Ledere må bidra til å etablere og kommunisere en trygg og sanksjonsfri avvikskultur blant OSS-medarbeidere, herunder ansatte med minoritetsbakgrunn som ikke behersker norsk språk muntlig og/eller skriftlig. En tydeligere avvikskultur i OSS kan bidra til økt pasientsikkerhet i sykehuset fra medarbeidere i alle serviceavdelinger i OSS.</p>	
Plassforhold		Grønn: 81 % Gul: 18 % Oransje: 2 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Flere flytteprosesser og samlokalisering-prosjekter er planlagt og gjennomført. Det er gjort endring i bruk av arealer i forsøk på bedre å tilpasse aktiviteten på sykehuset. Forskningsstøtte har flyttet fra Søsterhjemmet til Sogn Arena og Eiendomsavdelingen flytter / samlokaliseres i Sognsveien 9b i 2015. Prosesser er satt i gang for å frigjøre pasientnære arealer til klinisk personell. Det er 4 prosjekter som klargjøres i leide bygg (Mortensrud, Legevakten Storgata, Sogn Arena, OCCI) og hvor OSS har et oppfølgingsansvar. utfordringer med flytting av ansatte fra cellekontor til felleskontor og kontorlandskap.	Byggeprosjekter og arealendringer risikovurderes og behandles i klinikk - AMU. Fortsette å medvirke ved flytting for å sikre løsninger på arealutfordringer som for eksempel manglende lagerplass og mulighet til å benytte avlastningshjelpemidler i nye lokaler. Bruke oppdatert prosedyre om "Bruk av kontorarealer".

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Inneklima		Grønn: 73 % Gul: 22 % Oransje: 3 % Rød: 2 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Det er fortsatt mangelfull ventilasjon i gammel bygningsmasse, og temperaturen svinger etter årstiden.</p> <p>Enkelte steder er det støy- og støvproblematikk, eksempelvis kjøkken og vaskeri.</p> <p>Ser mulige utfordringer i forhold til støy ved etablering av landskap / felleskontorer i Sogn Arena</p> <p>Redusert renhold har negativ innvirkning på inneklimateet.</p> <p>Små og varme kjøkken er problematisk for kjøkkenverter, blant annet flere steder på Rikshospitalet.</p>	<p>Utbedre ventilasjonen.</p> <p>Holde det ryddig og fjerne det som ikke brukes for å tilrettelegge for renhold. Gjennomgå renholdsrutiner.</p> <p>Sette støykrav til utstyr, samt se på løsninger på støyskjerming der det er behov for det eksempelvis ekspedisjoner, landskap og felleskontorer</p> <p>Etablering av større kjøkken, med bedre muligheter for luftbytter.</p>
Kjemikalier		Grønn: 89 % Gul: 9 % Oransje: 1 % Rød: 2 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	<p>I 2014 var det pålegg fra AT ifm kjemikaliehåndteringen i Renholdsavdelingen. Arbeidsmiljøavdelingen bisto Renhold med å kartlegge og risikovurdere kjemikaliebruk samt utarbeide handlingsplaner.</p> <p>Det er mye kjemikalieavfall på Dikemark (verksted og museum) som ikke er forsvarlig lagret.</p> <p>Det er ulik håndtering av farlig avfall i OUS. Transportører vet ofte ikke hvilke iboende egenskaper det farlige avfallet har.</p> <p>Det er ikke tilstrekkelig ventilasjon i kjemikalieavfallslager på Riks/RAD. Utbedringer pågår. I mellomtiden må personlig verneutstyr (PVU) benyttes.</p> <p>God aktivitet i stoffkartoteket hos de fleste avdelinger.</p>	<p>Fortsette med fokus på kjemikaliehåndtering og utarbeide beredskapsplaner.</p> <p>Avhende alt av farlig avfall fra verksted og museum.</p> <p>Etablere felles løsning på håndtering av farlig avfall. Dette arbeidet er godt i gang.</p> <p>Utføre reparasjon på ventilasjon i lagere for farlig avfall på RH og RAD.</p> <p>Fortsette det gode arbeidet med vedlikehold og risikovurderinger i stoffkartoteket.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Ergonomi		Grønn: 82 % Gul: 17 % Oransje: 0 % Rød: 1 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Antall forflytningsveiledere = 7 (97 i OUS) Portørenheten bistår fortsatt inn i forflytningsundervisningen for hele OUS. En ny veileder har deltatt på kurs i år. Forflytningsfilmer er lagt ut på Intranettet og materiell til bruk for veilederne ligger på Arbeidsmiljøavdelingens intranettside.</p> <p>Klinikken har 18 "Ergonomiveileder" (43 i OUS) og har flest veiledere i OUS. Høyt arbeidstempo kan redusere muligheten for å velge anbefalte ergonomiske løsninger og gi risiko for økt fysisk belastning. Det er avholdt undervisning / workshop i ergonomi og arbeidsteknikk for ansatte på kjøkkenet i samarbeid med lokalt verneombud for å øke bevissthet og sammenheng mellom fysisk belastning og skader.</p> <p>OUS har investeringsplan for innkjøp og utskifting av senger.</p>	<p>Fortløpende vurdering av behovet for veiledere. Opplæring av ergonomiveiledere for å øke kunnskap om arbeidsbelastninger og forebygging av muskel-/ skjelettplager. ARB har tilbud om Ergonomiveilederkurs for ansatte / VO.</p> <p>Benytte tilbud om demo og utprøving av kontorutstyr i Arbeidsmiljøavdelingens lokaler.</p>
Omstilling		Grønn: 98 % Gul: 3 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (noe bedring)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	<p>Det er positivt at OSS med såpass varierte fagområder samlet sett kårer relativt høyt på endring og omstilling i forhold til snittet, og har oppnådd en liten økning fra i fjor.</p>	<p>Videreutvikle arbeidet med kulturbygging. Fortsette å ha samarbeidsmøter med kundene som representerer stor bredde i behov for leveranse.</p>
Arbeidsbelastning		Grønn: 55 % Gul: 39 % Oransje: 2 % Rød: 5 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	<p>Klinikken hadde 1.259 brudd på arbeidstidsbestemmelsene i 2014. MU viser at fysisk arbeidsbelastning, -tempo og arbeidsmengde oppleves som belastende mange steder. Det er også stor variasjon i opplevelsen av egenkontroll. I forhold til opplevd arbeidsmengde er det få avviksmeldinger på arbeidspres og bemanning. Av 221 avvik angående arbeidsmiljø er det bare 8 som dreier seg om arbeidspres eller bemanning.</p>	<p>Sikre medvirkningsarenaer i belastede enheter. Jobbe konsekvent med å se på muligheter for å oppleve større grad av egenkontroll.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Arbeidsglede		Grønn: 88 % Gul: 13 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	I følge MU oppleves arbeidsgleden som god. Den viser også lite belastning i forhold til konflikter men også her er det store variasjoner mellom enheter med svært forskjellige arbeidsoppgaver og personalsammensetning. 23 avvik innen informasjon/samhandling	Fortsette å ha fokus på lederutviklingstiltak som har blant annet arbeidsglede og yrkesstolthet som egne tema. Stadig synliggjøring av verdien i arbeidet som utføres og individuelle tilbakemeldinger på god innsats.
IA		Grønn: 91 % Gul: 9 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (noe bedring)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Sykefraværet i 2014 var 9,5 %, hvilket er en betydelig nedgang fra 2013. Både langtidsfraværet og korttidsfraværet har sunket, men er høyest i OUS. Forholdet mellom langtids-/ korttidsfravær er 6,3 % og 3,2 %. Klinikken har fortsatt sykehusets høyeste fravær, men betydelig arbeid på dette området kan ha vært med på å bidra til redusert fravær. Det er høy score på opplevd jobbrelatert fravær i MU (80 mot 84 for OUS). Oppfølgingen fra leder på MU oppleves som tilfredsstillende for de ansatte. Flere enheter i klinikken har hatt fokus på å forebygge sykefravær, tilrettelegging og sykefraværsoppfølging av enkeltansatte.	Oppmuntre til videre arbeid og fortsatt fokus på sykefraværsprosjekter i enheter med høyt fravær. Benytte lederstøtte og opplæring av ledere i IA -arbeid.
Skade på ansatt Ansattssikkerhet		Grønn: 95 % Gul: 4 % Oransje: 2 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Det er meldt 92 skader på ansatte i 2014, hvorav "fall, slag, støt, klem, kutt", "stikk/kutt med smitterisiko" og "muskel-/skjelettskader" utgjør de største avviksgruppene. 16 avvik er risikovurdert med moderat skade, og 3 med betydelig skade. Tungt manuelt arbeid og høyt tempo gir potensiale for belastningsskader.	Ha fokus på opplæring og veiledning i forhold til fysisk arbeidsbelastning, samt å redusere manuelle løft. Fortsette å anskaffe / benytte hjelpemidler og utstyr til håndtering av varer. Ta i bruk engangsutstyr med "sikkerhetsmessig beskyttelsesmekanismer" for å forebygge stikkskader der dette er hensiktsmessig.

Direktørens stab

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Systematisk HMS-arbeid		Grønn: 98 % Gul: 1 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)			<p>Tall fra eHMS og MU pr. 31.12.14:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 av 8 verneområder har gjennomført HMS-runde 1 verneområder/ledergrupper har oppdatert HMS-handlingsplanen. Få HMS-handlingsplaner = få gjennomførte HMS-tiltak i 2014. 82 % av medarb. svarte på MU, mot 86 % ifjor Resultatet av MU viser +/- 0-2 poeng for 15 av 18 temaområder. Områdene egenkontroll: -5, sosialt samspill: -4, forbedringer: -3. 67 % har vært involvert i oppfølgingen av forrige års MU, mot 71 % i fjor. Totalt 9 tiltak i enhetenes HMS-handlingsplaner: 56 % fullført, 33 % i arbeid og 11 % ikke påbegynt. <p><u>HMS-opplæring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Grunnopplæring for verneombud m.m., 4 dager: 2 har gjennomført. Ingen har startet på kurs i 2013-2014. (Totalt gjennomført: 7 siden 2010). Grunnopplæring for ledere, 2 dager: 2 ledere har gjennomført. 2 som startet på kurs i 2013-2014 har ennå ikke fullført. (Totalt gjennomført: 7 siden 2010 + 5 før 2010). <p><u>Klinikk-AMUs arbeid:</u> Det har vært avholdt to møter i AMU for Direktørens stab i 2014. Det meldes svært få saker til AMU. HMS-avvik er fast post.</p>	<p>Satse mer på det systematiske HMS-arbeidet med HMS-runder, oppfølging av MU, utarbeidelse av HMS-handlingsplaner, og ikke minst gjennomføring av tiltak.</p> <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.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
HMS-avvik		Grønn: 98 % Gul: 1 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)			<p><u>Tall fra Achilles for 2014 :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 35 avvik, hvorav 4 i gruppen Skade på ansatt og 4 Arbeidsmiljø (Tall for 2013: 21-4-2); Tall for 2012: 17-2-4) • Vi ser en økning i det totale antallet registrerte HMS-avvik i 2014 som i hovedsak skyldes overførte HMS-avvik fra øvrige klinikker om IT-utstyr/IT-system (23). Langt flere avvik om samme sakstype meldes som AND-avvik og enkelte også som PAS-avvik i Achilles. • 12 HMS-avvik ble meldt i 2014 av stabsansatte. <p>De omhandlet arbeidspress, ergonomi, inneklima, orden og renhold. 2 av 4 meldt som skade på ansatt omhandlet fysisk vold. Dette er ikke vold mot ansatte i staben, men hendelser andre steder i OUS som er videresendt til juridisk direktør for juridisk oppfølging</p> <p><u>Meldekultur:</u> I likhet med 2013 erfarer vi at det også i 2014 er få meldte HMS-avvik i Direktørens stab. Rutiner/praksis for oppfølging av HMS-avvik i enhetene varierer. Tilsvarende kan rutiner og praksis for oppfølging av avvik fra ledernes side variere. Stabsansatte og ledere bør få opplæring om Achilles og avviksregistrering/-oppfølging, i enheter der slik opplæring ikke allerede har blitt gjennomført.</p>	<p>Satse mer på å følge opp og iverksette tiltak ved potensielt alvorlige HMS-avvik. Dette for å forebygge reelt alvorlige hendelser.</p> <p>Meldekulturen kan fortsatt forbedres.</p>

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Plassforhold		Grønn: 80 % Gul: 20 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (fra gul til grønn)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes		Dersom plassforhold fortsatt er problem, bør det behandles og risikovurderes i Klinikk-AMU.
Inneklima		Grønn: 65 % Gul: 8 % Oransje: 2 % Rød: 0 % (som sist)	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Lokalene mangler ventilasjonsanlegg, og som tidligere meldes det om inneklimatematikk. Godt renhold for å redusere støvmengden er viktig.	Det er anbefalt å installere ventilasjonsanlegg. Dette er det ikke sannsynlig at vil bli gjennomført i overskuelig fremtid. Derfor bør man være forsiktig med å fortette kontorarbeidsplassene der inneklimatemet er problem. Tilrettelegge for hensiktsmessig renhold.
Kjemikalier			Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ikke aktuelt.	
Ergonomi		Grønn: 100 % Gul: 0 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Mye ensidig kontorarbeid. Økte belastninger ved store arbeidsmengder og tidsfrister.	Variasjon i arbeidsoppgaver. Bevisstgjøring av den enkelte. Tilrettelegge dataarbeidsplassene med oppgradering av datahjelpemidler. Benytte tilbud om demonstrasjon og utprøving av kontorutstyr i Arbeidsmiljøavdelingens lokaler.
Omstilling		Grønn: 67 % Gul: 33 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	God holdning til omstilling.	Fortsette den gode utviklingen.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
Arbeidsbelastning		Grønn: 33 % Gul: 33 % Oransje: 33 % Rød: 0 % (som sist)	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	Sannsynlig helserisiko Tiltak bør iverksettes	<p>Resultat MU=72 er det samme som i 2012 og 2013, og av de høyeste i OUS. Medvirkning og egenkontroll oppleves også som i de foregående årene som god.</p> <p>Noe belastende arbeidsmengde og –tempo. Opplever at arbeidsoppgavene står i forhold til kompetansen. Signifikant forskjell på tilgang til å påvirke mengden arbeid som blir tildelt. Kan bestemme arbeidstempoet selv, men opplever at de har lavere egenkontroll på arbeidsmengde enn i fjor. Totalt sett oppleves arbeidsbelastningen fremdeles høy.</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 relativt høy egenkontroll i forhold til resten av OUS, og god mulighet for medvirkning. Det er mange som jobber utover ordinær arbeidstid. Arbeidsgleden er fremdeles høy. Disse faktorene kan være noe av forklaringen på at arbeidsbelastning kommer tallmessig såpass bra ut i MU, i forhold til snittet for OUS.</p>	Se på muligheten til å påvirke mengden arbeid som blir tildelt.
Arbeidsglede		Grønn: 100 % Gul: 0 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Som siste år er resultat MU=82 som er et godt resultat. Motivasjonen er på topp, tilhørighet og stolthet over arbeidsplassen er sterk.	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 2015.

	Klinikkens egen vurdering 2014	Oppsummering av enhetenes HMS-runder 2014	ARBs faglige vurdering 2013	ARBs faglige vurdering 2014	Arbeidsmiljøavdelingens kommentarer	Arbeidsmiljøavdelingens forslag til tiltak
IA		Grønn: 100 % Gul: 0 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (som sist)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	<p>Sykefraværet i 2014 var 2,8 %, omtrent det samme som i 2013, og lavest i OUS. Forholdet mellom langtids-/ korttidsfravær var 1,7 % / 1,1 %.</p> <p>Som i fjor scores det gjennomsnittlig på egenrapportering av arbeidsrelatert fravær i MU, og godt over gjennomsnittet på spørsmål om lederoppfølging av sykefravær i MU.</p> <p>Det er dog en nedgang i svar på ”min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det”. Resultatet i år er 77, i fjor 82.</p>	Sikre at lederne har god kunnskap om IA.
Skade på ansatt Ansattssikkerhet		Grønn: 80 % Gul: 20 % Oransje: 0 % Rød: 0 % (fra gul til grønn)	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen helserisiko Tiltak er vanligvis ikke nødvendig	Ingen skademeldinger i 2014.	
Annet			Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Mulig helserisiko Tiltak bør vurderes	Det har over flere år vært utfordringer med IT-systemene. Det er det fremdeles, men situasjonen er nå noe bedre, og holdningen er optimistisk i forhold til at det nå er planlagt oppgradering av IT- systemene.	

5. HMS-opplæring i 2014

	PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
Brannvernopplæring	78 %	80 %	77 %	78 %	88 %	88 %	75 %	87 %	79 %	68 %
MTU-opplæring	28 %	60 %	78 %	76 %	61 %	79 %	95 %	82 %	uaktuelt	uaktuelt
Arbeidsmiljøopplæring	60 %	71 %	53 %	61 %	68 %	52 %	71 %	71 %	67 %	82 %
Elsikkerhet	18 %	30 %	21 %	15 %	14 %	4 %	24 %	22 %	23 %	0 %

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 (Arbeidsmiljøavdelingens anbefaling = 100 %)

6. Viktigste gjennomførte tiltak i klinikkene i 2014 – egenrapportering fra klinikkene

PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
Faglig utvikling Sosialt samspill Vold og trusler Arbeidsglede Rolleklarhet Psykososialt / organisatorisk arbeidsmiljø	Faglig utvikling Forbedringer Sosialt samspill Arbeidslokaler og fellesarealer Verdier Motivasjon Arbeidsglede	Faglig utvikling Medvirkning Arbeidsglede Sosialt samspill Brannvern Mål	Faglig utvikling Arbeidslokaler / fellesarealer Kvalitet/trygghet /respekt Arbeidsglede Systematisk HMS-arbeid Psykososialt/ organisatorisk arbeidsmiljø	Faglig utvikling Arbeidsglede Mål Sosialt samspill HMS-runde med systematisk HMS-arbeid Psykososialt / organisatorisk arbeidsmiljø	Ergonomi Faglig utvikling Arbeidslokaler / fellesarealer Strålevern Kjemikalier Konsernrevisjon -oppfølging	Faglig utvikling Forbedringer Arbeidsglede Arb.lokaler / fellesarealer Sykefravær Motivasjon	Faglig utvikling Arbeidsbelastning Ergonomi Sosialt samspill Arbeidslokaler / fellesarealer Brannvern	Arbeidsglede Sosialt samspill Faglig utvikling Medvirkning Arbeidsbelastning Konflikter	Rolleklarhet Faglig utvikling Inneklime Ergonomi Verdier

7. Viktigste gjenstående arbeidsmiljøproblematikk i klinikkene pr. 2014 – egenrapportering fra klinikkene

PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
Faglig utvikling Sosialt samspill Rolleklarhet Verdier Motivasjon Medvirkning	Faglig utvikling Forbedringer Arbeidslokaler og fellesarealer Arbeids- belastning Inneklime Mål	Faglig utvikling Arbeids- belastning Arbeidslokaler / fellesarealer Arbeidsglede Sosialt samspill Inneklime	Faglig utvikling Arbeids- belastning Arbeidslokaler / fellesarealer Sosialt samspill Mål Egenkontroll	Faglig utvikling Arbeids- belastning Arbeidslokaler / fellesarealer Mål Arbeidsglede Medvirkning	Arbeidslokaler / fellesarealer Målarbeid Verdier Arbeids- belastning Strålehygiene Kjemikalier Brannvern Avviks- behandling	Miljøledelse Ergonomi Vold og trusler Smittevern Kjemikalier Inneklime	Arbeids- belastning Faglig utvikling Arbeidslokaler / fellesarealer Sosialt samspill Inneklime Endring/ omstilling	Arbeids- belastning Motivasjon Sosialt samspill Faglig utvikling Medvirkning Inneklime	Arbeids- belastning Faglig utvikling Inneklime Rolleklarhet

8. Satsningsområder i klinikkene i 2015 – egenrapportering fra klinikkene

PHA	MED	KKN	KVB	KKT	HLK	AKU	KDI	OSS	STAB
Målarbeid Faglig utvikling Effektivitet IA	Faglig utvikling Arbeids- belastning Forbedringer Mål Arbeidsglede Medvirkning	Areal- problematikk Forbedringer / flytprosjekter Inneklime IA Samarbeid og kultur Arbeidsglede	Faglig utvikling Arbeids- belastning Ansattssikkerhet Informasjon/ samhandling Arbeidslokaler / fellesarealer	Faglig utvikling Arbeids- belastning Arbeidslokaler / fellesarealer Mål Arbeidsglede Medvirkning	Arbeidslokaler / fellesarealer Målarbeid Arbeids- belastning Strålevern Brannvern Kjemikalie- håndtering Renhold HMS-revisjon	Oppfølging av HMS-avvik Sykefravær Diverse HMS- opplæring Elsikkerhet Smittevern Brudd på arbeidstids- bestemmelsene	Faglig utvikling Arbeids- belastning Sosialt samspill Arbeidslokaler Medvirkning Verdier	Arbeids- belastning Sosialt samspill Motivasjon Faglig utvikling Arbeidsglede Medvirkning	Arbeids- belastning Fellesarealer Faglig utvikling Verdier

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. april 2015

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

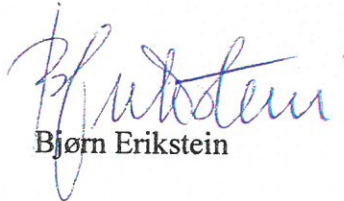
Vedlegg: DP05 Akutfunksjoner Ullevål Sluttrapport
desember 2014

**SAK 32/2015 AVSLUTTET BYGGEPROSJEKT AKUTTBYGG
PÅ ULLEVÅL SYKEHUS**

Forslag til vedtak:

1. *Styret tar sak om avsluttet byggeprosjekt ved Oslo universitetssykehus HF, med vedlegg "DP05 Akutfunksjoner Sluttrapport desember 2014" til etterretning.*
2. *Styret ber administrerende direktør fremsende DP05 sluttrapport til Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo, den 23. april 2015



Bjørn Erikstein

Sammendrag

Prosjektet «Akuttfunksjoner Ullevål» ble igangsatt medio 2010 som ledd i tilrettelegging av bygninger og utstyr for overføring av akuttfunksjoner særlig fra Aker sykehus til Ullevål sykehus. Prosjektet hadde som formål å øke akuttkapasiteten ved Ullevål sykehus. Et nytt akuttbygg ble ansett som nødvendig for å kunne gjennomføre en flytting av døgnaktiviteten ut av Aker sykehus. Med tanke på å samle mange av de mest sentrale akuttmedisinske enhetene ble et nytt akuttbygg planlagt ved siden av dagens akuttmottak på Ullevål sykehus. Dette omfattet både akuttmottak, intensivavdeling og operasjonsavdeling, men også ombygginger i andre tilgrensende bygg for å lage gode helhetsløsninger.

Oppføringen av et nybygg (Akuttbygget) på 3700 kvm og ombygging av ca 1000 kvm i tilgrensende bygg støtte på uventede utfordringer underveis. Dette knyttet seg til tomtearbeider på en trang tomt med svært vanskelige grunnforhold, uforutsette myndighetspålegg, samt dårlig kvalitet og kapasitet i teknisk infrastruktur i de bygg som nybygget skulle kople seg til. Akuttbygget (bygg 17) ble likevel reist i henhold til opprinnelig tidsplan og budsjett, og åpnet for klinisk drift januar 2014.

I denne styresaken informeres det om hovedinnholdet i sluttrapporten som redegjør nærmere for gjennomføringen av byggeprosjektet.

Tidligere vedtak i saken

Idefaseutredningen for prosjektet ble behandlet i styret i Oslo universitetssykehus HF ved sak 13/2011 og 24/2011. Forprosjektet ble først behandlet i sak 81/2011. Deretter ble det bearbeidet for å møte de regionale premisser for utnyttelse av kapasitet av blant annet operasjonsstuene. Kostnadsrammen, på henholdsvis (P85) 394 millioner kroner og (P50) 378 millioner kroner, ble fastlagt ved styrets godkjenning av bearbeidet forprosjekt i sak 101/2011 og ved den etterfølgende godkjenning av forprosjektet i Helse Sør- Øst 30. september 2011.

Prosjektet Akuttfunksjoner Ullevål, som det enkeltstående største prosjektet i porteføljen for omstillingsprosjekter, er omtalt i flere styresaker. Siste samlet status over sykehusets omstillingsprosjekter, herunder dette prosjekt, ble gitt i styresak 68/2014.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Arbeidet med prosjektet Akuttfunksjoner Ullevål er nå avsluttet. Akuttbygget som nå er tatt i bruk, har vist seg velfungerende og betyr en vesentlig forbedring av både kapasiteten og effektiviteten i akuttmottaket og for traumebehandlingen i hele Oslo og hele regionen. Pasienter som kommer inn til akuttmottaket på Ullevål tas nå imot i fremtidsrettet og nye lokaler.

Det er positivt at det i forbindelse med ombygningen i eksisterende bygninger, også er gjennomført pålagte oppgraderingsbehov for å sikre forsvarlig drift og godt arbeidsmiljø.

Faktabeskrivelse

Prosjektet «Akuttfunksjoner Ullevål» ble igangsatt medio 2010 som ledd i tilrettelegging av bygninger og utstyr for overføring av akuttfunksjoner fra Aker sykehus til Ullevål sykehus. Dette var i samsvar med overordnede føringer fra Helse Sør-Øst (styrevedtak 108/2008).

Da akuttmottaket på Ullevål sykehus i sin tid ble bygget, var det dimensjonert for 15.000 pasienter årlig. De arealmessige forhold for å ivareta akuttkapasiteten på Ullevål sykehus var allerede da svært vanskelige og en ytterlig belastning ved overtakelsen av Aker sykehus sine akuttfunksjoner ville kreve både ytterligere areal og forbedret bygningsmessig logistikk. En samling av lokalsykehusfunksjoner på Ullevål sykehus ville også kreve økt operasjonskapasitet med tilhørende behov for støttearealer. Den primære årsaken til det økte behovet var flyttingen fra Aker sykehus av urologi og gastrokirurgi. Ortopedi og øyeblikkelig hjelp funksjonen medførte også noe økt behov for operasjonsstuer med nødvendige støttearealer.

For å ivareta den økte aktiviteten, var det også nødvendig å utvide postoperativhetenes arealer. Kapasiteten ved intensivfunksjonen på Ullevål sykehus var heller ikke tilstrekkelig for å kunne ivareta en virksomhets overføring fra Aker sykehus. Ansvar for enkelte intensivpasienter, som tidligere ble behandlet ved postoperativ avdeling, skulle nå overføres til intensivfunksjonen. Dette medførte et økt behov for senge- og støttearealer.

Samlet skulle et nytt bygg på 3700 kvadratmeter med en plassering inntil eksisterende akuttmottak på Ullevål sykehus gi arealer for et utvidet akuttmottak, 6 nye operasjonsstuer (hvorav fire skulle innredes) samt 12 nye intensivplasser. To kombinerte intensivrom og luftsmitteisolater inngikk i dette. Det skulle også foretas ombygginger i andre tilgrensende bygg for å lage gode helhetsløsninger.

Bygningsmessige tiltak for å øke kapasiteten på disse områdene ble samlet i ett prosjekt som ble benevnt «DP05 Akuttfunksjoner Ullevål». Betegnelsen «DP05» viser til at dette prosjektet inngikk i porteføljen for omstillingsprosjekter. Etersom tilstrekkelig arealkapasitet var en vesentlig premiss for overføringen fra Aker sykehus hadde dette prosjektet et betydelig framdriftskrav på seg.

Forslag til løsning av behovene forelå i en konseptrapport som ble godkjent av Helse Sør-Øst RHF i juli 2011. Endelige rammer og detaljerte løsninger ble godkjent av regionforetaket september 2011. Det godkjente prosjektet var delt i to «etapper». Første etappe inneholdt i hovedsak et nybygg (bygg 17) i tre etasjer samt kjeller, plassert nært inntil eksisterende akuttmottak tilgrensende bygg 4 og 7 på Ullevål sykehus. Andre etappe besto av ombygging av tilgrensende bygg. Hovedoppgaven her var ombygging av eksisterende akuttmottak i bygg 4 samt noen tiltak i postoperativ og intensivheter.

For å sikre en rask framdrift i prosjektet ble kontrahering av byggearbeid igangsatt parallelt med utarbeidelse og godkjenning av forprosjekt. Av samme grunn og for å finne gode løsninger på en vanskelig tomt, ble det valgt å kontrahere en totalentreprise. Kontrakt med entreprenør ble inngått en måned etter godkjent forprosjekt, og byggearbeidene ble igangsatt sent i 2011.

Tidlig i byggefasen avdekket prosjektet en utfordring når det gjaldt tomtarbeidene på en trang tomt med svært vanskelig grunnforhold. Det ble besluttet å endre fundamenteringsmåte til en metode som ga minimal forstyrrelse for omliggende klinisk virksomhet (nevrokirurgi). Dette medførte isolert sett en merkostnad på 9

millioner kroner og forlenget byggetiden med tre måneder. Det nye Akuttbygget (bygg 17) ble imidlertid overlevert i samsvar med kostnadsramme og tidsfrist.

Samlet tid medgått til planlegging og oppføring av nytt akuttmtottak på Ullevål tok ca. 3,5 år, og må anses som uvanlig raskt. Fra januar 2014 var det full klinisk drift i bygget, med unntak for operasjonsstuene ble tatt i bruk senere. I dag mottar akuttmtottaket ved Oslo universitetssykehus Ullevål om lag dobbelt så mange i forhold til hva det gamle akuttmtottaket var dimensjonert for.

I februar 2014 startet ombygging i eksisterende bygg 4 (andre etappe). Arbeidet er gjennomført samtidig med full drift i akuttmtottaket. Ombyggingen er derfor gjort «bitvis» slik at ferdigstilte arealer kunne tas i bruk suksessivt. Dette har vært krevende både av hensyn til klinisk virksomhet, men også fordi ombygging i den gamle bygningsmassen medførte mange uforutsette tekniske og bygningsmessige utfordringer.

Ombyggingen i bygg 4, ble vesentlig mer omfattende og tidkrevende enn planlagt. Etappen ble avsluttet desember 2014, ca. et halvt år forsinket og har medført en del uforutsette kostnader. Kostnadene knytter seg til oppgraderingstiltak innenfor elektro, ventilasjon og brann som er tilsynshjemlet, og måtte utføres i tillegg til selve oppgraderingen. I likhet med erfaring fra øvrige ombygginger øker dette kompleksiteten og kostnader, men gjennomføring av tilsynshjemlet tiltak bedrer det totale resultatet og sikrer forsvarlig drift.

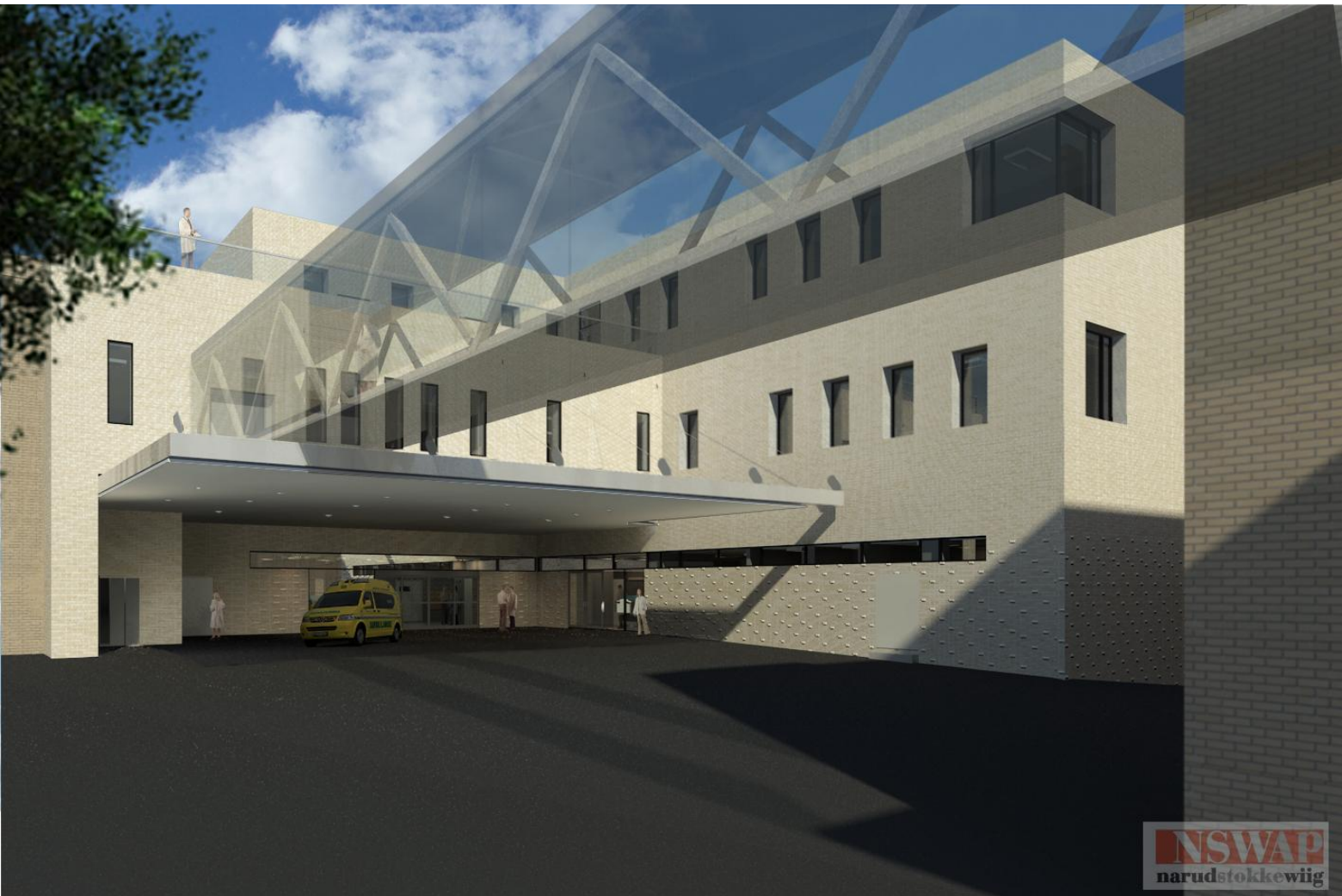
Kostnadene knyttet til tilsynsoppgraderingen i bygg 4 på om lag 16 millioner kroner er i sin helhet og i likhet med øvrige myndighets relaterte tiltak, finansiert gjennom den ordinære investeringsrammen. Forsinkelsen har imidlertid ikke hatt konsekvenser for virksomheten.

Prosjektet Akuttfunksjoner Ullevål er gjennomført innenfor en krevende tidsramme. Den største enkeltsaken som medførte ekstrakostnader, var beslutningen om endret fundamenteringsmåte til «silent piling» (ca. 9 millioner kroner). I tillegg ble det mye uforutsett arbeid i ombyggingsarealene, til en anslått merkostnad på 6 millioner kroner. Dette er finansiert innenfor prosjektets styringsmål (P50). Prosjektet overskrider det prisregulerte styringsmålet for kostnader (P50) med ca. 2 millioner kroner, men har også en mulig "oppside" knyttet til hvem som skal ta kostnader på ca 2 millioner kroner, entreprenør eller prosjektet. Marginen på 16 millioner kroner (ikke prisregulert) er urørt.


Prosjektet er gjennomført uten unødige forstyrrelser i byggeperioden og brukere er godt fornøyd med kvalitet og gjennomføring av leveransen.

OUS arealtiltak

**DP05 Akutfunksjoner Ullevål
Sluttrapport desember 2014**



Dokumentkontroll

Revisjon:	Revisjonen gjelder:			Godkjent:	Dato:
	Ny gjennomgang med PA			ØD	17.04.2015
	Etter gjennomgang med PA 04.02.2015				
Prosjektnr:	Arkivnr.:		Saksbeh.: G. Stumo	Kontroll: Ø. Dolva	Dato: 17.04.2015
Dokumenttittel:					
DP05 Akutfunksjoner Ullevål - sluttrapport desember 2014					
 Oslo universitetssykehus					

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag av rapporten	3
1.1	Sammendrag	3
1.2	Bakgrunn	2
2	Prosjektets formål og innhold	2
2.1	Omorganisering OUS – «storbyesykehuset»	2
2.2	Virksomhetsbehov	2
2.3	Løsningskonsept.....	3
3	Behandling og godkjenning av prosjektforslag.....	6
3.1	Godkjenning av konsept	6
3.2	Behandling og godkjenning av forprosjekt	7
4	Prosjektets eierskap og overordnet organisering	8
4.1	Prosjekteier og prosjektansvarlig.....	8
4.2	Prosjektorganisasjon	8
4.3	Samhandling med driftsorganisasjon	11
4.4	Ansvar og fullmakter.....	11
5	Prosjektets kvalitet, framdrift og kostnader	11
5.1	Kvalitet	11
5.2	Framdrift og hovedmilepæler.....	11
5.3	Kostnader	13
6	Programmering, prosjektering, utstyrsanskaffelse og IKT.....	14
7	Bygging	15
7.1	Kontrahering av byggearbeid	15
7.2	Entreprenørens prosjektering.....	15
7.3	Samspillfase	17
7.4	Gjennomføring av bygging	17
7.5	Varsling og informasjon om byggearbeid	18
8	Spesielle utfordringer og erfaringer	18
8.1	Prosjektleders vurderinger.....	18
8.2	Konsept og overordnede løsninger	18
8.3	Kvalitet – funksjonelt og teknisk	18
8.4	Framdrift	19
8.5	Kostnad.....	20
8.6	Organisering og styring	21

9	Vedlegg.....	22
9.1	Kostnadsrapport per desember 2014.....	22
9.2	Leverandøroversikt.....	23
9.3	Fullmaktsmatrise.....	24

1 Sammendrag av rapporten

1.1 Sammendrag

Prosjektet «Akutfunksjoner Ullevål» ble igangsatt medio 2010 som ledd i tilrettelegging av bygninger og utstyr for overføring av akutfunksjoner fra Aker til Ullevål. Dette var i samsvar med overordnede føringer fra Helse Sør-Øst (styrevedtak 108/2008), med sikte på etablering av et «storbysykehus» ved Ullevål.

De arealmessige forhold for å ivareta akuttkapasiteten på Ullevål var allerede svært vanskelige og ytterligere belastning ved overtakelsen av Akers akutfunksjoner krevde både ytterligere areal og forbedret bygningsmessig logistikk. Tilstrekkelig arealkapasitet var en vesentlig premisse for overføringen fra Aker; prosjektet hadde derfor et betydelig framdriftskrav på seg.

Forslag til løsning av behovene forelå i en konseptrapport som ble godkjent av regionforetaket i juli 2011. Deretter ble de endelige rammer og detaljerte løsninger godkjent av regionforetaket 29.09.2011 ved behandling av forslag til forprosjekt. Det godkjente prosjektet var delt i to «etapper». Første etappe inneholdt i hovedsak nybygg i tre etasjer samt kjeller nært inntil eksisterende akuttmottak. Andre etappe besto av ombygging av tilgrensende bygg. Hovedoppgaven her var ombygging av eksisterende akuttmottak i bygg 4 samt noen tiltak i postoperativ og intensivheter.

Samlet ga dette arealer for et utvidet akuttmottak, 6 nye operasjonsstuer (hvorav fire skulle innredes) samt 12 nye intensivplasser. To kombinerte intensivrom og luftsmitteisolater inngår i dette. Det skulle også foretas ombygginger i andre tilgrensende bygg for å lage gode helhetsløsninger.

Rask framdrift i prosjektet for å kunne realisere overføring av akuttvirksomhet fra Aker så snart som mulig, var et viktig krav fra prosjekteiers side (Oslo universitetssykehus HF). Kontrahering av byggarbeid ble derfor igangsatt parallelt med utarbeidelse og godkjenning av forprosjekt. Av samme grunn og for å finne gode løsninger på en vanskelig tomt, ble det valgt å kontrahere en totalentreprise. Kontrakt med entreprenør ble inngått en måned etter godkjent forprosjekt, og byggarbeidene ble igangsatt sent i 2011.

Tidlig i byggeprosessen ble det besluttet å endre fundamenteringsmåte til en metode som ga minimal forstyrrelse for omliggende klinisk virksomhet (nevrokirurgi). Dette medførte en merkostnad på 9 MNOK og forlenget byggetiden med tre måneder. Nybygget (bygg 17) ble overlevert i samsvar med tid og kostnadsramme.

I perioden fra godkjent forprosjekt til gjennomføring av ombygging av bygg 4 i 2014 har det tilkommet et stort antall myndighetspålegg. Disse omfatter også bygg 4 på Ullevål. I likhet med vår erfaring fra øvrige ombygginger, har konsekvenser av dette medført vesentlig kostnadsøkning knyttet til ombygging av bygg 4. Dette var det ikke mulig å ta høyde for i forprosjekteringen. I likhet med øvrige myndighetsrelaterte tiltak er denne merkostnad belastet ordinært vedlikeholdsbudsjett.

Samlet tid medgått til planlegging og gjennomføring av nytt akuttmottak på Ullevål er ca. 3,5 år, og må anses som uvanlig raskt. Fra januar 2014 var det full klinisk drift i bygget, med unntak for operasjonsstuene som tas i bruk senere.

I februar 2014 startet ombygging i eksisterende bygg 4 (andre etappe). Arbeidet er gjennomført samtidig med full drift i akuttmottaket. Ombyggingen er derfor gjort «bitvis» slik at ferdigstilte arealer kunne tas i bruk suksessivt. Dette har vært krevende både av hensyn til klinisk virksomhet, men også fordi ombygging i den gamle bygningsmassen medførte mange uforutsette tekniske og bygningsmessige utfordringer. Denne ombyggingen ble vesentlig mer omfattende og tidkrevende enn planlagt. Etappen har derfor pågått helt fram til overlevering 16.12.2014, ca. et halvt år forsinket. Forsinkelsen har imidlertid ikke hatt konsekvenser for virksomheten.

Prosjektet DP05 Akuttfunksjoner er stramt styrt og er gjennomført innenfor en krevende tid- og kostnadsramme. Prosjektet overskrider det prisregulerte styringsmålet for kostnader (P50) med ca. 2 MNOK, og har en mulig "oppside" på knyttet hvem som skal ta kostnader på ca 2 MNOK, entreprenør eller prosjektet. Marginen på 16 MNOK (ikke prisregulert) er urørt.

Prosjektet er gjennomført uten unødige forstyrrelser i byggeperioden og brukere er godt fornøyd med kvalitet og gjennomføring av leveransen.

1.2 Bakgrunn

Arbeidet med DP05 Akuttfunksjoner Ullevål nærmer seg avslutning, og denne rapporten er utarbeidet for å betjene behovet for en sluttrapport. I OUS-styrets behandling av prosjekt 29.09.2011 framgår bl.a. følgende i vedtaket:

Endelig sluttrapport for prosjektet legges fram for styret på et egnet tidspunkt etter at prosjektet er sluttført.

Det vil pågå noen aktiviteter i prosjektet før det fullt ut kan avsluttes:

- Oppretting og oppfølging av mangler ved overtagelse.
- Sluttoppgjør med entreprenør og utstyrsleverandører.

2 Prosjektets formål og innhold

2.1 Omorganisering OUS – «storbysykehuset»

Retningslinjer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF (OUS) er nedfelt i styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF av 20. november 2008. Det ble etter den tid gjennomført flere utredningsprosjekter for å følge opp og konkretisere de vedtakene som Helse Sør-Øst RHF gjorde i saken om «hovedstadsprosessen». Sentralt i utredningene var etablering av et «storbysykehus» ved Ullevål for samling av lokalsykehusfunksjoner.

Et av de tidskritiske tiltakene for å etablere storbysykehuset og overføre døgnvirksomhet fra Aker til Ullevål, var å øke kapasiteten i akuttfunksjonene ved Ullevål. Det omfattet:

- Akuttmottak
- Operasjonsstuer
- Postoperativ funksjon / oppvåkning
- Intensiv funksjon

Bygningsmessige tiltak for å øke kapasiteten på disse områdene ble samlet i ett prosjekt som ble benevnt «DP05 Akuttfunksjoner Ullevål». Betegnelsen «DP05» viser til at dette prosjektet inngår i en større prosjektportefølje med et trettital delprosjekter, hvorav DP05 har vært det mest omfattende.

2.2 Virksomhetsbehov

Behovet for å øke kapasiteten innen ovenstående funksjoner var som følger:

Akuttmottak

Kapasiteten ved akuttmottaket på Ullevål var ikke tilstrekkelig for å kunne ivareta den planlagte overføringen av virksomhet fra Aker, og allerede før overføring var kapasiteten tilfredsstillende i en lengre periode av døgnet. Det var derfor nødvendig å utnytte alle muligheter for å bedre kapasiteten innenfor daværende arealer, og det var nødvendig å utvide akuttmottakets arealer og etablere en effektiv totalvirksomhet.

Operasjon

Samling av lokalsykehusfunksjoner ved Ullevål ville kreve økt operasjonskapasitet med tilhørende behov for støttearealer. Den primære årsaken til det økte behovet var flyttingen fra Aker av urologi og gastrokirurgi. Ortopedi og øyeblikkelig hjelp funksjonen medførte også noe økt behov for operasjonsstuer. Prosjektet omfatter også etablering av nødvendige støttearealer i tilknytning til operasjonsvirksomheten.

Postoperativ funksjon

Kapasiteten ved postoperativfunksjonen på Ullevål var ikke tilstrekkelig for å kunne ivareta overføring av virksomhet fra Aker. For å ivareta den økte aktiviteten, var det nødvendig å utvide postoperativhetenes arealer og etablere en effektiv totalvirksomhet. Virksomheten manglet også nødvendige støttearealer.

Ved sentral PO ble det i en viss grad behandlet også intensivpasienter, bl.a. ved behov for respirator. Det ble besluttet at intensivavdelingen selv skulle ivareta disse pasientene i fremtiden.

Intensivfunksjon

Kapasiteten ved intensivfunksjonen på Ullevål var ikke tilstrekkelig for å kunne ivareta overføring av virksomhet fra Aker. Når ansvaret for de intensivpasientene som da ble behandlet ved postoperativ avdeling også skulle overtas, vil det medføre ytterligere behov for senge- og støttearealer.

2.3 Løsningskonsept

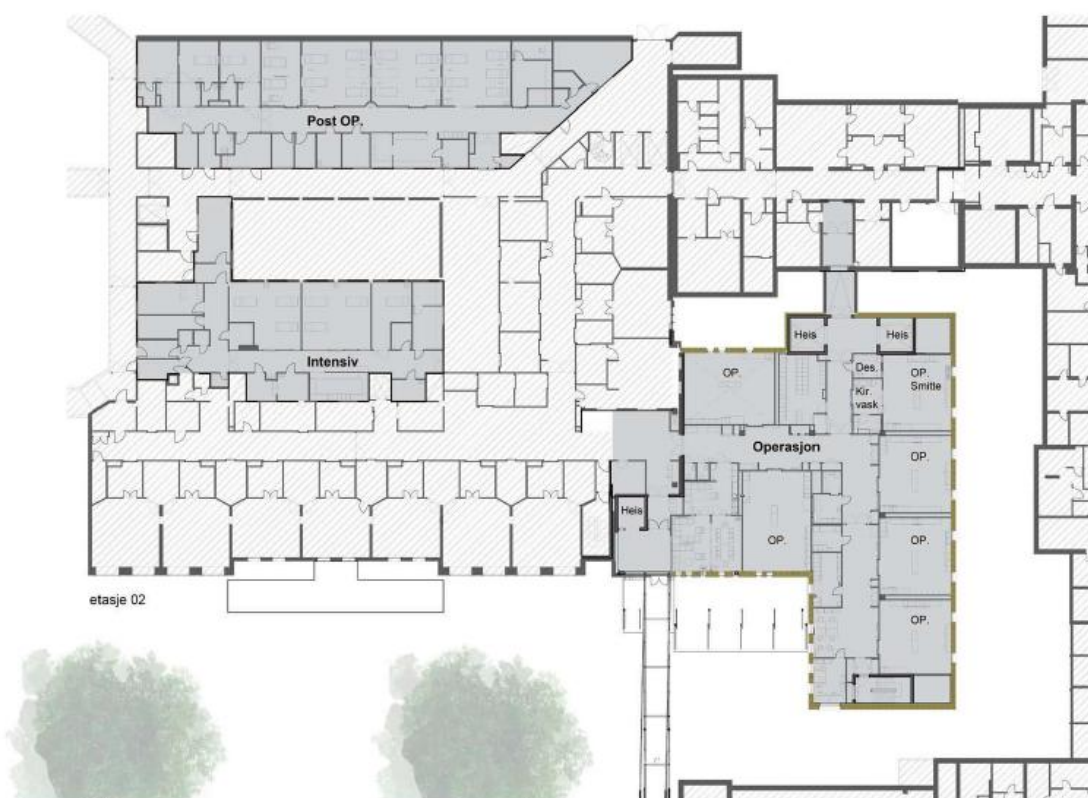
Første trinn i planleggingen for å ivareta behovene var utredning og utarbeidelse av en idé-/konseptfaserapport, ref. *Delprosjekt Akutfunksjoner Ullevål. Idéfaserapport* datert 25.01.11. I rapporten beskrives og drøftes fire løsningsalternativer. Alternativ 4 med et nybygg i tre etasjer var det som tilfredsstilte alle definerte behov og utvalgelseskriterier. Det alternativet ivaretok i særlig grad ønsket om ikke å foreta store investeringer i gammel bygningsmasse med begrenset gjenværende levetid.

Det valgte konseptet bestod primært av et nybygg (bygg 17) på 3 etasjer og kjeller i gårdsrommet mellom bygg 4 og bygg 7. Nybygget ble planlagt i tre etasjer og kjeller med utvidet akuttmottak i 1. etasje, operasjonsstuer i 2. etasje og intensiv i 3. etasje. Videre ble det planlagt ombygging i bygg 4 plan 1 og 2 noe ombygging i bygg 7 plan 1 og 2. Se illustrasjoner nedenfor.

OBS! Endelige romløsninger avviker på noen områder fra det opprinnelige konseptet!



Plan 1 Nybygg bygg 17 og ombygging i bygg 4 for akuttmottak



Plan 2 Nybygg plan 2 med intensiv og ombygging plan 2 bygg 4 for postop.



Plan 3 Nybygg bygg 17 med intensiv



Kjeller nybygg med tekniske rom samt lager og forsyning



Snitt gjennom nybygg bygg 17.

I eksisterende bygg 4 flyttes postoperativfunksjonen til dagens intensivarealer, og dagens postoperativarealer omdisponeres til «lettpost» for intensiv. Det økte behovet for postoperative plasser løses med mindre bygningsmessige tilpasninger, siden sengearealet i dagens intensiv enhet dekker behovet for postoperative plasser. (Disse mindre, bygningsmessige tilpasningene er i slutfasen tatt ut av prosjektet og er blitt løst i sammenheng med andre tiltak i samme område.)

I sterilentralen i kjelleren av bygg 4 utvides vaske- og pakkekapasiteten for å ivareta behovet som følger av de nye operasjonsstuen. (Senere ble det besluttet å foreta en arealutvidelse og oppgradering av sterilentralen som et eget delprosjekt – DP35.)

3 Behandling og godkjenning av prosjektforslag

3.1 Godkjenning av konsept

Prosjektet ble behandlet i styret for OUS den 17.02.2011 i sak 13/2011 og i møte 31.03.2011 i sak 24/2011. I sistnevnte sak gjorde styret følgende vedtak:

Styret viser til vedtak i sak 13/2011 pkt. 1: "Styret tar idéfaseutredningen om utvidet kapasitet for akutfunksjonene ved Ullevål sykehus til etterretning og erkjenner behovet for rask avklaring av videre prosess.

Med bakgrunn i den økonomiske utviklingen for Oslo universitetssykehus HF i 2011 ser styret det som vesentlig at videre prosess i denne saken sees i sammenheng med den økonomiske utviklingen inn mot økonomisk langtidsplan for perioden 2012-2015.

For å sikre nødvendig beredskap for videre framdrift i prosjektet gir styret sin tilslutning til at administrerende direktør kan utlyse anbudskonkurranse for en totalentreprise i henhold til rapportens alternativ 4. Det tas forbehold om godkjenning fra Helse Sør-Øst RHF.

Etter dette ble utredningen oversendt Helse Sør-Øst med anmodning om at den ble lagt til grunn for utarbeidelse av forprosjekt. Helse Sør-Øst ba i brev av 23.05.2011 om tilleggsinformasjon på en del områder. Dette ble besvart i brev fra OUS 08.06.2011.

Saken ble styrebehandlet i Helse Sør-Øst 07.07.2011 i sak 054/2011. Styret godkjente det fremlagte prosjektet for utvidelse av akutfunksjoner på Ullevål. I protokoll fra møtet fremgår bl.a. følgende vedtak:

Styret i Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at god og effektiv ivaretagelse av lokal- og områdesykehusansvaret for Oslos befolkning er viktig i oppfølgingen av vedtaket i sak 108-2008. Styret legger videre til grunn at det er nødvendig å få etablert økt kapasitet for akutfunksjonene på Ullevål så raskt som mulig for ikke å forsinke

omstillingsprosessen i helseforetaket som helhet og for å ivareta akuttfunksjoner for lokal- og områdesykehusfunksjonen i Oslo sykehusområde. Styret godkjenner på denne bakgrunnen det framlagte prosjektet for utvidelse av akuttfunksjoner på Ullevål i form av nytt akuttbygg, med utgangspunkt i det anbefalte alternativ 4.

Styret forutsetter at det blir gjort en ny vurdering av kapasiteten som legges til grunn for prosjektet i tråd med de regionale premisser for utnyttelse av kapasitet, bl.a. av operasjonsstuer.

Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF gjennom å fremme dette prosjektet til beslutning før den samlede arealplanen er vedtatt, legger til grunn de arealmessige disposisjoner som følger av nytt akuttbygg på Ullevål i sitt videre arbeid.

Administrerende direktør gis fullmakt til å godkjenne eventuelle endringer i prosjektets kapasiteter og endelig investeringskostnad.

3.2 Behandling og godkjenning av forprosjekt

Parallelt med behandling av konseptrapporten, ble det utarbeidet forslag til forprosjekt. Bakgrunnen for disse parallelle aktivitetene var behovet for rask overføring av virksomhet fra Aker til Ullevål.

Forprosjektet ble behandlet i OUS styremøte 08.07.2011, Sak 81/2011, der det ble fattet følgende vedtak:

Styret tar til etterretning at styret i Helse Sør-Øst RHF har godkjent prosjektet som ble foreslått av Oslo universitetssykehus HF for utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål. Styret tar videre til etterretning at styret i Helse Sør-Øst RHF forutsetter at det blir gjort en ny vurdering av kapasiteten som legges til grunn for prosjektet i tråd med regionale premisser for utnyttelse av kapasitet, bl.a. av operasjonsstuer.

Styret tar det fremsendte forslaget til etterretning. Styret ber administrerende direktør komme tilbake med et bearbeidet prosjekt med sikte på vedtak om gjennomføring av byggearbeidene, inkludert endelig fremdriftsplan, forslag til kostnadsramme og opplegg for finansiering.

Styret gir sin tilslutning til at administrerende direktør kan inngå avtale med totalentreprenør om en samhandlingsperiode med opsjon på gjennomføring av byggearbeidene når prosjektet er endelig godkjent.

Styret gir videre sin tilslutning til at nødvendige forberedende arbeider kan igangsettes, slik at gravearbeider for nybygget kan starte kort tid etter at et bearbeidet prosjekt er behandlet i styret.

Et bearbeidet forslag til forprosjekt, der Helse Sør-Øst sin forventning om utvidet «åpningstid» (fra 8 til 10 timer) ved operasjonsstuen er hensyntatt, ble behandlet i OUS styremøte 29.09.2011, sak 101/2011. Det ble fattet følgende vedtak:

Styret tar til etterretning at de forhold som er tatt opp av Helse Sør-Øst RHF med hensyn til utnyttelse av kapasitet for akuttfunksjoner ved Ullevål sykehus, bl.a. av operasjonsstuer, er hensyntatt i planleggingen av økt akuttvirksomhet ved Ullevål, jf forprosjektrapport av 21.09.2011.

Styret godkjenner forslaget til forprosjekt med en kostnadsramme (eksklusive verdi av tomt og byggelånsrenter) på henholdsvis 378 mill kroner (P50, dvs 50 pst sikkerhetsnivå) og 394 mill. kroner (P85, dvs 85% sikkerhetsnivå) og ber administrerende direktør legge dette til grunn for videre planlegging, kontraktsinngåelse og gjennomføring av prosjektet.

Styret ber administrerende direktør framsende forprosjektet og forslag til kostnadsramme for endelig behandling i Helse Sør-Øst RHF.

Styret gir fullmakt til administrerende direktør til å inngå avtale om byggearbeidene med totalentreprenør for å gjennomføre prosjektet, når godkjennelse av forprosjektet i Helse Sør-Øst RHF foreligger.

Styret forutsetter at prosjektet gjennomføres i samsvar med omtalen i styresak 100/2011 og forprosjektrapport av 21.09.2011 og ber om å bli orientert om status for prosjektet og kostnader under byggeperioden. Endelig sluttrapport for prosjektet legges fram for styret på et egnet tidspunkt etter at prosjektet er slutført.

Det reviderte forprosjektet ble godkjent av Helse Sør-Øst 30.09.11:

Oslo universitetssykehus HF - utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål

Helse Sør-Øst RHF viser til brev fra Oslo universitetssykehus HF, datert 30.09.2011, med oversendelse av vedtak og saksdokumenter i foretakets styresak 101/2011.

Basert på brev av 21.09.2011 fra Helse Sør-Øst RHF, og styrebehandling i Oslo universitetssykehus HF 29.09.2011 (sak 101/2011), godkjenner Helse Sør-Øst RHF forprosjektet for utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål.

4 Prosjektets eierskap og overordnet organisering

4.1 Prosjekteier og prosjektansvarlig

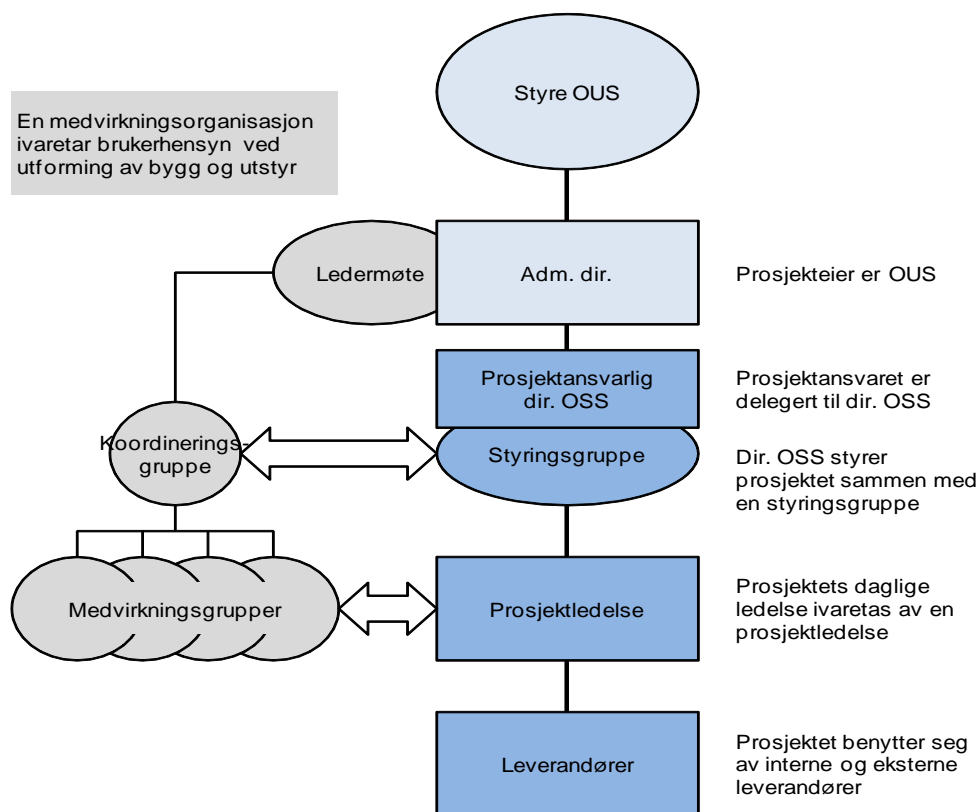
Prosjekteier er Oslo universitetssykehus HF representert ved administrerende direktør.

Prosjektansvaret ble lagt til direktøren for Oslo Sykehusservice. For å ivareta prosjektansvaret ble det opprettet en styringsgruppe som i det daglige opptrådte på vegne av prosjektansvarlig, der styringsgruppens leder representerte prosjektansvarlig.

4.2 Prosjektorganisasjon

Opprinnelig var prosjektet organisert som et selvstendig prosjekt, men fra høsten 2010 ble det organisert som ett av mange delprosjekter under en prosjektportefølje OUS arealtiltak som samlet alle tiltak for å tilrettelegge for fysisk samling av funksjoner og virksomhet ved OUS.

Den overordnede prosjektorganiseringen i byggefasesen er illustrert nedenfor.



Styringsgruppen fikk følgende mandat:

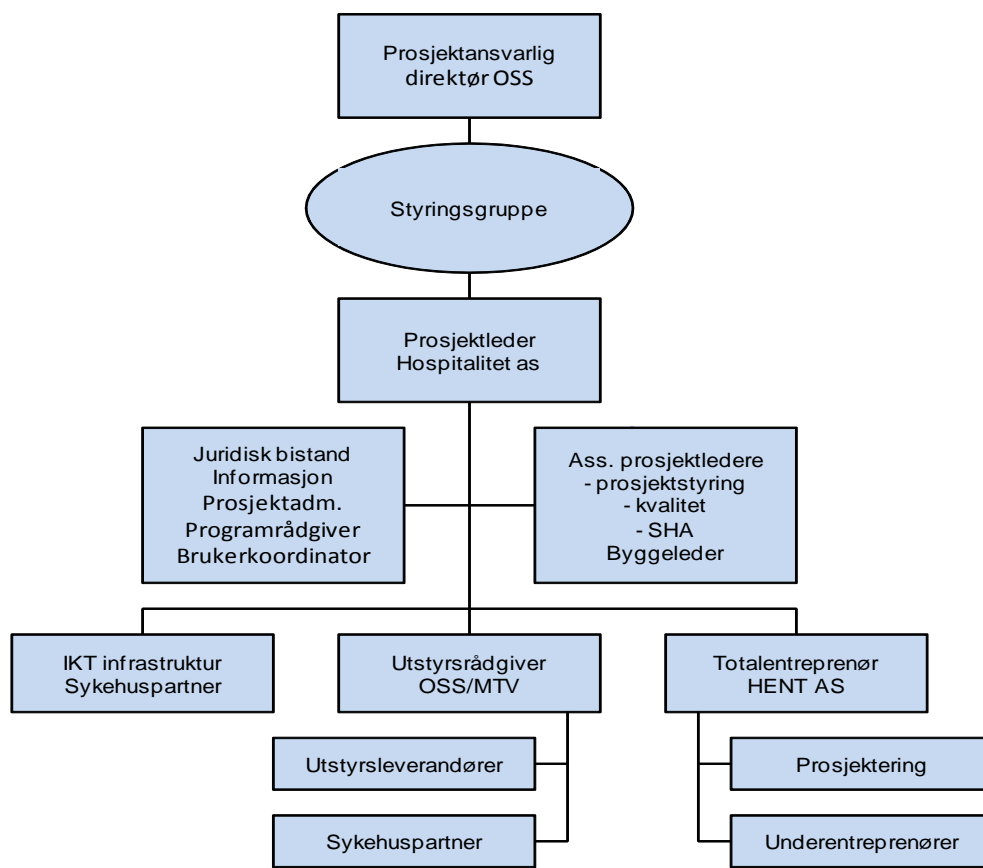
- Påse at kvalitet, kostnader og framdrift på gjennomføring av delprosjektet er iht. gjeldende beslutningsdokumenter og at kravene til SHA og ytre miljø er tilfredsstillt.
- Styre prosjektet i forhold til styringsmålet og vedta prosjektets kuttliste.
- Disponere usikkerhetsavsetningen mellom styringsmålet (P50) og kostnadsrammen (P85). (Dette ble ikke realisert i praksis!)
- Godkjenne rapporteringsrutiner, organisasjonskart og fullmaktsstruktur.
- Fremskaffe nødvendige avklaringer og beslutninger for prosjektleder.
- Være rapporteringsinstans og støttespiller for prosjektleder.
- Avklare prinsipielle konflikter og/eller uoverensstemmelser med linjeorganisasjon.
- Behandle endringsforslag som går utover prosjektleders fullmakter.
- Anbefale eventuelle premissendringer for prosjekteier.
- Evaluere og godkjenne prosjektets leveranser.

Styringsgruppen har hatt regelmessige møter (ca. en gang per måned), og beslutninger fattes basert på flertallsvedtak, med mindre de ble løftet til prosjektansvarlig eller prosjekteier for avklaring.

Styringsgruppen ble sammensatt med slik representasjon:

- Ledes av representant for direktør ved Oslo sykehuservice
- Representant for strategisk koordineringsgruppe
- Representanter for klinikkledelsen ved de mest berørte klinikker
- Representant for viseadministrerende direktør økonomi
- To tillitsvalgte (sykepleier og lege)
- Verneombud

Det ble engasjert en prosjektleder for den daglige ledelse og gjennomføring av prosjektet, først ved bruk av sykehusets egne ressurser, deretter ved engasjement av ekstern leverandør. Sammen med andre aktører ble byggefasen organisert som vist nedenfor.



Prosjektleder har vært prosjektets daglige leder med følgende oppgaver:

- Utarbeide forslag til organisasjonskart, fullmaktstruktur og rapporteringsrutiner, for styringsgruppen for godkjenning.
- Planlegge og styre brukermedvirkning.
- Samarbeide med driftsenhetene Arealutvikling og Forvaltning, drift og vedlikehold ved planlegging og gjennomføring av løsninger.
- Samarbeide med Arealutvikling, Forvaltning drift og vedlikehold, Medisinteknisk virksomhetsområde (MTV) og andre aktører mht. prosjekter i deres regi som krever koordinering av løsninger, tidsplaner og økonomi.
- Styre planlegging og anskaffelse av brukerstyr.
- Styre prosjekterings- og byggeprosessen fram til ferdigstilling og overlevering.
- Ivareta kvalitetssikring i henhold til gjeldende mål og rammer.
- Ivareta prosjektstyring i henhold til gjeldende mål og rammer.
- Påse at kravene til SHA og ytre miljø er tilfredsstillt.
- Disponere usikkerhetsavsetningen mellom basiskostnaden og styringsmålet (P50).
- Forberede saker for styringsgruppen og følge opp vedtak.
- Utarbeide månedlig statusrapport og fremlegge denne for styringsgruppen.
- Forberede og fremlegge forslag til endringer for styringsgruppen.
- Utarbeide sammendrag av delprosjektets utvikling for orientering til prosjekteier.
- Gjennomføre halvårlig revisjon av budsjett og oppdatering av usikkerhetsanalyse.
- Sørg for at all aktuell lovgivning blir kartlagt og fulgt opp, herunder Plan- og bygningsloven, Forurensningsloven og Arbeidsmiljøloven med blant annet Byggherreforskriften.

4.3 Samhandling med driftsorganisasjon

Samarbeid med Oslo sykehusservice

Prosjektet skulle samarbeide nært med Arealutvikling (AU) og Forvaltning, drift og vedlikehold (FDV) for å koordinere med andre tiltak og aktiviteter. Denne samordningen handlet om funksjonelle og tekniske løsninger. Videre skulle det samhandles med AU og FDV om ressurser i prosjektet.

Prosjektet skulle også samhandle med MTV, i det MTV bisto prosjektet med planlegging og anskaffelse av brukerutstyr.

Endelig skulle det samhandles om IKT, særlig med sikte på koordinering i forhold til øvrig IKT-utvikling i den nye OUS-organisasjonen.

Samarbeid med klinikker

Prosjektet skulle samarbeide med klinikker som berøres av delprosjektet. Brukergrupper for hver funksjon har hatt en sentral rolle i programmering og planlegging både mht. arealer og utstyr. I byggefasen er også brukergruppene blitt konsultert ved behov for avklaring av detaljerte løsningsvalg og i utstyrsplanleggingen. For øvrig har det vært tett samarbeid med de berørte klinikker om den praktiske gjennomføring av byggearbeidene, særlig fordi arbeidene har pågått tett innpå klinisk virksomhet i full drift.

Samarbeid med tillitsvalgte og verneombud

Tillitsvalgte og verneombud har deltatt i styrings- og brukergruppene. Det er i tillegg gitt orienteringer i egne møter.

4.4 Ansvar og fullmakter

Det ble etablert et ansvars- og fullmaktsregime som omfattet myndighet til å:

- foreslå eller godkjenne prosjektforslag
- bestille og forplikte foretaket
- attestere og anwise

5 Prosjektets kvalitet, framdrift og kostnader

5.1 Kvalitet

Prosjektet er planlagt og gjennomført med en kvalitet som følger av aktuelle lover og forskrifter, særlig Plan- og bygningsloven samt Arbeidsmiljøloven. I tillegg er det på noen områder innarbeidet sykehusets spesielle krav, bl.a. innen faget elektro. Prosjektets areal- og romstandarder er i samsvar med dagens praksis ved norsk sykehusplanlegging, med de tilpasninger som har vært nødvendig innenfor en trang tomt.

Denne kvaliteten gjelder særlig for nybyggdelen. For ombyggingsarealene har det vært nødvendig å gjøre noen tilpasninger i forhold til vanlig kvalitet i sykehusbygg, men stort sett er kvaliteten tett opp mot det som er vanlig i sykehusprosjekter.

Særlig i tekniske fag har det vært en utfordring å knytte nybygg og ombyggingsarealer til eksisterende teknisk infrastruktur, og på noen områder har prosjektet måttet gå langt inn i eksisterende anlegg for å etablere tilstrekkelig gode løsninger. Grensegangen mellom prosjektets ansvar og eksisterende anlegg har vært et stadig tema, men resultatet anses å være akseptabelt og innenfor aktuelle myndighetskrav.

Alt i alt er de kliniske brukere meget fornøyd med løsninger og kvalitet, selv om det fortsatt (januar 2015) pågår oppretting av mindre feil og mangler.

5.2 Framdrift og hovedmilepæler

Et vesentlig element i prosjektets oppdrag var at det hastet å utvide akuttkapasiteten ved Ullevål med sikte på snarlig overføring av virksomhet fra Aker. Ønsket om en rask gjen-

nomføring har preget prosjektarbeidet på mange områder. Selv om framdriften ikke har svart til prosjekteiers opprinnelige forventninger («dag 4» i 2011), så har alle legale midler vært i bruk for å oppnå rask framdrift, dog uten at kvalitet eller SHA på byggeplass har vært truet av den grunn.

Tidlig i byggefasen avdekket prosjektet en utfordring når det gjaldt tomtearbeidene på en trang tomt med svært vanskelig grunnforhold. Den planlagte metoden for utgraving og spunsing av byggegropa ble forkastet og det ble valgt en metode med «silent piling». Det førte til at det ble minimale støy- og rystelseskonsekvenser for nærliggende klinisk virksomhet (bl.a. nevrokirurgiske operasjonsstuer). Prisen for dette var imidlertid 3 måneders lengre byggetid samt ca. 9 MNOK i økt byggekostnad. Prosjektleder vurderer imidlertid dette som en riktig beslutning, sett i lys av faren for uakseptable konsekvenser for den kliniske virksomheten.



En meget trang og krevende byggeplass med spunting – «silent piling» - tett inntil eksisterende bygninger med klinisk virksomhet.

Etter at prosjektets hovedtidsplan ble justert som følge av beslutningen om «silent piling», har framdrift av nybyggdelen gått som planlagt. Nybygget ble overtatt fra totalentreprenøren 16.12.2013 og ble tatt i bruk til klinisk drift i januar 2014.

Ved ombygging i bygg 4 har det imidlertid oppstått forsinkelser, og arbeidene har tatt ett år mot planlagt et halvt år. Hovedårsaken til det er at arbeidet med omlegging og oppgradering av tekniske anlegg har vært mer omfattende enn opprinnelig planlagt, i hovedsak knyttet til omfattende myndighetskrav og pålegg. Det økte arbeidsomfanget måtte gjøres i mange sekvensielle etapper inne i et akuttmottak i full drift. Dette var utfordringer som det ikke var mulig å forutse i planleggingsfasen og som ikke var omfattet av totalentreprisen. Omfattende rivearbeid var nødvendig for å avdekke hvilke tekniske problemer som måtte løses underveis.



Omfattende arbeid med tekniske anlegg i eksisterende arealer som skulle bygges om.

Prosjektets overordnede tidsbilde er illustrert nedenfor.

- Sommeren 2010 prosjektet etablert
- 07.07.2011 godkjenning konsept i Helse Sør-Øst
- Juni 2011 forslag til forprosjekt
- 29.09.2011 forprosjekt godkjent i styret ved OUS og i Helse Sør-Øst
- 02.11.2011 kontrakt med totalentreprenør HENT as
- Desember 2011 start byggearbeid
- Sommeren 2013 byggearbeid ferdig
- Høsten 2013 testing, ferdigstillelse, utstyrmottak
- 16.12.2013 overtagelse av nybygg fra totalentreprenøren
- Januar 2014 klinisk drift og overflytting til nybygg
- Januar 2014 start ombygging bygg 4
- Fra sommer og ut høsten 2014 ombygging etappevis ferdig for klinisk drift
- 16.12.2014 overtagelse av ombyggingsarealer fra totalentreprenøren
- Januar 2015 oppretting feil og mangler

5.3 Kostnader

Prosjektets kostnadsramme er opprinnelig på 394 MNOK (P85) og styringsmålet på 378 MNOK (P50). Rammen er senere prisregulert til 405,40 MNOK og styringsmålet til 389,40 MNOK (prisindeks desember 2014). Marginen på 16 MNOK er ikke prisregulert.

Forventet sluttkostnad ved sluttrapportering er 391,70 MNOK, og styringsmålet er oversteget med 2,3 MNOK. Det skyldes i all hovedsak følgende, ekstraordinære forhold som ikke var tatt høyde for i forprosjektet og dermed heller ikke i kostnadsrammen. Marginen på 16 MNOK er urørt. Oppgaver som i vesentlige grad har trukket på reserven er:

- Beslutning om «silent piling» pga. vanskelige grunnforhold og for å beskytte nærliggende klinisk virksomhet mot støy og rystelser: merkostnad ca. 9 MNOK.

- Mer omfattende ombygging i eksisterende akuttmottak.

Kostnader som knytter seg til tilkommende myndighetskrav og pålegg er dekket utenom prosjektet.

Det er fortsatt en viss usikkerhet knyttet til vurderingen av forventet sluttkostnad, etter som frist for entreprenørens forslag til sluttoppgjør ikke foreligger ennå. Entreprenøren, og har frist fram til medio mai 2015 med å presentere sitt forslag til sluttoppgjør. Dette forventes ikke å bli høyere, men har en mulig "oppside" på ca 2 MNOK

6 Programmering, prosjektering, utstyrsanskaffelse og IKT

Prosjektet har fulgt en planleggingsprosess i hovedsak i samsvar med veileder for sykehusplanlegging. Dog ble det besluttet, i samråd med Helse Sør-Øst, å slå sammen idé- og konseptfasene til en rapport. Deretter ble det utarbeidet forprosjekt som grunnlag for beslutninger om de endelige rammer og igangsetting av bygging.

Prosjekteringen er utført av en prosjekteringsgruppe bestående av Narud-Stokke-Wiig (senere Nordic Office of Architecture) og Norconsult. Denne prosjekteringsgruppen ble i byggefase overført av totalentreprenøren HENT as.

Parallelt med forprosjektarbeidet ble det utarbeidet romfunksjonsprogram og utstyrsprogram. Arbeidet med funksjonsprosjekt ble i stor grad overført av totalentreprenøren, som engasjerte byggherrens prosjekteringsgruppe for dette og den etterfølgende utarbeidelse av øvrig detaljprosjekt.

All funksjons- og utstyrsprogrammering er utført ved hjelp av planleggingsverktøyet dRofus, og all prosjektering er utført ved hjelp av BIM-verktøy. Funksjonsprogrammeringen er utført av eksternt rådgiver Hospitalitet as, mens utstyrsplanleggingen er utført av Medisinsk teknisk virksomhetsområde - MTV – ved OUS.

Den særdeles raske framdriften i prosjektet, særlig fra godkjent forprosjekt til byggestart, førte til at deler av arbeidet med funksjonsprosjekt og oppdatering av romfunksjonsprogram ikke fikk nødvendig avklaring i kontrakt med totalentreprenøren. Særlig for ombyggingsarealene ble det en del endringer i de detaljerte planløsningene etter at byggekontrakt var inngått, noe som førte til kostnader utover det som var planlagt.

I prosjektet inngår et meget omfattende utstyrsbehov (medisinsk teknisk og annet sykehusutstyr). Planlegging og anskaffelse av utstyr har fulgt tradisjonelle arbeidsprosesser, og rask framdrift av bygging har medført utfordringer i utstyrsprosessen ved at en del avklaringer om utstyr er kommet sent i forhold til byggeprosessen. Dette har ført til behov for ombygging og tilpasninger på byggeplass, med kostnadskonsekvenser som resultat.

Prosjektet omfatter også betydelige tiltak på IKT-siden, der prosjektet har hatt ansvar for teknisk infrastruktur og for brukerstyr (PC, printere osv.). En vesentlig utfordring har vært sykehusets generelle omlegging av sine IKT-systemer på programvaresiden.

Prosjektet har fått meget god støtte fra sykehusets IKT-ansvarlige og fra sykehusets IKT-leverandør (Sykehuspartner).

Ved planlegging av bygg, utstyr og IKT har det vært brukermedvirkning fra fire kliniske brukergrupper, som alle har deltatt meget konstruktivt både i planlegging og i byggeprosess. Det har også vært involvering av brukere på teknisk side, men det har vært vanskelig å gjennomføre en systematisk tilrettelegging for dette og mye er derfor blitt avklart «ad hoc» underveis.

7 Bygging

7.1 Kontrahering av byggearbeid

I konseptfasen ble det besluttet å legge opp til totalentreprise, det vil si en entreprise der entreprenøren overtar ansvaret for og fullfører prosjekteringen. Normalt vil ikke prosjektleder anbefale totalentreprise i et sykehusprosjekt, spesielt ikke der ombygging nærst sykehuset i drift inngår, men årsaken til denne anbefalingen var følgende:

- Å oppnå raskest mulig framdrift i planlegging og bygging.

Dette målet ble oppnådd ved at kontrakt med totalentreprenøren ble inngått en måned etter at forprosjektet ble godkjent og etter at det var gjennomført en samspillfase med den valgte entreprenør.
- Å utnytte entreprenørens kompetanse til å finne en hensiktsmessig byggemåte og til å håndtere en svært trang og krevende byggeplass.

Totalentreprenøren ble engasjert gjennom anbudskonkurranse. Det forelå kun ett anbud, og siden det var innenfor budsjettets rammer og forøvrig av god kvalitet, så det ble konkludert med å akseptere dette som grunnlag for samspillfase og deretter endelig kontrakt.

7.2 Entreprenørens prosjektering

Den svake konkurransesituasjonen i anbudsfasen førte til en vesentlig ulempe i kontrakten med entreprenøren: Prosjekteringskostnadene måtte prosjektet akseptere å honorere etter medgått tid i stedet for å inngå i fastprisen.

Prosjekteringsomfanget er blitt vesentlig mer omfattende enn det en regnet med på forhånd, noe som først og fremst har sammenheng med de mer omfattende ombyggingsarbeidene. En «fastpris» på prosjektering ville uansett ikke latt seg gjennomføre etter som nødvendige endringer måtte hensyntas underveis.

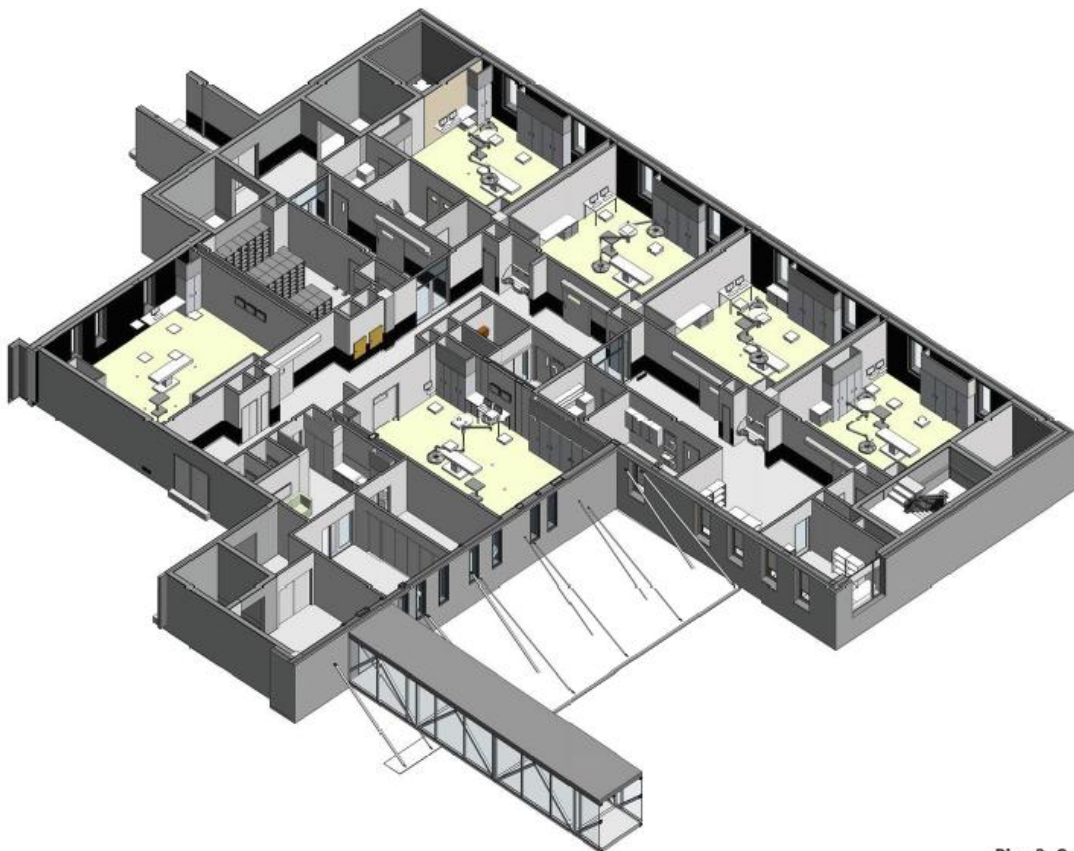
En vesentlig mangel i detaljprosjekteringen gjaldt planlegging av ombygging. Dels var det lite tid til dette, men først og fremst var detaljprosjektering ikke mulig før rivearbeid var igangsatt, og rivearbeid kunne ikke igangsettes før nybygget var ferdig. Dette har skapt betydelig usikkerhet i prosjektet, både mht. kvalitet, tid og kostnad. Prosjektleder mener imidlertid at det ikke var noen bedre måte å gjøre dette på, all den tid virksomheten i akuttmottaket ikke kunne stenges eller reduseres nevneverdig.

All prosjektering i alle faser er utført ved hjelp av BIM-verktøy.



Illustrasjonen viser en «3D-modell» for byggefasen, basert på BIM-databasen, med tverrsnitt gjennom huset med de ventilasjonstekniske anleggene fremhevet.

Også i planleggingsfasene ble BIM benyttet, særlig kommunikasjon med brukergruppene. Nedenfor er en illustrasjon som viser operasjonsavdelingen i funksjonsprosjektet.



Plan 2, Operasjon

7.3 Samspillfase

Totalentreprisen startet opp med en samspillfase der formålet var å optimalisere kvalitet og løsninger, samt avklare detaljer og uklarheter med sikte på å komme frem til en fast-priskontrakt. Bakgrunnen for dette opplegget var den korte tiden som var avsatt til detalj-prosjektering før konkurranse om oppdraget ble iverksatt.

Prosjektleder anser dette som et hensiktsmessig opplegg der samspillet svarte til forventningene. Denne framgangsmåten anbefales, spesielt i prosjekter med totalentreprise.

Imidlertid var det en utfordring at det parallelt med samspillarbeidet også foregikk arbeid med funksjonsprosjekt og med romfunksjons- og utstyrprogram som ikke ble fanget opp i samspillavtalen. Dette har skapt noen uklarheter om hvilke romløsninger som inngår i kontrakten. Dog har dette hatt liten betydning for tid og kostnader i kontrakten.

7.4 Gjennomføring av bygging

Selve byggearbeidet var krevende, særlig av følgende grunner:

- Meget trang tomt i et av sykehusets mest intensive virksomhetsområder.

Utendørs var det nødvendig å legge om trafikk og atkomst til akuttmottaket, både for ambulanser, transport fra helikopter, taxier og for publikum generelt. Personal-innganger i bygg 7 ble også berørt.

Inne i bygget måtte det etableres provisoriske atkomster og trafikkløsninger, og på noen områder grep dette inn i den løpende virksomheten i området.

Entreprenøren hadde store utfordringer i dette, men det ble gjennomført i nært samarbeid med virksomheten og det oppsto ikke uakseptable ulemper.

Entreprenøren måtte etablere deler av sin rigg til dels lang unna byggeplassen.

- Meget vanskelige grunnforhold, kombinert med en trang tomt.

Grunnen besto av meget løse masser, med indikasjoner på kvikkleire. Tomta måtte spunses mot tiliggende bygninger for å sikre mot utrasing. Spunsingen måtte legges helt inntil nabobygg, og det ble valgt en spunsemetode kalt «silent piling», der kraftige metallprofiler ble presset ned i grunnen i stedet for å bli banket ned.

Dette medførte økte kostnader og lengre byggetid, men spunsingen ble gjennomført uten at det oppsto nevneverdige forstyrrelser for nærliggende virksomhet.

I ett av nabobyggene (bygg 7) oppsto det betydelige setninger mens arbeidet med utgraving av tomta pågikk. Hvorvidt selve utgravingen av tomta var den eneste årsak til dette lar seg ikke avklare, men det er nærliggende å anta det. Det ble etablert måle- og varslingsystemer for å sikre at setningsskadene ikke førte til uakseptabel risiko for liv og helse i nabobyggene, og det ble foretatt oppretting av skader slik at virksomheten i bygg 7 kunne pågå normalt.

- Mye tilpasning til sykehusets eksisterende bygninger og tekniske anlegg.

Avhengighet av og tilpasning til eksisterende bygninger og tekniske anlegg har gitt en rekke utfordringer som ikke var avklart i kontrakt med totalentreprenøren.

- Bygging inne i og tett inntil arealer med full klinisk drift.

Dette har gitt entreprenøren, og prosjekt- og byggeledelsen, mange utfordringer. Det er foretatt omlegging av trafikk og atkomst, anordnet provisoriske løsninger og det har vært restriksjoner på støyende og forstyrrende arbeidsoperasjoner. Størst effekt av dette forholdet har vært at arbeid i ombyggingsarealene har måttet foregå over lang tid i flere etapper der ombygde arealer suksessivt er tatt i bruk.

7.5 Varsling og informasjon om byggearbeid

En del av problemstillingene beskrevet i foregående avsnitt, særlig bygging inntil eksisterende virksomhet, har ført til behov for omfattende informasjonsvirksomhet og varslingsrutiner. Alle planlagte arbeider som kunne innebære støy, rystelser eller annen sjenanse for virksomheten, ble varslet til en rekke personer og instanser god tid i forveien. Også akutte arbeidsoperasjoner er blitt varslet så raskt det har vært mulig.

Sikker håndtering av ambulanshelikopter i forhold til byggeplassen er også ivaretatt i denne forbindelse.

De mest berørte kliniske virksomheter har hatt «vetorett» i den forstand at de har kunnet nekte særlig sjenerende arbeid i spesielle tidsrom da kritisk klinisk virksomhet har pågått.

Det er prosjektleders vurdering at varslingsvirksomheten har fungert, gjennom et samarbeid mellom virksomheten, byggeledelsen og entreprenøren.

I tillegg til varsling av sjenerende arbeider, har prosjektet også distribuert informasjon om byggearbeidenes framdrift og aktiviteter til en stor målgruppe. Formålet med dette har vært uklart, men det har åpenbart vært et informasjonsbehov ut over forhold som den enkelte ansatte blir direkte berørt av.

8 Spesielle utfordringer og erfaringer

8.1 Prosjektleders vurderinger

Det vises til avsnitt 1.1 i rapporten der det framgår at denne rapporten er basert på prosjektleders vurderinger og at de ikke er avklart med styringsgruppa.

8.2 Konsept og overordnede løsninger

En hovedutfordring i utformingen at et løsningskonsept, var mangelen på en overordnet helhetsplan for sykehuset, Ullevål i særdeleshet.

Det måtte derfor treffes et konseptvalg uten å vite om utbyggingen ville passe inn i en fremtidig plan for sykehuset, eller om denne investeringen senere vil bli oppfattet som en feilinvestering som ville bli styrende for fremtidige planer. Ved behandling av konseptrapporten i styret for Helse Sør-Øst den 07.07.2011 ble dette temaet berørt:

Styret forutsetter at Oslo universitetssykehus HF gjennom å fremme dette prosjektet til beslutning før den samlede arealplanen er vedtatt, legger til grunn de arealmessige disposisjoner som følger av nytt akuttbygg på Ullevål i sitt videre arbeid.

Etter prosjektleders oppfatning kan ikke en investering som utgjør en til to prosent av sykehusets samlede investeringsbehov gjøres til styrende for en fremtidig utbyggingsplan.

8.3 Kvalitet – funksjonelt og teknisk

Forholdene for pasienter og arbeidsmiljøforholdene er blitt vesentlig bedre enn før.

Prosjektets løsninger og funksjonelle kvaliteter anses som gode, og de kliniske brukere synes å være meget fornøyd med resultatet. Det har dog vært nødvendig med noen løsningskompromisser som følge av meget trang tomt og som følge av tilpasning til nye funksjoner i eksisterende areal som er blitt bygget om.



Den bygnings- og installasjonstekniske kvaliteten i nybygget er fullt på høyde med vanlig nybyggstandard, mens ombyggingsarealene har fått en nøktern standard som ivaretar forskriftskrav. En utfordring i prosjektet har imidlertid vært å knytte seg til eksisterende teknisk infrastruktur som i utgangspunktet hadde dårlig kapasitet og/eller kvalitet. Grensen for hvor langt inn i eksisterende tekniske anlegg prosjektet skulle påta seg ansvar, er blitt omdiskutert, og det kan være uenighet om konklusjonene. Parallelt med gjennomføring av prosjektet har det også pågått andre prosjekter som har belastet den samme tekniske infrastruktur, og ansvaret for de problemer som har oppstått er derved blitt uklart.

Fraværet av en overordnet teknisk plan – «generalplan» - har bidratt til å forsterke denne problemstillingen.

En del brukerønsker er ikke imøtekommet fordi de har ligget utenfor prosjektets rammer. Det gjelder bl.a. utendørs installasjoner for NBC-funksjoner og utstyr for konvensjonell røntgen i tilknytning til akuttmottaket.

8.4 Framdrift

Prosjekteiers sterke vektlegging av framdrift («ut av Aker fortest mulig») har vært dominerende på en rekke områder i prosjektet, og både planleggings-, beslutnings- og byggeprosess har vært tilrettelagt for å oppnå rask framdrift. Dette illustreres tydelig av at det tok halvannet år fra prosjektstart sommeren 2010 til byggestart høsten 2011. Både en rask planleggings- og beslutningsprosess og en svært effektiv kontraheringsprosess bidro til denne framdriften.

Den raske framdriften førte til noen mangler i detaljplanleggingen, som igjen hadde konsekvenser for kostnadsstyringen. Det er imidlertid ikke noe som tyder på at prosjektet er blitt dyrere som følge av rask framdrift, snarere tvert i mot (kort tid til administrasjon).

Operasjonsstuene er ved sluttrapporteringen ennå ikke tatt i bruk.

Ombyggingsarbeid i 2014 ble preget av inndeling i mange små etapper for å ivareta virksomheten i akuttmottaket best mulig. Dette har medført lang tid og ekstra kostnader.



Et omfattende puslespill for å gjennomføre ombygging i akuttmottaket i bygg 4.

8.5 Kostnad

Med 3700 kvm nybygg og ca. 1000 kvm ombygging kan det sies at en prosjektkostnad på ca. 400 MNOK er svært høyt. Imidlertid er det lite sammenligningsgrunnlag i andre prosjekter for å kunne si om prosjektet er blitt kostbart. Det antydes imidlertid i miljøer som har erfaring med dette, at «sykehusbygg med denne type kompliserte funksjoner, koster 100.000 kroner per kvadratmeter, med utstyr». Det påpekes i denne forbindelse at en fjerdedel av huset, blant annet mesteparten av kjeller, består av tekniske installasjoner som betjener en rekke spesialrom oppover i huset. Se illustrasjon i avsnitt 7.2.

Prosjektets styringsmål (P50) på opprinnelig 378 MNOK (før prisregulering) inneholdt en reserve på 21 MNOK. Marginen er fortsatt urørt og utgjorde 16 MNOK av rammen på 394 MNOK. I et byggeprosjekt med omfattende inngrep i eksisterende bygninger og tekniske anlegg, nært inntil et sykehus i full drift, er det åpenbart at en reserve på 5,5 prosent og en margin på 4,0 prosent er svært lite.

Den største enkeltaken som medførte ekstrakostnader, var beslutningen om «silent piling» (ca. 9 MNOK). I tillegg ble det mye uforutsett arbeid i ombyggingsarealene, til en anslått merkostnad på 6 MNOK. Dette er finansiert innenfor prosjektets styringsmål (P50).

Alt planlagt utstyr er anskaffet, med unntak for overflytting av operasjonsutstyr fra Aker.

Den raske framdriften, særlig i planleggingsfasen, har vært en utfordring for styring av prosjektets kostnader, ettersom detaljplanleggingen ikke fikk den grundighet den ellers ville fått. Etter prosjektleders oppfatning har ikke dette fordyret prosjektet, men behovet for reserver viste seg å være større enn det som var avsatt i forprosjektet.

Alt i alt kan kostnadsbildet oppsummeres slik at nybyggdelen, med unntak for beslutningen om silent piling, har holdt kostnadsrammen (=styringsmålet P50) ved bruk av reserven som utgjorde 5,5 prosent av rammen. I tillegg til beslutningen om silent piling, skyldes kostnadsoverskridelsen skyldes først og fremst mye ekstraarbeid i ombyggingsarealer, der en lang rekke tiltak utover det planlagte var nødvendig og der komplisert framdrift også medførte ekstra kostnader.

8.6 Organisering og styring

For prosjektet er det opprettet et overordnet styringsdokument, basert på veileder fra Finansdepartementet. Dokumentet er godkjent av prosjekteier og er fulgt nesten «til punkt og prikke». Dette har gitt prosjektet grunnlag for en omforent og ryddig arbeidsmåte.

Styringsdokumentet inneholder en effektiv fullmaktsmatrise, som bl.a. har gitt prosjektleder, ofte i samarbeid med styringsgruppens leder, mulighet til raske avklaringer i et prosjekt der framdrift har vært fokusert.

Prosjektets organisasjonsstruktur har vært tydelig og effektiv, med tett forbindelse mellom prosjektansvarlig og styringsgruppas ledelse. Dette har gitt styringsgruppa mulighet til raske og tydelige avklaringer innenfor prosjektansvarlig sitt mandat.

Styringsgruppa har basert seg på skriftlighet i sitt arbeid, slik at både beslutningsgrunnlag, beslutninger og rapportering er dokumentert i alle vesentlige spørsmål. Styringsgruppa har fylt sin oppgave «styring» og har unnlatt å opptre som «brukergruppe» - selv om også brukerspørsmål har vært uformelt samtaletema fra tid til annen.

Det har vært opprettet 4 kliniske brukergrupper som har deltatt aktivt gjennom planlegging og byggeprosess. Gruppen for postoperativ har i liten grad vært involvert, etter som de aktuelle arealene ble tatt hånd om av et annet prosjekt. Samarbeidet med brukerorganisasjonen har, vært meget bra, og det er nedlagt betydelig innsats fra brukersiden.

Funksjonen som brukerkoordinator klinikk var delvis ubemannet, og organiseringen av denne funksjonen var til tider uklar og lite hensiktsmessig.

Sykehusets enhet for medisinsk teknisk utstyr – MTV – har vært prosjektets rådgiver ved planlegging og anskaffelse av brukerutstyr. I startfasen var det krevende å forene MTV sine arbeidsmåter med prosjektets behov for styring av framdrift og kostnader, og det oppsto en del forsinkelser som fikk konsekvenser for byggingen. Resultatet av utstyrsprosessen er imidlertid blitt meget bra.

Byggeledelse er ivaretatt av Erstad & Lekven Oslo as. I en totalentreprise er byggeleders oppdrag begrenset til å påse at totalentreprenøren leverer den kvalitet som er avtalt og til avtalt tid. I dette tilfellet er imidlertid byggeleders oppdrag blitt vesentlig mer omfattende for å ivareta koordinering med sykehusets virksomhet og for å koordinere utstyrsleveranser med bygging. Særlig i ombyggingsfasen har byggeleders koordineringsarbeid blitt krevende, og byggeleder har bistått prosjektet på en meget god måte i denne prosessen.

Totalentreprenøren HENT as har hatt en meget kompetent og samarbeidsorientert på byggeplassen. Dette har bidratt godt til løsning av mange utfordringer ved bygging inntil og i et sykehus i full drift. HENT har også hatt en rekke underentreprenører som har gjort et godt arbeid.

9 Vedlegg

9.1 Kostnadsrapport per desember 2014

Konto		Godkjent budsjett	Prognose sluttkostnad	Avvik	Kontrahert/ bestilt	Godkjente endringer	Forventet endring	Planlagt/ ikke bestilt
Nr	Navn							
1-7	Entrepriisekostnader	220 111 354	265 871 273	-45 759 919	215 636 958	26 800 523	22 933 793	500 000
	A100 Totalentreprise		263 652 327		213 960 720	26 757 814	22 933 793	
	A100-1 Felles	26 718 750	29 490 000					
	A100-2 Bygg	95 237 641	94 821 365					
	A100-3 VVS	44 172 583	42 552 525					
	A100-4 El	31 452 939	27 983 819					
	A100-5 Tele/aut	10 715 291	10 609 853					
	A100-6 Andre	4 838 148	4 456 898					
	A100-7 Utomhus	6 976 003	2 337 436					
	A200 Hafslund		240 000		240 000			
	A300 Innvendig skilting		542 709			42 709		500 000
	A400 Diverse		1 436 238		1 436 238			
8	Generelt	38 404 375	47 984 345	-9 579 970	35 579 561		12 295 574	109 210
82	Prosjektering t.o.m 01.11.2011							
82	Prosjektering	27 500 000	42 357 673		29 062 099		13 295 574	
83	Utstyrplanlegging	3 750 000						
83	Prosjekt-/byggeledelse	6 279 375	5 152 857		6 152 857		-1 000 000	
84	Bikostnader	750 000	250 000		140 790			109 210
85	Forsikringer/gebyrer	125 000	223 815		223 815			
9	Spesielt	109 884 271	77 894 734	31 989 537	75 222 756	-1 498 022	4 170 000	
9.1	Inventar og utstyr	97 000 000	77 894 734		75 222 756	-1 498 022	4 170 000	
	Driftsmessige ulempetiltak	1 000 000						
	Kompensasjon for prisstigning	9 000 000						
	Kompensasjon for prisstigning	1 300 000						
	Kompensasjon for prisstigning	1 100 000						
	Korreksjon	484 271						
	GRUNNKALKYLE	368 400 000	391 750 352	-23 350 352				
0.1	Reserver	21 000 000						
	PROSJEKTKOSTNAD P50	389 400 000	391 750 352	-2 350 352				
0.2	Marginer	16 000 000	16 000 000					
	KOSTNADSRAMME P85	405 400 000	407 750 352	-2 350 352				

9.2 Leverandøroversikt

Byggherre	Oslo universitetssykehus HF
Prosjektansvarlig	Oslo sykehuservice, Oslo universitetssykehus HF
Prosjektledelse	Hospitalitet as
Byggeledelse	Erstad og Lekven Oslo AS
Utstyrplanlegging og anskaffelser	Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde, Oslo universitetssykehus HF
Funksjonsprogram	Hospitalitet as
Arkitekt	Nordic AS
Rådgivende ingeniører	Norconsult AS
IKT	Sykehuspartner
Totalentreprenør	Hent AS
Underentreprenør	Zucotec LDA
Underentreprenør	Bravida Norge as
Underentreprenør	Oras as
Underentreprenør	YIT as
Underentreprenør	Memtek
Underentreprenør	Kynningsrud fundamentering as
Underentreprenør	UCO As
Underentreprenør	Isaksen Entreprenør Oslo as

9.3 Fullmaktsmatrise

Fullmaktsmatrise OUS Arealtiltak

Fullmaktskategori	Fullmaktsinnhold	Omfang/begrensninger	AD	VAD økonomi og finans	VAD utvikling og omstilling	Prosjektansvarlig OUS Arealtiltak	Prosjektleder OUS Arealtiltak	Delprosjektleder OUS Arealtiltak
Disponere marginen		Størrelse på marginen fastsettes ved behandling av styringsdokument for prosjektet.	Fullmakt til å disponere innenfor marginen					
Disponere reserven		Størrelsen på reserven fastsettes ved behandling av styringsdokumentet for prosjektet.				Fullmakt til å disponere reserven		
Overføring av midler mellom delprosjekter	Fullmakt til å overføre midler mellom delprosjekter	Overføring forutsetter tilsvarende mindreforbruk i de prosjektene det overføres fra.				Over 5 MNOK	Inntil 5 MNOK	
Igangsette idefase		Gjelder prosjekter under 50 MNOK				Fullmakt til å beslutte at idefase skal igangsettes		
Behandle forslag til idefaserapport, herunder videreføring til konseptfase		Gjelder prosjekter under 50 MNOK				Fullmakt til å behandle forslag til idefaserapport, herunder videreføring av konseptfase		
Behandle forslag til konseptfaserapport, herunder videreføring til forprosjekt		Gjelder prosjekter under 50 MNOK. Etter eventuell anbefaling fra gjennomføringsgruppen og klarering hos administrerende direktør kan konseptfasen sløyfes og prosjektet godkjennes etter reglene for konseptfase.	For prosjekter i størrelse 5-50 MNOK			For prosjekter inntil 5 MNOK		
Behandle forslag til forprosjekt, herunder videreføring til byggefase		Gjelder prosjekter under 50 MNOK	Ved vesentlige avvik fra konseptfase			Fullmakt til å behandle forslag til forprosjekt, herunder videreføring til byggefase, med mindre det er vesentlige avvik fra konseptfase		
Behandle forslag til funksjonsprosjekt og/eller anbudsprosjekt		Gjelder prosjekter under 50 MNOK					Fullmakt til å behandle forslag til funksjonsprosjekt og/eller anbudsprosjekt	
Bestille planleggingstjenester og signere kontrakt		I henhold til lov om offentlige anskaffelser. Fullmakt kan delegeres til delprosjektledere. Eksternt innleide konsulenter kan ikke bestille tjenester fra eget firma. Slike bestillinger skal godkjennes av Prosjektansvarlig OUS Arealtiltak				Over 5 MNOK	Inntil 5 MNOK og innenfor prosjektbudsjett	
Bestille byggearbeider og signere kontrakt		I henhold til lov om offentlige anskaffelser. Prosjektleder OUS Arealtiltak kan delegeres fullmakt til delprosjektledere				Over 5 MNOK	Inntil 5 MNOK og innenfor delprosjektbudsjett	
Bestille brukerstyr og signere kontrakt		I henhold til lov om offentlige anskaffelser. Prosjektleder OUS Arealtiltak kan delegeres fullmakt til delprosjektledere				Inntil 10 MNOK	Inntil 5 MNOK	
Attestere	Fullmakt til å signere for utført kontroll av at varen eller tjenesten er mottatt med riktig kvantum og kvalitet, med de priser og betingelser som er avtalt og vedrører virksomheten og det enkelte kostnadssted. Det skal også kontrolleres at det foreligger originalbilag og korrekt kontering.	Iht. lov om offentlige anskaffelser. Eksternt innleide konsulenter kan ikke attestere fakturaer fra eget firma.			Inntil 10 MNOK	Inntil 10 MNOK og delinnenfor prosjektbudsjett	Inntil 5 MNOK og innenfor delprosjektbudsjett	Inntil 1 MNOK og innenfor delprosjektbudsjett
Anvise	Fullmakt til å godkjenne at en kostnad skal utbetales. Ved anvisning skal det kontrolleres at det er dekning for kostnaden i budsjettet, er relevant for virksomheten og er økonomisk forsvarlig. Det skal videre kontrolleres at kostnaden er attestert av bemyndiget person og godkjenne kontering.	Iht. lov om offentlige anskaffelser. Inntil 100.000 kroner kan delegeres. Attestant og anviser kan ikke være samme person. Eksternt innleide konsulenter kan ikke anvise fakturaer fra eget firma.		Inntil 20 MNOK	Inntil 10 MNOK	Inntil 5 MNOK	Inntil 1 MNOK og innenfor delprosjektbudsjett	

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. april 2015

Saksbehandler: Medisinsk direktør Einar Hysing

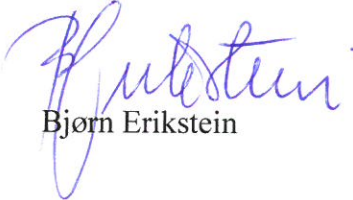
Vedlegg: Beredskapsplan for Oslo universitetssykehus

SAK 33/2015 BEREDSKAPSPLAN

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelse om beredskap for Oslo universitetssykehus HF til orientering.

Oslo, den 23. april 2015


Bjørn Erikstein

Innledning

Helseforetakene har etter lov om helsemessig og sosial beredskap plikt til å utarbeide beredskapsplaner for de tjenester de har ansvar for. Beredskapen ved Oslo universitetssykehus er beskrevet i et beredskapsplanverk som skal sikre at helseforetaket er i stand til å begrense og håndtere kriser og uønskede hendelser. Beredskapsplanen for Oslo universitetssykehus HF beskriver den overordnede kriseledelsen i foretaket og ansvaret for utarbeidelse av beredskapsplaner. Beredskapsplanens generelle del fungerer som en overbygning for underliggende delplaner for ulike områder, hendelser og tiltak.

I 2014 la Riksrevisjonen frem funn fra en undersøkelse av om helseforetakene i Norge har tilstrekkelig beredskap for IKT, vann- og strømforsyning. Helse Sør-Øst RHF har i oppdraget for 2015 pålagt alle helseforetak i regionen å følge opp anbefalingene i Riksrevisjonen rapport.

I denne saken orienteres styret om beredskapen i Oslo universitetssykehus HF og anbefalingene til Riksrevisjonen.

Tidligere vedtak i styret

Styret behandlet katastrofeberedskap for Oslo universitetssykehus i styresak 11/2008 i desember 2008. Styret vedtok da at myndigheten og oppgaven knyttet til regional koordinering inntil videre skulle ligge hos direktøren i Ullevål universitetssykehus.

I forbindelse med ny integrert organisasjon for Oslo universitetssykehus fra 1. januar 2010 vedtok styret i styresak 153/2009, beredskapsplan for helseforetaket.

Styret hadde fram til 2011 beredskapsplanverket oppe til godkjenning. Med beredskapsplanverket som ble vedtatt i styresak 54/2011 godkjennes nye og reviderte beredskapsplaner av administrerende direktør, og styret holdes orientert om forhold på beredskapsområdet.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Beredskapsplanverket i Oslo universitetssykehus gjennomgås og oppdateres fortløpende. Senest i 2014 ble det foretatt en samlet revidering av beredskapsplanen med alle eksisterende delplaner, på bakgrunn av nye nasjonale og regionale helseberedskapsplaner.

Helseforetaket gjennomfører risiko- og sårbarhetsanalyser i arbeidet med å forbedre beredskapen. Etter en fornyet risiko- og sårbarhetsanalyse suppleres beredskapsplanen i løpet av 2015 med delplaner for forsyningssvikt medisinsk forbruksmateriell, evakuering, svikt i prehospitalt samband og medisinsk nødtelefon, brannskadebehandling og en oversikt over eksterne samarbeidspartnere på beredskapsområdet.

Oslo universitetssykehus blir årlig involvert i større beredskapsøvelser, i slutten av april 2015 avholdes HarbourEx 2015 med scenarier knyttet til storulykker på Sydhavna i Oslo. Viktige funksjoner knyttet til bestemmelse av beredskapsnivå øves ukentlig, og de tekniske løsningene for mobilisering av personell øves flere

ganger i året. Oslo universitetssykehus har i liten grad arrangert egne øvelser for IKT, vann, strøm og øvrige innsatsfaktorer som er vesentlig for å opprettholde drift. Det er likevel slik at planlagt vedlikehold og større infrastrukturomlegginger benyttes til å gjennomføre beredskapsøvelser. Til nå i 2015 har dette gitt øvelser i evakuering av sentrale pasientbehandlingsområder og drift uten telefoni eller elektrisk kraft for flere avdelinger på ulike lokalisasjoner.

Når det gjelder forebyggende tiltak så blir det i all hovedsak ivarettatt gjennom helseforetakets ordinære virksomhetsstyring og ikke i beredskapsplanverket. I 2015 vil det bli gjort en vurdering av forebyggende tiltak knyttet til IKT, vann og strøm spesielt. Styret vil bli orientert og status meddelt Helse Sør-Øst RHF i Oslo universitetssykehus sin årlige melding for 2015.

Videre vil styret fortsatt følge opp beredskapsarbeidet i helseforetaket gjennom den utvidete tertialvise orientering i ledelsens gjennomgang eller i administrerende direktørs orienteringer om beredskapsplanen og avholdte øvelser med mer.

Faktabeskrivelse

Riksrevisjonens rapport fra 2014 om kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2013, påpeker avvik og anbefalinger knyttet til beredskap innen IKT, vann og strøm. Riksrevisjonen anbefaler at de regionale helseforetakene følger opp at helseforetakene etterlever gjeldende lover og regler for beredskapsarbeid for innsatsfaktorene IKT, vann og strøm. De regionale helseforetakene bør vurdere muligheten for felles maler for ROS-analyser og beredskapsplaner, og mer samarbeid innad i og mellom helseforetakene. Riksrevisjonen anbefaler at beredskapsplaner og risiko- og sårbarhetsanalyser forankres mot ledelsen og at helseforetakene gjennomfører øvelser knyttet til innsatsfaktorene IKT, vann og strøm eller hvor innsatsfaktorene blir integrert som en del av andre typer øvelser.


Riksrevisjonen tar også opp at helseforetakene overlater mye av beredskapsarbeidet for IKT til de regionale IKT-enhetene som er deres driftsleverandør/databehandler. Riksrevisjonen mener at helseforetakene ikke har vært seg bevisst det ansvaret som påligger dem som eier av dataene og som databehandleransvarlig.

Oslo universitetssykehus vil i 2015 gjennomføre en vurdering av beredskapen knyttet til IKT, vann og strøm.

Den overordnede beredskapsplanen for Oslo universitetssykehus HF består av en generell del og flere delplaner for aktuelle hendelser og tiltak. Revisjon av de ulike delplanene gjøres fortløpende, med oppdatering av detaljer og inkrementelle endringer. Beredskapsplanen har fokus på konsekvenser for den kliniske driften av sengeposter og intensivenheter, med tyngde på øyeblikkelig hjelp. Samtidig må poliklinikker, laboratorier og alle andre deler av foretaket også utarbeide beredskapsplaner for sitt ansvarsområde. Beredskap for håndtering av årsaker til og tekniske konsekvenser av hendelsene skal beskrives nærmere i planverket til Oslo sykehusservice og stab IKT. Forebyggende tiltak

er først og fremst håndtert gjennom foretakets ordinære virksomhetsstyring, ikke i beredskapsplanverket.

Foretakets beredskap er ikke avgrenset til det som står i beredskapsplanene. I helseforetakets elektroniske håndbok er det også andre dokumenter som er relevant for beredskapen, og den viktigste beredskapsressursen er de daglige rutine og den kunnskapen og erfaringen foretakets ansatte besitter. Jo hyppigere forekommende en hendelse er, jo mer vil responsen være beskrevet i daglige rutiner og retningslinjer og dermed mindre i beredskapsplanverket.

 Oslo universitetssykehus	Instruks Beredskapsplan OUS - generell del OUS nivå 1 / Styringssystem og ledelse / Beredskap		
	Dokument-ID: 20 Versjon: 7 Status: Godkjent	Dokumentansvarlig: Rune Rimstad Utarbeidet av: Beredskapsrådet og beredskapssjef.	Godkjent av: Cathrine Marie Lofthus

1. Endringer siden forrige versjon

Omstrukturering av teksten slik at disposisjonen er mer lik Nasjonal helseberedskapsplan og Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst. Endret navnet på flere beredskapsplaner. Ny tekst i definisjonen av beredskapsnivåene (hentet fra revidert regional beredskapsplan).

2. Hensikt og omfang

Formålet med norsk helseberedskap er å verne om liv og helse og bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig medisinsk behandling, pleie og omsorg i kriser og katastrofer i fredstid og krig. Oslo universitetssykehus HF skal tilby befolkningen spesialisthelsetjenester, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil. Virksomheten er pålagt å ha beredskapsplaner, basert på risiko- og sårbarhetsanalyser, med oversikt over ansvar og myndighet, varslingsrutiner, prosedyrer for operativ ledelse, informasjonsberedskap og samordning av planer. Personell som er tiltenkt oppgaver i beredskapsplanen skal være øvet og ha nødvendig kompetanse og beskyttelsesutstyr. Virksomheten skal sørge for å ha tilfredsstillende forsyningsikkerhet av viktig materiell, utstyr og legemidler i tråd med prinsippet om å yte forsvarlige tjenester.

Som grunnlag for denne foretaksomfattende beredskapsplanen er det gjort en risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS analyse). ROS analysen vurderer ulike typer hendelser som kan medføre uønskede situasjoner. Det er vurderingen av risiko knyttet til disse hendelsene som ligger til grunn for utvalget av situasjoner vi skal ha beredskapsplaner for å håndtere i Oslo universitetssykehus. Risiko er en funksjon av sannsynlighet, konsekvens og usikkerhet knyttet til hendelsen. Sårbarheten kan ligge i at en hendelse er sjelden slik at personalet ikke har så mye erfaring med responsen, at avhengigheten av et teknisk system er stor, eller at en hendelse vedvarer over tid slik at den tærer på ressursene ut over de ordinære bufferne i organisasjonen. Hendelsesbeskrivelsene har fokus på konsekvenser for den kliniske driften av sengeposter og intensivheter, med tyngde på øyeblikkelig hjelp. Samtidig må poliklinikker, laboratorier og alle andre deler av foretaket også utarbeide beredskapsplaner for sitt ansvarsområde.

Beredskap for håndtering av årsaker til og tekniske konsekvenser av hendelsene skal beskrives nærmere i planverket til Oslo sykehusservice og stab økonomi, juridisk og IKT, også for de tjenestene som ikke er nevnt spesielt i denne planen. Risiko i tekniske systemer kan reduseres ved å bedre robustheten i systemet, ha redundante systemer eller ha alternative måter å drifte på uten bruk av systemet. De forebyggende tiltakene er først og fremst håndtert gjennom foretakets ordinære virksomhetsstyring, ikke i beredskapsplanverket.

Foretakets beredskap er ikke avgrenset til det som står i beredskapsplanene. I eHåndbok er det også andre dokumenter som er relevant for beredskapen, og den viktigste beredskapsressursen er de daglige rutinene og den kunnskapen og erfaringen foretakets ansatte besitter. Jo hyppigere forekommende en hendelse er, jo mer vil responsen være beskrevet i daglige rutiner og retningslinjer og dermed mindre i beredskapsplanverket.

2.1 Prinsipper for beredskap

Beredskapsarbeid og beredskapsplaner bygger i Norge på disse prinsippene:

Ansvarsprinsippet: Den virksomhet som har ansvar for et fagområde eller tjenestetilbud i en normalsituasjon, har ansvaret for nødvendige beredskapsforberedelser og håndtering av ekstraordinære hendelser. Ansvaret gjelder også informasjon innenfor eget fagområde.

Nærhetsprinsippet: Kriser håndteres på lavest mulige nivå.

Likhetsprinsippet: Den organisasjonen man etablerer under kriser skal være mest mulig lik den man opererer med til daglig, jf. ansvarsprinsippet.

Samvirkeprinsippet: Alle virksomheter har et selvstendig ansvar for å sikre et best mulig samvirke med relevante aktører i arbeidet med forebygging, beredskap og krisehåndtering.

Dette betyr at beredskapsarbeidet følger den ansvars- og oppgavefordeling som eksisterer i ordinær drift. Ledere på alle nivåer i foretaket er ansvarlig for å forebygge, begrense og håndtere situasjoner som oppstår innenfor deres

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Instruks Beredskapsplan OUS - generell del	Utskriftsdato: 15.04.2015
Utarbeidet av: Beredskapsrådet og beredskapssjef.	Godkjent av: Cathrine Marie Lofthus
Dokument-Id: 20 - Versjon: 7	Side 1 av 7

ansvarsområde. Uforutsette situasjoner skal håndteres så likt ordinær drift som mulig, uavhengig av beredskapsnivå. Dette innebærer at det i hovedsak er de som utfører de ulike oppgavene til daglig som også ivaretar disse oppgavene ved uforutsette situasjoner.

Beredskapssituasjoner kan imidlertid kreve ekstraordinære tiltak ved at man mobiliserer ekstra personell, omdisponerer ressurser eller forsterker enkelte funksjoner. Dette kan også innebære at noen enheter reduserer eller stanser sin virksomhet. Et vanlig tiltak ved store hendelser er at elektiv drift reduseres. Klinikker og avdelinger må delegere nødvendige ledelsesfullmakter til døgnbemannede vaktfunksjoner til å beslutte og iverksette beredskapstiltak.

Beredskapsprinsippene benyttes i oppbyggingen av planverket. Planstrukturen tar derfor utgangspunkt i helseforetakets organisasjonsstruktur. Rapporteringslinjer skal i prinsipp følge de linjer vi har til daglig, men med de justeringer som kan være nødvendige for å ivareta både en beredskapssituasjon og daglig drift samtidig. Stabsfunksjoner vil således kunne avlaste og ivareta rapporteringsoppgaver ved beredskapssituasjoner. Varslingslinjer vil i prinsipp også følge foretakets organisasjonsstruktur, men vi må da følge linjen til de funksjoner som er bemannet til enhver tid, det vil si vaktorganisasjonen.

2.2 Planstruktur

Beredskapsplanen beskriver prinsipper, oppgaver og ansvarsforhold, kriseledelse og ansvaret for utarbeidelse av beredskapsplaner. Beredskapsplanen har en generell del og beskrivelse av flere hendelser som helseforetaket skal være forberedt på å håndtere. Planen bygger på Nasjonal helseberedskapsplan og Helse Sør-Østs regionale beredskapsplan. Lov- og plangrunnlaget forøvrig er utførlig beskrevet i disse, og kun enkelte punkter gjentas her.

Den overordnede beredskapsplanen er et nivå 1 dokument i helseforetakets systemdokumentasjon. På nivå 2 skal det være beredskapsplaner for den enkelte klinikk. Klinikkleder bestemmer hvilke underliggende senter, avdelinger, seksjoner og enheter som skal lage egne planer. Planer på nivå 2 skal følge de samme prinsippene og den samme strukturen som denne nivå 1 planen. Inndelingen følger malen for instruks i e-håndboken. Alle klinikker må ha planer som gjelder drift ved svikt i kritisk infrastruktur, samt de relevante av øvrige planer:

- Forsyningssvikt [elektrisk kraftforsyning](#)
- **Forsyningssvikt medisinsk forbruksmaterieil**
- **[Svikt i IKT-systemer](#)**
- **Forsyningssvikt i kjøleanlegg**
- **Forsyningssvikt [medisinske gasser og trykkluft](#)**
- **[Forsyningssvikt vann og sanitær](#)**
- **[Høyrisosmitte og epidemi](#)**
- **[Massetilstrømning av pasienter](#)**
- **[Sikkerhetstrussel](#)**
- **Vaksinasjon av ansatte**
-
-
-
-
-
-

Spesielt for svikt i IKT-systemer finnes det flere eHåndboksdokumenter som dekker vesentlige deler av hvordan driften skal håndteres i denne situasjonen.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Instruks Beredskapsplan OUS - generell del		Utskriftsdato: 15.04.2015
Utarbeidet av: Beredskapsrådet og beredskapssjef.	Godkjent av: Cathrine Marie Lofthus	Dokument-Id: 20 - Versjon: 7
		Side 2 av 7

Enkelte av klinikkene har viktige oppgaver innenfor spesialisert beredskap. Klinikkvise planer for enkelte av klinikkene må derfor også omfatte en eller flere av følgende spesielle tiltaksplaner der bare en eller få klinikker er berørt/involvert:

- [CBRNe](#)
- [Legemiddelmangel \(inkl antidoter\)](#)
- [Blodprodukter](#)
- [ECMO](#)
- [Pårørendehåndtering og psykososial støtte](#)
- [Regional AMK](#)
- [Trykktank](#)
- [Helseteam ved kriser og katastrofer](#)
- Brannskadebehandling
- [Dialyse](#)
- [Foretakets kriseledelse](#)

3. Ansvar

3.1 Helseforetakets beredskapsansvar

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for å tilby helsetjenester også under krisesituasjoner i krig og fred. Helseforetaket har ansvar for beredskapsplanlegging og operativ krisehåndtering i sykehusområdet og for å rekvirere flere ressurser dersom en situasjon krever det.

3.2 Beredskapsplanlegging

Beredskapsplanlegging er et linjesvar. Administrerende direktør har det overordnede ansvaret for helseforetakets beredskap. Stab for medisin, helsefag og utvikling har det utøvende ansvaret for å utarbeide og godkjenne beredskapsplaner på nivå 1.

Beredskapsrådet utarbeider forslag til beredskapsplaner og øvelser. Beredskapssjef er leder for beredskapsrådet. Klinikklede utpeker en representant med stedfortreder som medlem i beredskapsrådet. I tillegg utnevner Kommunikasjonsstaben, IKT-avdelingen og Prehospitalt senter en representant hver. Beredskapsseksjonen ivaretar sekretærfunksjoner og deres ansatte deltar i beredskapsrådets arbeid.

Klinikklede er ansvarlige for beredskapsplaner på klinikknivå og lavere. Klinikkene bør opprette klinikkvise beredskapsutvalg for å koordinere planarbeidet både internt i klinikken og med samarbeidende klinikker.

Klinikkene har ansvar for å oppdatere varslingslister (telefon og UMS) og stedfortrederlister under ferieavvikling.

3.3 Beredskaps- og kriseledelse

Beredskaps- og kriseledelse er et linjesvar. Strategisk og taktisk krisehåndtering ledes av administrerende direktør med støtte fra direktørens stab.

Operativ ledelse er den praktiske håndteringen og utøves i linjen med mindre annet fremgår av beredskapsplanene.

Den enkelte medarbeider skal kjenne til beredskapsplanen og være øvet i egne beredskapsoppgaver.

3.4 Nasjonale og regionale oppgaver

Oslo universitetssykehus HF er tildelt enkelte nasjonale og regionale oppgaver knyttet til beredskaps-, krise- og katastrofehåndtering:

- Koordineringsfunksjon for Helse Sør-Øst
- Regional AMK
- Utrykningsteam ved kriser og katastrofer
- Høyrisikosmitte

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Instruks Beredskapsplan OUS - generell del			Utskriftsdato: 15.04.2015
Utarbeidet av: Beredskapsrådet og beredskapssjef.	Godkjent av: Cathrine Marie Lofthus	Dokument-Id: 20 - Versjon: 7	Side 3 av 7

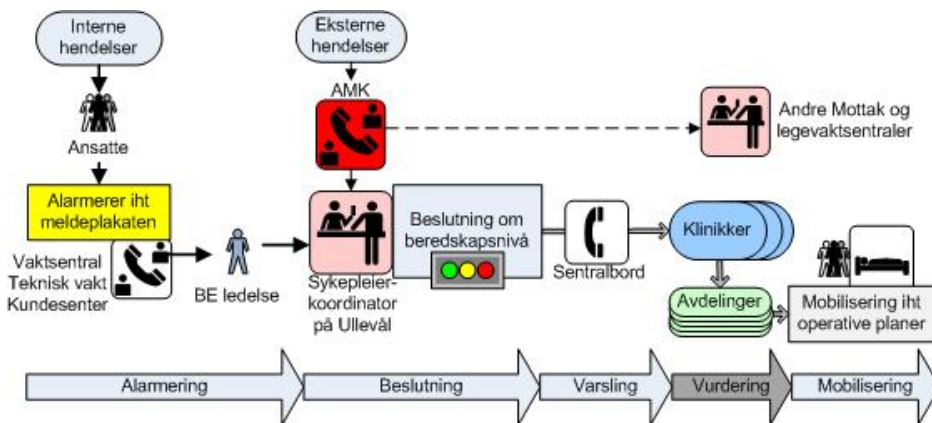
- Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNe-medisin

Det forutsettes at beredskapsarbeidet samordnes og koordineres innenfor hvert sykehusområde. Samordning i forhold til Diakonhjemmet Sykehus AS, Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Sunnaas sykehus HF skal ivaretas av Oslo universitetssykehus HF.

4. Fremgangsmåte

4.1 Alarmering, varsling og mobilisering

Illustrasjon av prosessen fra en hendelse oppstår til helseforetaket har varslet, mobilisert og etablert beredskap:



Alarmering

Alarmering er melding i henhold til meldeplakaten eller via AMK om hendelser som kan kreve tiltak etter beredskapsplanen. Alarmering går normalt til sykepleierkoordinator i akuttmottaket på Ullevål, på telefon (221) 17361. Dette gjelder også for hendelser på Aker sykehus, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og andre lokalisasjoner i Oslo universitetssykehus. Helsedirektoratet varsler regionale helseforetak som varsler helseforetakene. Ved behov for rask varsling av helseforetakenes ledelse, varsler HelseDirektoratet i tillegg AMK-sentraler i henhold til egen rutine.

Beslutning om beredskapsnivå

Sykepleierkoordinator i akuttmottak på Ullevål har myndighet til å beslutte beredskapsnivå. Dersom tiden tillater, skal sykepleierkoordinator konferere med vakthavende beredskapssjef (47680600) før beslutning fattes. Hele Oslo universitetssykehus HF er til enhver tid på samme beredskapsnivå (også enheter som ikke er berørt av eller har spesielle oppgaver i forbindelse med den aktuelle hendelsen).

Varsling om beredskap

Etter beslutning om beredskapsnivå iverksetter sykepleierkoordinator varsling til hele foretaket ved hjelp av telefon, UMS, gruppesøk, meldingsvarsler og virksomhetsportalen. Telefonvarslingen går til sentralbordet på Rikshospitalet som varsler et [kontaktpunkt](#) i hver klinikk, som igjen varsler i egen klinikk etter deres beredskapsplaner. En talemelding via UMS gruppevarslingssystem utløses ved massetilstrømning og GUL eller RØD beredskap og går til ansatte som skal mobiliseres. Meldingsvarsleren viser en kort melding på alle PCer i foretaket, i samme farge som beredskapsnivået. På virksomhetsportalen legges en kort melding som senere oppdateres av kommunikasjonsstaben med mer utfyllende informasjon.

Mobilisering

Hvilke ressurser som skal mobiliseres ved de ulike beredskapsnivå og hendelser skal fremgå av beredskapsplaner i klinikkene. Det er ledelsen i den enkelte klinikk, avdeling eller post som må vurdere om enheten har en rolle og må mobilisere ressurser for å håndtere situasjonen.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Instruks Beredskapsplan OUS - generell del		Utskriftsdato: 15.04.2015
Utarbeidet av: Beredskapsrådet og beredskapssjef.	Godkjent av: Cathrine Marie Lofthus	Dokument-Id: 20 - Versjon: 7
		Side 4 av 7

Ved store ulykker eller katastrofer hvor vi kan forvente at mange pasienter må behandles på Oslo universitetssykehus etableres normalt **GUL** eller **RØD** beredskap. Hele foretaket varsles, men det er bare Ullevål som mobiliserer. Intensivenheter på Rikshospitalet skal forberede seg på å ta i mot inneliggende pasienter fra observasjons-, postoperativ- og intensivavdelinger på Ullevål og kan gjøre begrenset mobilisering for å ivareta denne oppgaven. Andre enheter i Oslo universitetssykehus avventer mobilisering til krisehåndteringsledelsen eventuelt beslutter det

GRØNN beredskap vil oftest utløses ved omfattende svikt i kritisk infrastruktur og hendelser som vedvarer over tid.

Ved interne sviktsituasjoner varsler og/eller mobiliserer ressurser i de enheter som er berørt av hendelsen og de enheter som har ansvar for å gjenopprette normal drift, f.eks Oslo sykehusservice ved svikt i vannforsyning eller elektrisk kraft og Sykehuspartner ved IKT svikt.

Noen situasjoner med alvorlig svikt i kritisk infrastruktur kan kreve **RØD** beredskap. For eksempel omfattende brann, full stans i vannforsyning som vedvarer flere døgn eller andre situasjoner som krever evakuering av flere bygg eller hele lokalisasjoner.

Beredskapsnivåer

Beredskapsnivåene er i henhold til Regional beredskapsplan for Helse Sør-Øst.

GRØNN BEREDSKAP

Beredskapsledelse etableres, enkeltfunksjoner kan forsterkes

GUL BEREDSKAP

Begrenset mobilisering av ekstra ressurser

RØD BEREDSKAP

Mobilisering av betydelige ressurser og omlegging av drift

Grønn beredskap brukes i hovedsak ved langvarige hendelser, som pandemi eller infrastrukturevikt som varer mer enn et halvt døgn. Gul og rød beredskap brukes ved massetilstrømming av pasienter - som et utgangspunkt mer enn 6 (gul) eller 12 (rød) teamkrevende pasienter i eller på vei til akuttmottaket.

4.2 Kriseledelse

Administrerende direktør og medlemmene i ledermøtet utgjør kriseledelsen. Ved beredskapssituasjoner vurderer kriseleder om det er behov for å etablere foretakets kriseledelse eller om situasjonen kan håndteres av den ordinære linjeledelsen.

Beredskapssjef er ansvarlig for å etablere nødvendige krisestøttefunksjoner

4.3 Informasjon

Informasjon om situasjonen er opplysninger om hva som har skjedd, status og utvikling og er viktig for riktig håndtering.

Ledere på alle nivåer er ansvarlig for å formidle tilgjengelig informasjon ut til egne enheter.

Det er i hovedsak foretakets kriseledelse som må samle tilgjengelige opplysninger og formidle disse som informasjon. Dette må primært skje ved at klinikkledere og andre ledere i klinikker og avdelinger formidler informasjon i linjen. I tillegg bør andre tilgjengelige muligheter benyttes; internett, intranett, SMS og e-post.

Kriseledelsen vurderer hvilken informasjon som skal publiseres til offentligheten.

4.4 Rapportering

Rapportering er informasjon om status og utvikling i den enkelte enhet og opp i linjen til høyere ledelsesnivå.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Instruks Beredskapsplan OUS - generell del		Utskriftsdato: 15.04.2015
Utarbeidet av: Beredskapsrådet og beredskapssjef.	Godkjent av: Cathrine Marie Lofthus	Dokument-Id: 20 - Versjon: 7
		Side 5 av 7

Alle ledelsesnivå har behov for jevnlig tilbakerapportering om hvordan organisasjonen håndterer hendelsen. Rapportene bør inneholde informasjon vedrørende tilgang til og behov for personell, lokaler, utstyr, medikamenter; konsekvenser for ordinær drift, behov for støtte mm. Rapporteringen følger ordinært organisasjonskart, og hver organisatoriske enhet skal ha et fast dedikert kontaktpunkt som fungerer som stedfortredende leder i dennes fravær.

Rapportene kan inneholde:

- Beskrivelse av situasjonen
- Status på tiltak som er iverksatt
- En kort vurdering av situasjonen
- Om det er behov for støtte eller forsyninger
- Eventuelle anbefalinger

4.5 Normalisering

Når en beredskapssituasjon er håndtert er det ønskelig å komme tilbake i normal drift så snart som mulig. Normalisering besluttes av foretakets kriseledelse og formidles til klinikkene på samme måte som varsling om beredskap gis. Normalisering vil bl.a. innebære å gjenopprette normal pasientflyt og vurdere tilbakeføring av pasienter som ble flyttet. Normalisering bør også omfatte evaluering av håndteringen og iverksetting av forbedringer.

4.6 Fordeling av pasienter prehospitalt

Ut fra likhetsprinsippet fordeler AMK pasientene som normalt, også ved hendelser som involverer flere pasienter. Når et sykehus i AMK området må stenge ordinært pasientinntak, f.eks pga svikt i kritisk infrastruktur, fordeles pasienter til andre sykehus iht "UFB-nøkkelen" (Uten Fast Bopel).

5. Definisjoner

AMK-sentral: Akuttmedisinsk Kommunikasjonssentral (113). Ansvar for mottak og håndtering av medisinsk nødmelding, øyeblikkelig hjelp, innleggelse og ambulanseoppdrag.

Alarmering: Første melding om at en hendelse har inntruffet.

Beredskap: Tiltak for å forebygge, begrense eller håndtere kriser og andre uønskede hendelser.

Beredskapsnivå: Beskrivelse av hvor mye ressurser sykehuset mobiliserer. Oslo universitetssykehus har tre beredskapsnivåer i tillegg til normal drift:

Koordinator: Sykepleierkoordinator i akuttmottaket.

Kriseledelse: Ledelse av helseforetaket ved kriser og katastrofer.

Lokal Redningssentral (LRS): Opprettes av politiet og har ansvar for ledelse av redningsarbeidet i eget politidistrikt.

Mobilisering: Innkalling av ekstra personell for å håndtere en hendelse.

Regional AMK (R-AMK): Regional AMK-funksjon som trer i kraft ved større hendelser der kapasiteten til den lokale AMK overskrides.

RHF: Regionalt Helse Foretak

Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse): Metode for systematisk gjennomgang av potensielle trusler med tanke på å avdekke virksomhetens sårbarhet og finne risikoreduserende tiltak.

UMS gruppevarslingssystem: IKT-system som varsler forhåndsdefinerte grupper av personer, for eksempel ved mobilisering av ekstra personell ved massetilstrømmning.

Varsling: Melding fra berørt virksomhet eller myndighet til overordnet, sideordnet eller underordnet ledd om at en ekstraordinær situasjon har inntruffet. Et varsel følger en forhåndsdefinert ansvarskjede.

Øvelse: Opplæring og trening for å øke kunnskap og ferdighet. Øvelser kan gjennomføres som praktisk gjennomgang, case, simulering og full skala.

6. Avvik eller dissens

Ved dissens mellom denne beredskapsplanen og beredskapsplaner på nivå 2 er det denne planen som gjelder. Dissens skal meldes til beredskapssjefen.

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Instruks Beredskapsplan OUS - generell del		Utskriftsdato: 15.04.2015
Utarbeidet av: Beredskapsrådet og beredskapssjef.	Godkjent av: Cathrine Marie Lofthus	Dokument-Id: 20 - Versjon: 7
		Side 6 av 7

7. Referanser

<http://www.lovdato.no/all/hi-20000623-056.html> (LOV 2000-06-23 nr 56: Lov om helsemessig og sosial beredskap:)

<http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20010723-0881.html&emne=beredskapsplanlegging> (FOR 2001-07-23 nr 881: Forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. etter lov om helsemessig og sosial beredskap)

<http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/beredskapsplan.pdf> (Overordnet nasjonal sosial- og helseberedskapsplan, Helse og Omsorgsdepartementet 31.01.2007)

<http://www.helse-sorost.no/fagfolk/planverk/beredskap/Documents/Regional%20beredskapsplan%20-%20styrebehandlet%20140313.pdf> (Regional plan for helsemessig og sosial beredskap i Helse Sør-Øst, styregodkjent 2013)

Vedlegg

- [AGREE metoderapport 20 Beredskapsplan OUS generell del](#)

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Instruks Beredskapsplan OUS - generell del			Utskriftsdato: 15.04.2015
Utarbeidet av: Beredskapsrådet og beredskapssjef.	Godkjent av: Cathrine Marie Lofthus	Dokument-Id: 20 - Versjon: 7	Side 7 av 7

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. april 2015

Saksbehandler: Prosjektleder Lars Erik Kjekshus

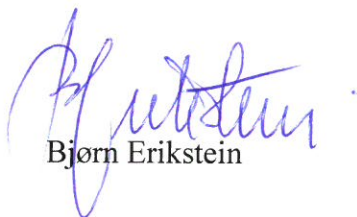
Vedlegg:

**SAK 34/2015 PROSJEKT GJENNOMGANG OG UTVIKLING AV
ORGANISERINGEN AV OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS**

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 23. april 2015



Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

I januar 2015 startet et prosjekt for gjennomgang og utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus. Prosjektet skal legge et grunnlag for organiseringen av Oslo universitetssykehus fra 2016 og framover. Sluttleveransen blir tidlig i 2016, men allerede før sommeren 2015 leveres en delrapport, slik at utvalgte endringer vil kunne iverksettes fra nyttår 2016.

Prosjektets mål er å danne et godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av organiseringen og vurdere og eventuelt foreslå endringer i organiseringen som fremmer og støtter opp under Oslo universitetssykehus' strategi, formål og effektiv drift. Det inneholder fire delprosjekter; overordnet organisasjonsstruktur i Oslo universitetssykehus, organisering av IKT- og teknologifunksjoner, organisering av stabs- og støttefunksjoner og organiseringens følger for samhandling med ulike eksterne samarbeidspartnere.

Styret orienteres i denne saken om prosjektet status.

2. Tidligere vedtak

Styret ble orientert om organisasjonsprosjektet i sak 75/2014 Administrerende direktørs orienteringer, den 18. desember 2014.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Oslo universitetssykehus står overfor en rekke utfordringer når det gjelder å følge opp de mål som er fastsatt i strategien innenfor de økonomiske rammene som er gitt sykehuset. Det er viktig at sykehuset har en struktur som oppleves som hensiktsmessig og i samsvar med den vedtatte strategien for sykehuset.

Dette er den første helhetlige gjennomgangen av organiseringen etter at helseforetaket fikk en samlet organisasjon. Prosjektet skal legge et grunnlag for organiseringen av Oslo universitetssykehus fra 2016 og framover. Sluttleveransen blir tidlig i 2016, men allerede før sommeren 2015 leveres en delrapport, slik at visse, utvalgte endringer vil kunne iverksettes allerede fra nyttår 2016.

Prosjektets mål er å danne et godt beslutningsgrunnlag for videre utvikling av organiseringen av Oslo universitetssykehus, slik at sykehuset kan løse sine oppgaver på best mulig måte. Prosjektet skal vurdere og eventuelt foreslå endringer i organiseringen som fremmer og støtter opp under Oslo universitetssykehus' strategi, formål og effektiv drift. Prosjektet skal oppleves som meningsfylt for sykehusets ansatte og være preget av bred kartlegging, bred involvering og medvirkning og hensiktsmessig brukerinvolvering,

Det er gjennomført en systematisk gjennomgang av relevant dokumentasjon og tidligere utredninger samt at det er foretatt SWOT- analyser (styrker, svakheter, muligheter og hindringer) av alle avdelinger i sykehuset. I etterkant av SWOT- analysene er det blinket ut enkelte områder for fokusgruppeintervjuer samt dybdeintervjuer. Denne informasjonen brukes nå av prosjektgruppen til å utarbeide forslag til organisatoriske endringer på klinikk- og avdelingsnivå.

Framdriften i prosjektet er i henhold til plan. Styret vil bli holdt orientert.

4. Faktabeskrivelse

Prosjektets hovedområder og avgrensninger

Prosjektet skal ikke hindre allerede pågående lokale forbedringsarbeid, men skal bidra til å fremme de områdene som er godt integrert. Prosjektet skal se på hva som eventuelt hindrer lokalt forbedringsarbeid og om dette skyldes den overordnede strukturen. Prosjektet vil ikke kunne løse de umiddelbare økonomiske utfordringene foretaket står overfor, men vil på sikt bidra til at foretaket utvikler seg i samsvar med strategi 2013-2018.

Prosjektet har særskilt oppmerksomhet rettet mot organisasjonens instrumentelle forutsetninger, der struktur og ledelsesbetingelser blir kartlagt og analysert. Momenter som belyses er: kontaktpunkter og avhengigheter (kartlagt i forbindelse med idéfasen), tilrettelegging for hensiktsmessig gjennomføring av helhetlige pasientforløp, fullmaktstruktur og mulighetsrom i den enkelte enhet.

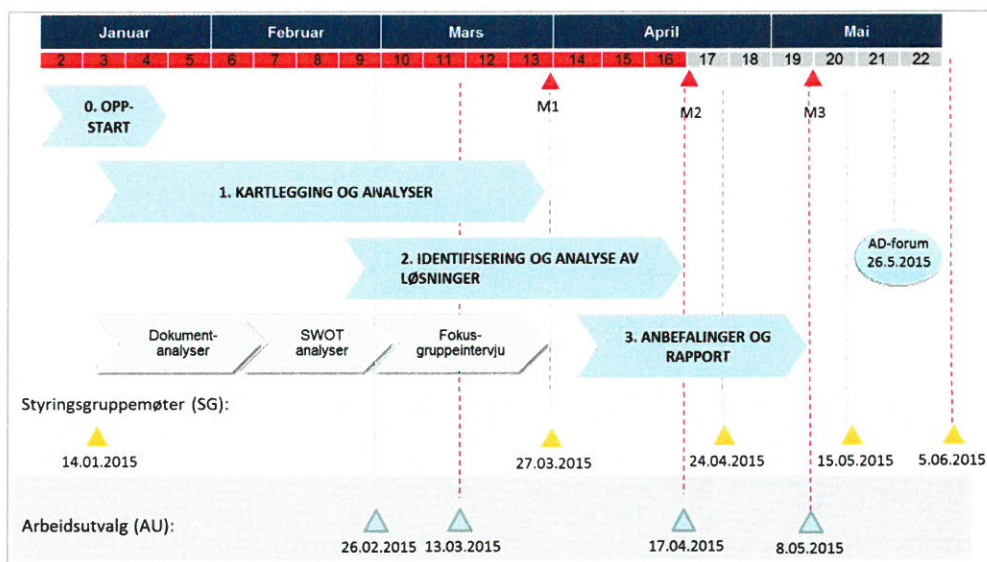
Hovedområdene for prosjektets arbeid er:

- Duplisering av funksjoner
- Stedlig ledelse (geografi)
- Kontrollspenn (størrelse)
- Faglig kontra tverrfaglig organisering
- Grensesnitt og samarbeid mellom klinikker og avdelinger

I tillegg er det skilt ut tre delprosjekter innen områdene organisering av IKT- og teknologifunksjoner, organisering av stabs- og støttefunksjoner og organiseringens følger for samhandling med ulike eksterne samarbeidspartnere, som vil starte opp i juni 2015.

Prosjektstatus og aktivitetsplan

Prosjektets fremdriftsplan for første fase frem mot sommeren er illustrert under:



Kommunikasjons- og informasjonstiltak

Prosjektet skal bidra til å skape bevissthet om problemstillinger relatert til organisering, og til å forankre utviklingsprosessen i organisasjonen. Det legges

derfor vekt på kommunikasjon og informasjon. Det er detaljert og oppdatert informasjon om prosjektet på intranettet. Møtereferater og presentasjoner er her tilgjengelig for alle ansatte.

Sykehusets ledere og ansatte informeres i linjen, i ledermøter og ledersamlinger, dialogmøter og ulike fagforum og andre arenaer. I forkant av SWOT-analysene i perioden desember 2014 til februar 2015 ble det gjennomført 33 presentasjoner ute i klinikker, staver og andre fora.

Informasjonsinnhenting – stor involvering av organisasjonen

Prosjektet er i all hovedsak ferdig med systematisk informasjonsinnhenting for fase 1. I tillegg til analyser av eksisterende kartlegginger, utredninger og evalueringer har prosjektet basert informasjonsinnhenting på involvering av organisasjonen gjennom SWOT-analyser i alle avdelinger og fokusgruppeintervjuer.

SWOT-analyser:I tidsrommet medio januar til medio februar gjennomførte alle 83 avdelingene ved sykehuset SWOT-analyser, dvs. vurderinger av enhetenes styrker og svakheter, muligheter og hindre. Prosjektet anbefalte at analysen ble gjennomført i grupper bestående av avdelingsleder, seksjonsledere, tillitsvalgte, verneombud og at seksjonsledere søkte innspill fra sine ansatte i forkant.

SWOT analysene hadde tre formål: 1) å identifisere avdelingens styrker, svakheter, muligheter og hindre relatert til organisering, 2) identifisere hva som er *lokale* utfordringer og hva som skyldes overordnede forhold og rammevilkår, og 3) å identifisere enheter som har lyktes godt med integreringsarbeidet og vise bevaringsområder der strukturen fungerer godt.

Tabellen under viser antall innspill i hver kategori

	Styrker	Svakheter	Muligheter	Hindre
Generelle	1538	1602	912	863
Organisering	942	1002	654	604
N2-N3 organisering	662	718	501	510

Alle innspillene fra SWOT-analysene er gjennomgått og kategorisert i henhold til hovedproblemstillingene listet over.

I overensstemmelse med prosjektets vekt på åpenhet ligger alle innspillene fra SWOT-analysene ute på sykehusets intranett.

I forbindelse med prosjektets delprosjekt 1 – overordnet organisasjonsstruktur i Oslo universitetssykehus – er det gjennomført involverende prosesser for å samle informasjon fra alle avdelinger i sykehuset. Det er gjennomført en systematisk gjennomgang av relevant dokumentasjon og tidligere utredninger samt at det er foretatt SWOT-analyser (styrker, svakheter, muligheter og hindringer) av alle avdelinger i sykehuset. I etterkant av SWOT-analysene er det blinket ut enkelte områder for fokusgruppeintervjuer samt dybdeintervjuer. Disse

kartleggingene og analysene brukes nå av prosjektgruppen til å utvikle forslag til organisatoriske endringer på klinikk- og avdelingsnivå.

Fokusgruppeintervjuer: På bakgrunn av prosjektets hovedproblemstillinger og innspillene fra SWOT-analysene har delprosjektet identifisert 11 områder hvor det har blitt gjennomført fokusgruppeintervjuer med ledere og ansatte fra ulike deler av organisasjonen. Hensikten med fokusgruppeintervju er å avklare og belyse et bestemt emneområde gjennom en felles samtale. Ved at deltakerne samtaler om sine erfaringer kan man få frem mer informasjon enn ved å intervjuer ett og ett gruppe medlem. I tillegg har prosjektet gjennomført ytterligere dybdeintervjuer med utvalgte nøkkelpersoner.

Tiltaksmatrise: Det pågår nå et arbeid med å utvikle en "tiltaksmatrise". Tiltaksmatrisen vil oppsummere de organisatoriske endringsforslag og vurdere disse opp mot kriterier for i hvilken grad de støtter opp om ulike deler av strategien, hvordan de vil bidra til å bedre driftsøkonomiske forhold som styrbarhet og null fristbrudd, samt at det vil gjøres en vurdering av gjennomførbarhet som hvor godt endringsforslaget er utredet, hvilken risiko som er forbundet med endringsforslaget, samt vurdere mulighet for å gjennomføre disse endringene enten på kort eller lang sikt.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 30. april 2015

Saksbehandler: Direksjonssekretær

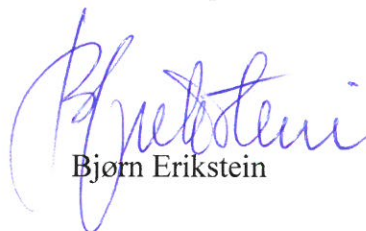
Vedlegg:

SAK 35/2015 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 23. april 2015


Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
30. april 2015 kl 8-14	Økonomisk langtidsplan 2016-2019 Avsluttet byggeprosjekt nytt akuttbygg på Ullevål sykeus	Rapportering Årsplan for styret Årsplan arbeidsmiljø 2014
Reservetid 28. mai 2015 kl 8 – ca 14		
25. juni 2015 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 1. tertial Prosess budsjett 2016 Valg av Brukerutvalget i OUS Møteplan styret 2016 Status oppfølging av konsernrevisjonen HLK	Rapportering Årsplan for styret Finansiell leasing Fullmaktene i Oslo universitetssykehus
25. september 2015 kl 8-14	Budsjett 2016	Rapportering Årsplan for styret Oppfølging styresaker Møte med Brukerutvalget Eierskap i selskaper
27. oktober 2015 kl 17-20	Styreseminar	
28. oktober 2015 kl 8-14	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2016	Rapportering Årsplan for styret
Reservetid 25. november 2015 kl 8 – ca 14		
17. desember 2015 kl 8-14	Budsjett 2016 Områdeplan for anskaffelse av medisinskteknisk utstyr 2016-19 Idefase Oslo universitetssykehus	Rapportering Årsplan for styret

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte.: 30. april 2015

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 36/2015 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

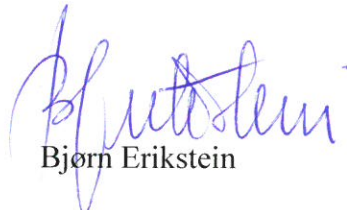
Følgende legges frem til orientering:

1. Forskning innovasjon og utdanning
2. Tilsyn
3. Medieomtale

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 23. april 2015



Bjørn Erikstein

1. PRISER TIL FREMRAGENDE FORSKERE VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Et prioritert tiltak i sykehusets forskningsstrategi er bedre synliggjøring av forskningsresultater og belønningsordninger for fremragende forskning. Som et ledd i dette deler sykehuset to ganger årlig ut priser for fremragende forskningsartikler, og én gang i året deler sykehuset ut priser til fremragende forskere. Prisene til fremragende forskere består av én hovedpris á 300.000 kroner til en etablert og svært suksessrik forsker - Excellent Researcher Award – og to priser á 150.000 kroner til fremragende forskere som er i en tidlig fase av forskerkarrieren - Early Career Awards. Prispengene skal benyttes til videre, fritt valgte forskningsformål ved OUS. Kandidatene nomineres av minst to kolleger ut fra angitte kriterier og med krav til begrunnelse, og vurderingene foretas av Oslo universitetssykehus' Scientific Advisory Board. Årets priser for fremragende forskning ved Oslo universitetssykehus ble den 24. april tildelt som følger:

Excellent Researcher Award:

Anne-Lise Børresen-Dale, Institutt for kreftforskning

Early Career Awards - likeverdige prisvinnere:

Jan Terje Andersen, Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin

John Arne Dahl, Avdeling for mikrobiologi

Evalueringskomiteen skriver følgende om vinnerne:

Anne-Lise Børresen-Dale has for a long time been a leading scientist in the field of breast cancer. She is very well cited and has an impressive publication record. Her research has been among the pioneers that developed gene expression profiles of tumors from breast tissue. In recent years she has also engaged in bioinformatics and biostatistics to handle large volume data. Several models have been developed opening up ways to get important clinical information by linking genetic data to clinical data.

Jan Terje Andersen has an impressive track record and some high-quality publications. He is independent and his research is innovative. His scientific work has already been of importance for the development of new drugs. Jan Terje Andersen's continued research carries several promising results.

John Arne Dahl is an independent and productive scientist with some high-quality publications. His recent publications within the field of epigenetics are well cited. He is a good role model and a creative scientist with potentials for future leadership within medical research.

Oslo universitetssykehus er svært stolt over disse verdige vinnerne.

2. TILSYN MED ARBEIDSTID OG OPPFØLGING AV ARBEIDSTIDSBRUDD

Arbeidstilsynet førte i to perioder i 2014 tilsyn med arbeidstid ved utvalgte enheter på seks klinikker ved Oslo universitetssykehus HF. De utvalgte enhetene rapporterte på

brudd på arbeidstid og hviletid. Det ble avdekket 536 arbeidstidsbrudd i første periode og 505 arbeidstidsbrudd i andre periode, som utgjorde en samlet nedgang på 31 færre brudd (jf. tabell 1). Videre var det 490 brudd på hviletidsbestemmelsene i første periode, og 531 brudd i andre periode; en samlet økning på 41 flere hviletidsbrudd (jf. tabell 1).

	Arbeidstidsbrudd		Hvilebestemmelser	
	1. rapp	2. rapp	1. rapp	2. rapp
AKU	237	311	261	287
KVB	109	30	52	12
MED	27	69	32	115
KKN	153	84	84	50
PHA	8	9	60	62
OSS	2	2	1	5
Totalsum	536	505	490	528

Tabell 1: Brudd oppsummert

Arbeidstilsynets vurdering er at helseforetaket har grepet fatt i utfordringer knyttet til arbeidstid, jf. brev fra Arbeidstilsynet mottatt 4. februar 2015. Arbeidstilsynet ser at flere ledere og arbeidstakere på ulike nivåer som har nedlagt betydelig arbeid for å følge opp arbeidstidsbestemmelsene, og med å utarbeide og iverksette relevante tiltak. Arbeidstilsynet er positive til de tiltak som foretaket har skissert. Tilsynet fremhever at de har forståelse for at det i en virksomhet som Oslo universitetssykehus HF alltid vil kunne oppstå hendelser som er vanskelige å forutse, og at det vil ta noe tid før alle tiltak har full effekt. Arbeidstilsynet har likevel funnet grunnlag for å gi to pålegg:

1. Arbeidsgiver skal, i samarbeid med hovedverneombudet, vurdere om tiltakene (handlingsplanen) som skal sikre at arbeidstidsbestemmelsene blir oppfylt, blir etterlevd og fungerer som forutsatt. *Frist: 31.12. 2015.*
2. Arbeidsgiver skal vurdere om arbeidstidsordningen er fullt forsvarlig slik at hensynet til helse, miljø og sikkerhet er ivaretatt, og eventuelt iverksette nødvendige tiltak. Verneombudet skal medvirke i vurderingen og i utarbeidelse og iverksettelse av nødvendige tiltak. AMU skal behandle helse- og velferdsmessige spørsmål knyttet til arbeidstidsordningen. Pålegget begrenses til ambulansetjenesten og AMK-senteret ved Prehospitalt senter, Akuttklinikken. *Frist: 01.09. 2015*

Påleggene er begrunnet med at Oslo universitetssykehus HF fortsatt har brudd på arbeidstidsbestemmelsene, og at Arbeidstilsynet oppfatter at noen av arbeidstidsordningene kan være belastende til tross for at de er innenfor rammen av inngåtte avtaler.

Det første pålegget gjelder hele foretaket og vil følges opp på statusmøter med Arbeidstilsynet knyttet til hver tertialrapportering, med en kort redegjørelse for eventuelle brudd i samtlige klinikker og avdelinger, samt arbeidsgivers og foretaksverneombudets vurdering av tiltakenes effekt. Første statusmøte avholdes i juni 2015. Dagens tertialrapportering vil suppleres for å svare ut vilkårene i pålegget, og det er igangsatt et arbeid med å utarbeide et utvidet rapporteringsregime som blant annet også omfatter manuelle rapporter på hviletid.


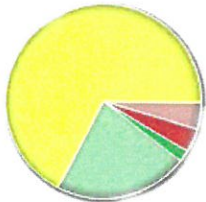


Det andre pålegget vil følges opp ved at det gjøres en vurdering av forsvarligheten ved arbeidstidsordningen i ambulansetjenesten og AMK-senteret ved Prehospitalt senter i perioden 1. mars – 1. juni 2015, med beskrivelse av eventuelle tiltak, hvordan verneombudet har medvirket og referat fra behandlingen av arbeidstidsordningen i

AMU. Direktørens HR-stab skal avholde møte med Prehospitalt senter i mai der pålegget og gjennomføringen gjennomgås.

Direktørens HR-stab har i første kvartal 2015 avholdt klinikkvise møter med avdelingslederne om arbeidstidsbestemmelsene og oppfølging av arbeidstidsbrudd, og det er utarbeidet en tiltaksplan (handlingsplan) med både sentrale tiltak, klinikkgjennomgående og klinikkvise tiltak for å redusere antall brudd. Direktørens HR-stab vil fortsette å følge utviklingen i arbeidstidsbrudd i klinikkene og effekten av tiltakene tett.

3. MEDIEOMTALE 1. JANUAR 2015 – 16. APRIL 2015

Antall saker i mediene har sunket fra 1393 i januar, til 1211 i mars, totalt 4141 for hele perioden. April ligger så langt an til å få noe færre mediasaker enn tilsvarende måned i fjor. 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. Nederst finnes også en liten oversikt over sykehusets aktivitet i sosiale medier.

Periode	Antall saker	Vekting	Vekting prosent	Kommentar
1.-16.april 2015	579		Positiv: 18 Nøytral: 79 Negativ: 3	Perioden har vært preget av ekspertuttalelser og omtale av skadde pasienter brakt til sykehuset.
Mars 2015	1211		Positiv: 24 Nøytral: 67 Negativ: 9	Måneden har vært preget av domfellelse for utnyttelse av filippinske sykepleiere.
Februar 2015	958		Positiv: 28 Nøytral: 61 Negativ: 11	Måneden har vært preget av omtale av Idéfase OUS og Helsetilsynets uttalelse i hjernebiopsisaken.
Januar 2015	1393		Positiv: 20 Nøytral: 75 Negativ: 5	Perioden ble preget av omtale av skadde pasienter brakt til sykehuset, samt en skyteepisode i slutten av måneden.

Mediebildet har i perioden vært preget av omtale av Idéfase OUS, domfellelse for utilbørlig utnytting av arbeidskraft (tre filippinske sykepleiere), trykketank på Ullevål, behandling av systemisk sklerose, ekspertuttalelser og skadde pasienter brakt til sykehuset.

Behandling av systemisk sklerose

Stamcellebehandling av sykdommen systemisk sklerose kom i medias søkelys etter at Gunhild Stordalen i flere omganger har stått frem, snakket om sin sykdom og behandlingen hun fikk i Nederland. Sykehusets rolle i disse mediasakene er vår fagkompetanse og mulighetene for å etablere et tilsvarende behandlingstilbud i OUS. Sykehuset har formidlet at vi gjennomfører en såkalt minimetodevurdering av behandlingsmetoden i OUS som vil bli lagt frem for Helse Sør-Øst før et formelt tilbud kan etableres. I mediasakene om systemisk sklerose har sykehusets fagfolk fått anledning til å vise frem sin ekspertise og det etterlatte inntrykket er positivt.

Sosiale medier

Sykehuset er aktivt tilstede i flere sosiale medier og følges av stadig flere på Twitter, Facebook, Instagram og LinkedIn. Kanalene benyttes til ulike formål.

Twitter

Twitter er en effektiv kanal som formidler av pressemeldinger, forskningsstoff og andre viktige nyheter og faktaopplysninger fra sykehuset. Antall følgere øker jevnt og trutt og bidrar dermed til at OUS når ut til mange lesere. OUS sin profil har snart 6000 følgere. Mange av disse er journalister og personer med særlig interesse for helsevesenet, fag og forskning.

Facebook

Det er svært varierte saker som legges ut på vår Facebookside. De mest leste sakene i perioden er:

- Saneringsøvelse i regi av CBRNe-senteret
- Samarbeid mellom Stab Samhandling og Fredskorpset
- Sykehusets revy
- Bilder fra 4K-støttet laparoskopisk leverreseksjon
- Påskesola er som god rødvin
- Månedens forsker i mars – Dan Atar
- Rekrutteringsfilm – har du lyst til å jobbe hos oss?
- Unge kirurger drilles i akuttkirurgi
- Aleksander Rybak besøker på barnesenteret på Ullevål

Instagram

På Instagram fikk bilder fra en 4K-støttet laparoskopisk leverreseksjon mye oppmerksomhet tidlig i april. Med 4K-støtte menes at en nyutviklet ultrahøy bildeoppløsning benyttes på det laparoskopiske kameraet, for å kunne se alle detaljer i bildet på best mulig måte. Dette øker trykkghten ved inngrepet.

En videosnutt fra en saneringøvelse i rei av CBRNE-senteret i midten av måneden fikk også mye oppmerksomhet. Bilder fra hverdagshendelser på sykehuset er også populært.

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	30. april 2015
Dato møte:	30. april 2015 kl 8.00 – 12.45 på Radiumhospitalet, Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Anne Margrethe Svanes

Tilstede: Stener Kvinnsland, Anne Carine Tanum, Bjørg Månnum Andersson, Berit Kjøll, Svein Erik Urstrømmen, Aasmund Magnus Bredeli, Else Lise Skjæret-Larsen; Ole Petter Ottersen

Forfall:

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Terje Rootwelt, Tove Strand, Erlend Smeland, Rolv Økland, Eva Bjørstad, Morten Meyer m.fl.

Tilstede ellers: observatører fra Brukerutvalget, konsernrevisjonen og publikum

Sak 24/2015 Godkjenning av innkalling og sakliste

Enstemmig vedtak:

Sak 29/2015 omtales som både orienteringssak og vedtakssak i innkallingen og sakliste. Sak 29/2015 er en vedtakssak. Med den presiseringen godkjenner styret innkalling og sakliste.

Sak 25/2015 Godkjenning av protokoll

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 9. april 2015.

Sak 26/2015 Rapport per mars 2015

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar rapporteringen til orientering.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler om investeringer i medisinskteknisk utstyr for 200 millioner kroner av investeringsrammen for 2016.

Sak 27/2015 Økonomisk langtidsplan 2016-2019

Vedtatt med 5 stemmer mot 3 stemmer:

1. Styret gir sin tilslutning til forslaget til økonomisk langtidsplan.
2. Styret konstaterer at kravet til resultatforbedring de nærmeste årene er svært krevende, men nødvendig for å sikre tilstrekkelig finansiering av nødvendige investeringer i bygg og medisinsk teknisk utstyr.
3. Styret konstaterer at det fortsatt er en betydelig utfordring å gjennomføre driften slik at det oppnås en bærekraftig økonomisk utvikling de neste årene. Styret ber administrerende direktør om å forberede en sak til styremøtet 25. juni der arbeidet med effektivisering av driften konkretiseres ytterligere.

Styremedlemmene Aasmund Bredeli, Svein Erik Urstrømmen og Else Lise Skjæret-Larsen ønsket følgende ført i protokollen under sak 27/2015:

”Ansattes representanter mener at fremlagte ØLP og og realiteter ikke stemmer overens hverken på kort eller lang sikt. Vi har derfor sett oss nødt til å legge frem følgende alternative vedtaksforslag:

Styret ber administrasjonen om å gjøre en ny vurdering av ØLP, og komme tilbake med et revidert forslag avstemt mot foretakets økonomiske situasjon.

Ansattes representanter viser forøvrig til ansatteorganisasjonenes protokoller til saken.”

Alternativt vedtaksforslag frembrakt av ansattrepresentant Svein Erik Urstrømmen ble nedstemt med 5 stemmer mot 3 stemmer. Følgende representanter stemte for; Aasmund Bredeli, Svein Erik Urstrømmen og Else Lise Skjæret-Larsen:

Styret ber administrasjonen om å gjøre en ny vurdering av ØLP, og komme tilbake med et revidert forslag avstemt mot foretakets økonomiske situasjon.

Sak 28/2015 Prefabrikkert bygg på Ullevål sykehus

Enstemmig vedtak:

1. Styret godkjenner forslag til etablering av modulbygg på Ullevål sykehus.
2. Styret ber administrerende direktør oversende forslaget med kostnadsramme for behandling i Helse Sør-Øst RHF. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale om leasing og iverksette bygging, når godkjennelse foreligger fra Helse Sør-Øst RHF
3. Styret ber om å bli orientert om vesentlige endringer, herunder avvik i fremdrift og kostnader under gjennomføringsperioden. Endelig sluttrapport for prosjektet legges frem for styret etter at prosjektet er sluttført.

Sak 29/2015 Organisering av kreftområdet inkludert bygningsmessige vurderinger

Skriftlig innspill fra Brystkreftforeningen datert 27. april 2015 og fra 6 operative virksomheter på Radiumhospitalet datert 29. april 2015 ble omdelt i styremøte.

Vedtaket fattet med 5 stemmer mot 3 stemmer:

Følgende styremedlemmer stemte mot: Aasmund Bredeli, Svein Erik Urstrømmen og Else Lise Skjæret-Larsen.

1. Styret legger til grunn av kreftområdet ikke blir hovedelementet i en første etappe for utbygging av Oslo universitetssykehus og at dette innebærer aktivitet på Radiumhospitalet i minst 15 år fremover.

Enstemmig vedtak:

2. Styret ber om at utredning av nytt klinikkbygg ved Radiumhospitalet samkjøres med organisasjonsgjennomgangen av kreftområdet og idéfasearbeidet og tar til etterretning at dette arbeidet vil bli gitt som gave til Oslo universitetssykehus, basert på en formell avtale mellom partene.

Styremedlemmene Aasmund Bredeli, Svein Erik Urstrømmen og Else Lise Skjæret-Larsen ønsket følgende ført i protokollen under vedtakspunkt 1 i sak 29/2015:

“Ansattes representanter stemmer imot vedtakspunkt 1 i saken fordi dette legger føringer på det videre idéfasearbeidet som er i strid med styrets vedtak i sak 20/2015 (9. april 2015).

Ansattes representanter er også bekymret for om representasjonen fra fagmiljøene på DNR er ivarettatt i den sykehusinterne gruppen som skal arbeide med saken i det videre idéfasearbeidet, og tilsvarende om samarbeidet med Radiumhospitalets venner er tilstrekkelig ivarettatt.”

Sak 30/2015 Revisjonsplan 2015 internrevisjon Oslo universitetssykehus

Enstemmig vedtak:

Styret tar revisjonsplan for 2015-16 for Oslo universitetssykehus til etterretning.

Sak 31/2015 Arbeidsmiljørappport 2014

Enstemmig vedtak:

Saken utsattes til neste ordinære styremøte.

Sak 32/2015 Avsluttet byggeprosjekt akuttbygg på Ullevål sykehus

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar sak om avsluttet byggeprosjekt ved Oslo universitetssykehus HF, med vedlegg "DP05 Akuttfunksjoner Sluttrapport desember 2014" til etterretning.
2. Styret ber administrerende direktør fremsende DP05 sluttrapport til Helse Sør-Øst RHF.

Sak 33/2015 Beredskapsplan for Oslo universitetssykehus

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om beredskap for Oslo universitetssykehus HF til orientering.

Sak 34/2015 Organisasjonsprosjektet

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Sak 35/2015 Plan for styrets arbeid

Reservestyremøte 28. mai 2015 utgår.

Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

Sak 36/2015 Administrerende direktørs orienteringer

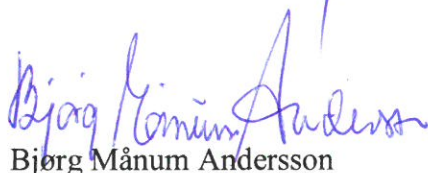
Enstemmig vedtak:

Styret tar til saken til orientering.

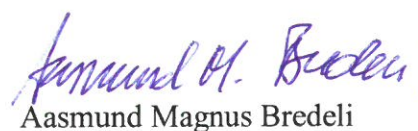

Stener Kvinnsland
Styreleder


Anne Carine Tanum
Nestleder


Berit Kjøl


Bjørg Månun Andersson


Ole Petter Ottersen


Aasmund Magnus Bredeli


Svein Erik Urstrømmen


Else Lise Skjæret-Larsen