

# Oslo universitetssykehus HF

## Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 4/2017
Dato møte:	24. mai 2017
Møtetid:	Klokken 10.00 – 17.00
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

---

34/2017	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
35/2017	Orientering:	Rapportering per april 2017
36/2017	Beslutning:	Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (2037)
37/2017	Beslutning:	Konseptfase for Regional sikkerhetsavdeling
38/2017	Beslutning:	Konseptfase for Radiumhospitalet
39/2017	Beslutning:	Oppstart av konseptfaseutredning for Aker og Gaustad
40/2017	Orientering:	Plan for styret
41/2017	Orientering	Administrerende direktørs orienteringer

Gunnar Bovim  
sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 24. mai 2017

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg: Sakliste  
Protokoll fra styremøte 4. mai 2017  
Drøftingsprotokoll overdragelse til Sykehusinnkjøp HF

---

**SAK 34/2017    GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE**

### **Forslag til vedtak:**

*Styret godkjenner innkalling og sakliste.*

Oslo, den 18. mai 2017

Gunnar Bovim  
Sign.

# Oslo universitetssykehus HF

## Protokoll

---

Møtenavn:	<b>Styremøte</b>
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	4. mai 2017
Dato møte:	4. mai 2017 kl 10.00 – 15.05 på Radiumhospitalet, Montebello
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

---

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

Forfall: Ingen

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

Tilstede ellers: observatører fra brukerutvalget, revisor og publikum

### **Sak 24/2017 Godkjenning av innkalling og sakliste**

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

### **Sak 25/2017 Rapportering per mars 2017**

Vedtak:

Styret tar rapporteringen av resultater per mars 2017 til orientering.

## **Sak 26/2017 Kvalitetsindikatorer og håndtering av uønskede hendelser**

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

## **Sak 27/2017 Rapport 2016 om helse, miljø og sikkerhet**

Vedtak:

Styret tar redegjørelse om HMS årsrapport 2016 til orientering.

## **Sak 28/2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021**

Vedtak:

Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan til orientering.

## **Sak 29/2017 Plan for internrevisjon 2017-2018**

Vedtak:

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

## **Sak 30/2017 Rapport 572017 fra konsernrevisjon: Legemidler ved Oslo universitetssykehus HF**

Vedtak:

Styret tar revisjonsrapporten til etterretning.

## **Sak 31/2017 Fremtidens Oslo universitetssykehus**

Vedtak:

Styret tar redegjørelse om fremtidens Oslo universitetssykehus HF til orientering.

## **Sak 32/2017 Plan for styrets arbeid**

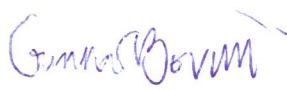
Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

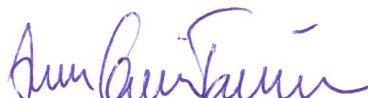
## Sak 33/2017 Administrerende direktørs orienteringer

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.



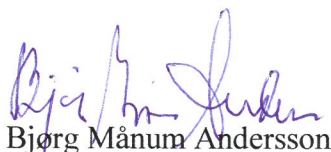
Gunnar Bovim  
styreleder



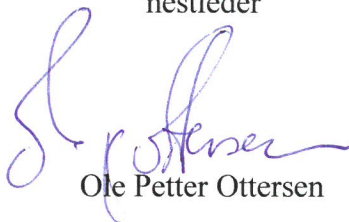
Anne Carine Tanum  
nestleder



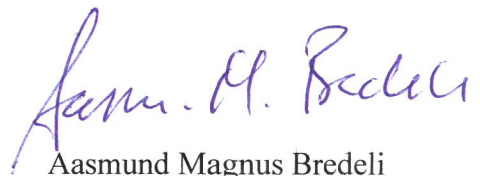
Berit Kjell



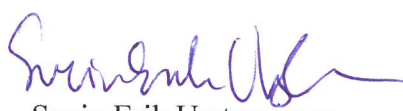
Bjørg Månun Andersson



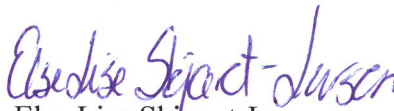
Ole Petter Ottersen



Aasmund Magnus Bredeli



Svein Erik Urstrømmen



Else Lise Skjæret-Larsen

## PROTOKOLL

Det er avholdt drøftingsmøte i henhold til hovedavtalen kap. 7, jf arbeidsmiljøloven kap. 8

<i>Dato:</i>	08.03.17
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Sak:</i>	Virksomhetsoverdragelse av ansatte fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehusinnkjøp HF
<i>Tilstede fra arbeidsgiver:</i>	Fra OUS: Morten Meyer (Stab HR), Truls Gamnes (Stab HR), Geir Teigstad (OSS), Anne Marthe Aassve Eriksen (OSS), Tone Mydske Olsen (OSS), Sissel Taklo (OSS) Fra Sykehusinnkjøp: Cathrine M. Fuhre (Konst. divisjonsdir.), Andreas Hellesø (HR) Referent: Mari Torset (Stab HR)
<i>Tilstede fra arbeidstaker:</i>	Nina Bøe (Delta), Birgit Aanderaa (NPF), Bjørn Wølsted-Knudsen (Fagforbundet), Per Oddvar Synnes (Foretaksverneombud), Svein Erik Urstrømmen (NSF), Aasmund Bredeli (Dnlf), Christian Grimsgaard (Dnlf); Even S. Røst (Tekna)

### Sak 1/20170308 - Virksomhetsoverdragelse av ansatte fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehusinnkjøp HF

Geir Teigstad orienterte om virksomhetsoverdragelsen med henvisning til utsendte saksdokumenter. I drøftingsnotatet er følgende redegjort for:

- Tidspunkt for overdragelsen
- Organisatorisk tilknytning i Sykehusinnkjøp
- Tariffavtaler, overenskomster og pensjonsforhold
- Medvirkning, risikovurdering og behandling i AMU
- Reservasjons- og fortrinnsrett

Cathrine M. Fuhre og Andreas Hellesø fra Sykehusinnkjøp HF orienterte om organisering av dagens Sykehusinnkjøp og tidsplan for virksomhetsoverdragelser fra andre foretak, samt tariffavtale- og pensjonsforhold. Det ble også redegjort for prinsipper for omstilling etter at virksomhetsoverdragelsen er ferdigstilt.

#### **Arbeidstakersidens kommentarer**

Arbeidstakersiden pekte på at fremtidig organisering av Sykehusinnkjøp ikke er besluttet og at det fører til manglende forutsigbarhet og trygghet for de berørte ansatte. Videre ble det pekt på at avdelingen er underbemannet per i dag og at spørsmålet om lederskap i avdelingen ikke er avklart. Det ble også stilt spørsmål om mangelfull medvirkning underveis og en forsinket risikoanalyse vil påvirke prosessen og de berørte negativt.

Arbeidstakersiden mener på bakgrunn av dette at i tiden før virksomhetsoverdragelsens rammer er «uferdige» og videre at de ansattes medvirkning må sikres i det videre og risikoreduserende tiltak bør iverksettes snarlig.

*Det vises også til protokolltilførsler fra arbeidstakersiden i vedlegg til denne protokollen.*

### ***Arbeidsgiversidens kommentarer***

Arbeidsgiver (OUS) understreker at lovverk og prinsipper for virksomhetsoverdragelser følges og at det er viktig å holde ro i gruppen av berørte ansatte underveis i prosessen. Det ble bekreftet at fortrinnsrett til stillinger ved OUS vil gjelde dersom man reserverer seg mot overdragelse, etter gjeldende regler som er redegjort for i drøftingsnotatet.

Sykehusinnkjøp understreket at i den videre prosessen er følgende viktig:

- Overdragelsen skjer «as is» ut 2017
- Medvirkning for alle berørte i utformingen av den nye organisasjonen kan bare sikres ved at alle overføres før ny organisasjon besluttes
- Lokal tilstedeværelse (ved helseforetakene) vil være et organisasjonsprinsipp
- Lovverk og prinsipper for virksomhetsoverdragelse følges

### **Konklusjon**

- Etter gjennomført drøfting vil administrerende direktør fatte vedtak i saken
- Drøftingsprotokoll vedlegges saken

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

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

### *Vedlegg:*

- *Protokolltilførsel fra Vernetjenesten OUS*
- *Protokolltilførsel fra Norsk sykepleierforbund med tilslutning fra Dnlf, Parat, Delta, Econa, NITO,NPF, NJF, NFF, Forskerforbundet*
- *Protokolltilførsel fra Tekna*

Drøfteprotokoll fra NSF til drøftemøte 08.03.17

## **Virksomhetsoverdragelse av ansatte fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehusinnkjøp HF**

På bakgrunn av drøftingsnotatet, og diskusjonen i drøftemøtet 08.03, oppfatter NSF at det knytter seg en del usikkerhet til fremtidig organisering av Sykehusinnkjøp HF som mottagende virksomhet. Ansatte fra OUS vil dermed bli virksomhetsoverdratt til en organisasjon som er under oppbygging, noe som gir manglende forutsigbarhet for de som blir berørt. At medarbeiderne som virksomhetsoverdras skal arbeide «as – is» vil etter vårt syn bare gi en kortsiktig sikkerhet.

NSF sitt syn er at rammen rundt virksomhetsoverdragelsen virker uferdig, og at fremtidig organisering hos mottagende virksomhet burde ha vært tydeligere avklart før man startet prosessen.

Mvh  
Svein Erik Urstrømmen  
Foretakstillitsvalgt NSF



Oslo 08.03.17

## **Drøftinger gjeldende Virksomhetsoverdragelse av ansatte fra Oslo universitetssykehus HF til Sykehusinnkjøp HF**

Vernetjenesten har følgende anførsler til protokollen:

Arbeidsgivers gjennomføringsevne og systematikk gjeldende informasjon og medvirkning overfor de berørte ansatte har ikke vært tilfredsstillende. OSS og ansvarlig avdeling må gjennomføre dette i henhold til drøftingsnotatets målsettinger frem til overføringstidspunktet 01.05.17.

Risikoanalyser i hht «Sjekkliste omstilling» ble slutført så sent som 06.03. Altså to dager før drøftingene. Drøftemøtet har således lite kunnskap om arbeidsmiljøstatus og omfanget av nødvendige risikoreducerende tiltak. OSS og ansvarlig avdeling må snarest iverksette tiltak i hht analysen slik at negative arbeidsmiljøkonsekvenser i størst mulig grad forebygges/elimineres frem mot overføringstidspunktet 01.05.

Avklaring av ledersituasjonen for den aktuelle seksjon er av vesentlig betydning for seksjonens funksjonalitet fremover. Valg av leder vil kunne gi utslag i organisasjonens evne til å holde seksjonen samlet både før og etter overføringen. Videre er avklaringer knyttet til seksjonens innplassering i HSØ/SIK organisasjonsstruktur også av stor betydning for de ansatte som berøres av overføringen.

Ansatte uttrykker ønske om en kontaktperson i HSØ/SIK for avklaringer av ulike typer spørsmålstillinger frem mot overføringstidspunktet.

Vernetjenesten vil minne om at nåværende seksjon på 14 ansatte, utøver arbeidsoppgaver som for kort tid tilbake ble håndtert av 17 stk. I tillegg er det 3 fulltidsarbeidende konsulenter som ikke overføres. Dette vil kunne medføre merarbeid og arbeidsbelastninger som over tid kan gi negative arbeidsmiljø- og helsekonsekvenser. Dette må håndteres av ny arbeidsgiver så raskt som mulig.

Der er av stor betydning at det overdratte personellet får utøve reell medvirkning i kommende interne organisasjonsprosess for Sykehusinnkjøp. Dette vil være utslagsgivende for hvor vidt personellet evner å etablere eierskap til ny organisasjon og gode relasjoner til arbeidsgiver.

Mvh  
Per Oddvar Synnes  
Foretaksverneombud OUS

## Teknas drøftingsprotokoll

### Virksomhetsoverdragelse av ansatte fra OUS HF til Sykehusinnkjøp HF 08/03-2017

Tekna er bekymret for at informasjonsflyt og medvirkning hittil i prosjektet ikke matcher de mål som er satt.

Anskaffelsesavdelingen ved OUS har tidligere hatt 17 fast ansatte og 3 konsulenter til arbeidet som nå skal overføres Sykehusinnkjøp HF. 3 av de fast ansatte har avsluttet sitt arbeidsforhold, samt at konsulentene har blitt gitt andre arbeidsoppgaver i OUS. Tekna er bekymret for forsvarligheten av drift når 14 overførte ansatte skal gjøre det som tidligere var ca. 20 årsverk.

Ansatte har sagt seg villige til å overføres uten å vite hvordan deres arbeidshverdag vil bli ved utløpet av as-is-perioden. Dette vitner om deres tillit til at fremtidig organisering vil løses på en måte som ikke drastisk endrer deres arbeidsvilkår. Tekna opplever at ansatte likevel har vært svært bekymret for sin fremtidige arbeidssituasjon. I drøftingsnotatet skrives det at «as-is»-perioden vil gjøre overgangen for ansatte enklere og være risikoreduserende for OUS. Tekna mener tiltaket kun utsetter risiko; ved *vesentlig* endring i arbeidsvilkår etter «as-is»-perioden er det stor risiko for at ansatte vil revurdere sitt arbeidsforhold i Sykehusinnkjøp HF. Dette gjelder særlig avgjørelse om arbeidssted og ledelse. Av denne grunn er det viktig at tillitsvalgte, ansattrepresentanter og verneombud gis mulighet til å påvirke videre fremdrift i prosjektet, også før overføringsdato 1/5-17.

*Med vennlig hilsen*

Even Sjøgaard Røst

Foretakstillitsvalgt Tekna

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 24. mai 2017

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

Vedlegg: Rapportvedlegg

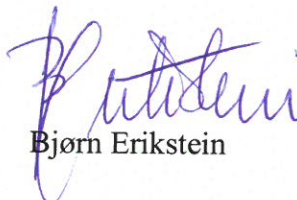
---

### SAK 35/2017 RAPPORT PER APRIL 2017

#### Forslag til vedtak:

*Styret tar rapporteringen av resultater per april 2017 til orientering.*

Oslo den 18. mai 2017



Bjørn Erikstein

### **1. Innledning – styringsmål 2017**

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

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

Konkrete styringsmål for 2017 er tatt inn i tabellvedlegget. I rapportering til styret for 2017 vil det normalt redegjøres for status for de styringsmålene hvor det rapporteres månedlige resultater. Rapporteringen utvides tertialvis og årlig med resultater for øvrige styringsmål. Utvidet rapportering for 1. tertial 2017 legges frem i møte 22. juni 2017.

### **2. Sammendrag**

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

- I april var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 57 dager. Dette er en reduksjon på 9 dager sammenlignet med samme periode i 2016.
- For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av april 57 dager. Dette er en reduksjon på 11 dager fra samme periode i 2016.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av april var 77. Dette er 65 høyere enn rapportert på samme tidspunkt i 2016. Se ellers kommentarer i pkt 4 Tilgjengelige helsetjenester.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av april var 62 mot 200 ved utgangen av samme periode i 2016.
- Andel kreftpasienter som er inkludert i pakkeforløp er hittil i år 71 prosent, og dermed rett over det nasjonale målet. Hittil i 2017 er det kun pakkeforløp med kirurgisk behandling hvor andelen innen standard forløpstid er over 70 prosent.
- Registert aktivitet innenfor somatikken var i første tertial i år 1,1 prosent lavere enn budsjettert og økt med 1,4 prosent fra samme periode i 2016.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne var den rapporterte aktiviteten hittil i 2017 høyere enn planlagt
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge, er døgnaktiviteten så langt i 2017 høyere enn budsjettert, mens den polikliniske aktiviteten er noe lavere enn budsjettert.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er høyere enn planlagt, mens antall utskrevne pasienter og antall liggedøgn er lavere enn budsjettert.
- Rapportert økonomisk resultat etter april 2017 viser et overskudd på 26,4 millioner kroner, mot et budsjettmål på 83,3 millioner kroner. Dette gir et negativt budsjettavvik på 65,9 millioner kroner. Justert for økte pensjonskostnader, som forventes kompensert, er det negative budsjettavviket 57 millioner kroner.

- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk til og med mai 2017 var 18 683. Dette er en økning på 310 fra samme periode i 2016. Av økningen på 310 månedsverk gjelder 25 årsverk ordinær drift og 285 eksternt finansiert virksomhet, hvorav 216 årsverk er for ansatte i rettsmedisinske fag som ble virksomhetsoverdratt ved siste årsskifte og om lag 70 øvrig eksternt finansiert virksomhet.
- Sykefraværet i 2017 (til og med mars da sykefravær rapporteres med 2 måneders forsinkelse) var 7,7 prosent hvilket er uendret fra samme periode 2016.

### 3. Administrerende direktørs vurderinger

For å sikre målene innenfor tilgjengelige helsetjenester er det over lengre tid arbeidet målrettet med oppfølging av ventende, ventetider og frister for start helsehjelp. Dette arbeidet har gitt gode resultater. Arbeidet med oppfølging av indikatorer for å sikre god tilgjengelighet av helsetjenester fortsetter i 2017. Fristbrudd og ventetider følges fortsatt tett opp, men fokus er nå utvidet til å sikre at planlagte tidspunkt for videre oppfølging i sykehuset følges opp, og at resultatene for pakkeforløp innenfor kreftbehandlingen bedres. Forbedring av resultater for de pakkeforløpene hvor Oslo universitetssykehus HF har svakest resultater for andel pasienter behandlet innenfor standard forløpstid vil bli prioritert.

Til tross for tett oppfølging av utført aktivitet viser resultatet hittil i år at den samlede aktiviteten innenfor somatikken er noe lavere enn lagt til grunn i budsjettet. Dette har isolert sett ført til lavere inntekter og dermed et svakere økonomisk resultat hittil i år enn budsjettet. Endelige aktivitetstall for 1. tertial 2017 rapporteres til NPR 24. mai. Så langt viser registrerte data en økt aktivitet innenfor somatikken på 1,4 prosent. Dette er noe lavere vekst enn lagt til grunn i budsjettet for 2017. Det er sammensatte forhold som forklarer status for aktivitet. På enkelte områder er det redusert pasienttilstrømning så langt i år. Dette gjelder blant annet for fødsler og øyeblikkelig hjelp-tilstrømning for medisinske pasienter. Sykehuset arbeider hele tiden med å bedre utnyttelse av kapasiteten ved poliklinikker og operasjonsstuer for å få en aktivitetsøkning i samsvar med forutsetningene i budsjettet.

Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling vurderes aktiviteten samlet sett å være god, og med økt aktivitet fra 2016 på de fleste områdene. Siste måned har imidlertid den polikliniske aktiviteten vært betydelig lavere enn budsjettet. Det er flere årsaker til dette. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien (særlig poliklinisk aktivitet) påvirkes aktivitetsnivået av at det tar tid å rekruttere godt kvalifisert fagpersonell.

Administrerende direktør er bekymret for det økonomiske avviket etter fire måneder og har gått gjennom resultater etter april og prognoser for 2017 med alle klinikkene i møter fredag 12. mai. Samlet har klinikkene økt sitt negative avvik i april, men bildet er sammensatt og det er 3-4 klinikker som så langt vurderes å ha større utfordringer til å gjennomføre driften innenfor årets budsjett enn tidligere vurdert. Økningen i det negative avviket siste måned skyldes delvis forhold knyttet til periodisering, og det antas dermed ikke at det negative avviket vil fortsette på samme nivå. Administrerende direktør ser imidlertid at det er nødvendig å opprettholde et høyt tempo i arbeidet med å forbedre og effektivisere driften for å sikre økonomisk bærekraft fremover.

#### 4. Tilgjengelige helsetjenester

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

##### *Status ventetider*

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

I april var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 57 dager. Dette er en reduksjon på 9 dager sammenlignet med samme periode i 2016. Innenfor Klinikk psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i april 48 dager.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av april 57 dager. Dette er en reduksjon på 11 dager fra samme tidspunkt i 2016. Som det fremkommer i neste avsnitt har det vært en stor reduksjon i antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer. Dette reduserer ventetiden for ventende pasienter, men virker motsatt for pasienter som har fått påstartet helsehjelpen.

##### *Status langtidsventende (ventet 12 måneder eller mer)*

Per utgangen av april var antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer 62. Sammenlignet med samme periode i 2016 er det en reduksjon på om lag 138 langtidsventende. Det er flest langtidsventende innenfor fagområdene ortopedi og plastikkirurgi.

##### *Status fristbrudd*

Per utgangen av april var det 77 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med rapportert antall fristbrudd på samme tidspunkt i 2016 er dette en økning på 65 fristbrudd. For fremstilling av fristbrudd (beregnes fra NPR-meldingen) er det valgt å sammenligne med tall slik de var på rapporteringstidspunktene gjennom 2016. Primo 2017 var det noen tekniske endringer som har påvirket resultatene for fristbrudd av ventende pasienter slik at disse har endret seg noe bakover i tid. Endringen fanges nå opp av løpende kvalitetssikringsrutiner.

Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i hovedsak at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, forsinkelser i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre helseforetak, manglende registrering av utsattkode eller av ventetid slutt og forsinkelse i kvittering av prøvesvar fra Unilab og Aleris til seksjon for Bryst og endokrinkirurgi. En hovedutfordring er imidlertid registreringspraksis vedrørende ventetid slutt ved radiologiske undersøkelser (hvor utredning er startet før oppmøte), samt manglende mulighet til registrering av ventetid slutt ved telefonkonsultasjoner (utredning viser ikke behov for oppmøte eller oppmøte fram i tid). Problemstillingen er meldt Fagdirektørmøtet i Helse Sør-

Øst RHF som vil komme med forslag til løsning. Når det gjelder fristbrudd ventende barnesykdommer er det et kapasitetsproblem på gastroskopiundersøkelse og timer til konsultasjon. Det er satt inn ekstra ressurser for å løse problemet. En pasient (fagområde barnesykdommer- gastro) har via HELFO takket ja til behandling annet sted. De resterende er enten tilbakeført Oslo universitetssykehus HF pga manglende tilbud annet sted, eller har takket nei til et tilbud via HELFO.

I april var det en andel på 1,2 prosent (65 pasienter) som ble avviklet etter frist start helsehjelp. Dette omfatter både pasienter som har ønsket eller samtykket i å vente kort tid utover frist, i stedet for å vurdere behandling et annet sted, pasienter som er viderehenvist fra andre helseforetak hvor det har vært vanskelig for Oslo universitetssykehus HF å imøtekomme den fristen som er satt, samt noe etterregistrering av ventetid slutt. Fristbrudd avviklede påvirkes av det arbeidet som pågår med reduksjon av antall åpne henvisningsperioder uten planlagt kontakt og reduksjon av antall tentativ dato passert. Forebygging av fristbrudd pågår kontinuerlig og i de tilfeller hvor pasientene må vente utover frist, kontaktes pasienten for samtykke til forlenget ventetid. Dette blir journalført.

#### *Tiltak for å sikre tilgjengelige helsetjenester*

Arbeidet med å forebygge fristbrudd, unngå langtidsventende og redusere ventetider omfatter tiltak på flere områder. Noen av tiltakene fremkommer under:

- Tett oppfølging av foretakets handlingsplan for pasientbehandling hvor det er beskrevet indikatorer og definert overordnede tiltak for forutsigbar og koordinert utredning og behandling innenfor angitte frister.
- Løpende ajourhold av venteliste med kvalitetssikring av ventetider, fristbrudd og langtidsventende.
- Ved manglende kapasitet, samarbeide med Informasjonstjenesten velg behandlingssted om alternative behandlingssteder for pasienten.
- Inngå avtaler med avtalespesialister etter mal for samarbeidsavtale utarbeidet av arbeidsgruppe i fagdirektørforumet.
- Ved manglende kapasitet; Samarbeid med private leverandører som Helse Sør-Øst RHF har inngått avtale med (hvor helseforetakene kan gjøre avrop på slik avtale).
- Videreføre internsertifiseringsprogram for henvisningsperioden for kontorfaglig tjeneste og ventelisterådgivere og tilrettelegge for spisset opplæring til leger i registrering av vurdering av henvisninger og prioritering av pasienter som skal settes på venteliste, inkludert bruk av prioriteringsveiledere.
- Det er tilrettelagt for pasientadministrativt arbeid ved å følge opp sentrale indikatorer i foretakets ledelsesinformasjonssystem. Flere indikatorer inngår i en ukentlig rapport som hver mandag sendes alle klinikk- og avdelingsledere, "Min rapport". Denne utvides med noen nye indikatorer i

2017, samtidig som rapporten forsøkes breddet til også seksjonsledere. Det skal gjennomføres fire revisjoner i 2017 hvor områder innenfor henvisninger og venteliste er tema.

- Prosjekt ”Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift” er gitt i mandat å arbeide fram prinsipper for drift av poliklinikker i OUS som ledere kan benytte i planlegging og oppfølging av aktivitet, ressursutnyttelse og kontinuitet i pasientbehandlingen.

#### *Status korridorpasienter*

Et av målene i 2017 for å sikre bedre kvalitet og pasientsikkerhet er at det ikke skal være korridorpasienter. I april 2017 var andelen registrerte korridorpasienter ved Oslo universitetssykehus HF 0,6 prosent. Dette er en reduksjon fra samme periode i 2016 hvor andelen korridorpasienter i samme periode var 1,4 prosent. Hittil i år er andelen korridorpasienter 0,9 prosent, mens andelen korridorpasienter i samme periode i 2016 var 1,4 prosent.

For å redusere omfanget av rapporterte korridorpasienter har det over lengre tid vært arbeidet med å sikre riktig registrering av pasienter på korridor. Registreringskvaliteten er nå bedret og fokus fremover vil være å sikre bedre rutiner for fordeling av pasienter mellom sengeposter/lokasjoner ved overbelegg.

#### *Pakkeforløp for kreftpasienter*

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

Hittil i 2017 er resultatene for pakkeforløp ved Oslo universitetssykehus:

<b>Kreftpasienter registrert i pakkeforløp</b>	<b>Antall nye kreftpas.</b>	<b>Andel i pakkeforløp</b>
OA1 Nye kreftpasienter i pakkeforløp	1575	71 %

<b>Innfrielse av forløpstid</b>	<b>Antall forløp</b>	<b>Andel innen forløpstid</b>
OF4K Kirurgisk behandling	666	71 %
OF4M Medikamentell behandling	262	67 %
OF4S Strålebehandling	142	48 %
OF4O Overvåking uten behandling	61	43 %
OF4 Samlet alle behandlingsformer	1131	66 %

Hittil i 2017 er andelen kreftpasienter registrert i pakkeforløp 71 prosent, det vil si innenfor det nasjonale målet på 70 prosent. Målet er at 70 prosent av pakkeforløpene skal være gjennomført innen standard forløpstid. Hittil i 2017 er det kun pakkeforløp med kirurgisk behandling hvor andelen innen standard forløpstid



er over 70 prosent. Oslo universitetssykehus HF arbeider for å bedre måloppnåelsen for både nye kreftpasienter i pakkeforløp og andelen pakkeforløp som gjennomføres innen standard forløpstid. Det er utfordringer knyttet til fortløpende registrering av pakkeforløpskoder for enkelte av forløpene. Det er ulike årsaker til dette, og det arbeides for å få rutiner som sikrer at dette gjøres i sanntid. Det er etablert et eget driftstyre for kreftområdet. Driftsstyret skal bidra til å styrke linjeledelsens handlekraft innen kreftområdet, på tvers av organisatoriske skiller og lokaliseringer av aktivitet. Dette skal skje gjennom å styrke samlet evne til å koordinere arbeid med driftsutfordringer og utvikling og implementering av kreftsstrategi.

## 5. Pasientbehandling

### 5.1. Aktivitet somatikk

For hele 2017 er det budsjettet med 238 057 ISF-poeng (DRG-poeng er i ISF-regelverket for 2017 endret til ISF-poeng). ISF-poengene omfatter tradisjonell behandling som utføres på sykehus, men også andre typer tjenester hvor pasienten i større grad administrerer egen behandling som for eksempel hjemmedialyse og pasientadministrert legemiddelbehandling (H-resepter). Det er forventet en positiv effekt fra nytt regelverk for 2017 med om lag 700 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF.

Innenfor somatikken er registrert aktivitet så langt om lag 940 ISF-poeng (1,1 prosent) lavere enn budsjettet. Sammenligning med 2016 viser at antall ISF-poeng for aktivitet utført i Oslo universitetssykehus HF er økt med 1,4 prosent. I den rapporterte aktiviteten er det inkludert estimat for forventet etterregistrering i klinikkene. Klinikkene med størst negativt avvik hittil i år er Medisinsk klinikk, Barne- og ungdomsklinikken og Kvinneklinikken. For Medisinsk klinikk skyldes dette blant annet reduksjon i antall ø-hjelpspasienter sammenligner med fjoråret og noe forsinkelser i tiltaksgjennomføring. Innenfor Barne- og ungdomsklinikken er det endringer i pasientsammensetningen, med en økning i ressurskrevende opphold, som av ulike årsaker ikke reflekteres i antall ISF-poeng, og en økning i lettere opphold som for eksempel bronkitt og åndedretsrelaterte problemstillinger. I Kvinneklinikken er en stor del av aktivitetsavviket knyttet til en reduksjon i antall fødsler og i færre/mindre kompliserte keisersnitt sammenlignet med samme periode i 2016. I tillegg til noe lavere antall ISF-poeng enn lagt til grunn i budsjettet, kan det se ut som om det er en større andel pasienter fra Oslo sykehusområde enn pasienter fra regionen og landet forøvrig, enn i samme periode 2016. Dette innebærer isolert sett reduserte gjestepasientinntekter så langt i år.

Endelig aktivitetsgrunnlag for 1. tertial 2017 sendes til Norsk Pasientregister 24. mai, slik at endelige aktivitetstall per april 2017 først vil foreligge da. Fra 1.1.2017 er finansieringsansvaret for flere legemidler inkludert i ISF-systemet. Dette har medført et behov for økt innsats for å sikre at alle utskrevne H-resepter (pasientadministrerte legemidler) er fullstendig registrert i aktivitetsgrunnlaget. Det er derfor ekstra oppmerksomhet rettet inn mot dette i kvalitetssikringsarbeidet, samtidig som det kontrolleres at øvrig aktivitet er korrekt og fullstendig registrert. I etterkant av at arbeidet med kvalitetssikring av aktivitetsdata for 1. tertial er avsluttet, er det lagt opp til en gjennomgang av erfaringer mv.

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

Innenfor voksenpsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 85 flere pasienter (14,1 prosent) enn plantall mens antall liggedøgn er 1 273 (5,4 prosent) høyere enn budsjettert. Sammenlignet med 2016 er antall utskrevne pasienter økt med 31 (4,7 prosent), mens antall liggedøgn for døgnbehandling er økt med 604 (2,5 pst) fra 2016.

Antall polikliniske konsultasjoner er hittil i år 3,9 prosent (1 437) høyere enn plantall og 3,0 prosent (1 093 konsultasjoner) høyere enn i samme periode i 2016. Det negative avviket for måneden har flere årsaker, blant annet ledige behandlerstillinger som følge av sykdom og forsinket tiltredelse av nye medarbeiderel.

Fra januar 2017 er det endret registreringspraksis ved gruppebehandlinger, der flerfamilieterapi som tidligere ble registrert som enkeltkonsultasjoner (flere samme dag), nå bli registrert som dagbehandling. Dette har gitt en reduksjon i antall rapporterte konsultasjoner sammenlignet med forutsetningene i budsjettet og faktisk aktivitet 2016. I forhold til 2016 er det i tillegg tre nye godkjente poliklinikker. Dette innebærer at aktiviteten tidligere ikke var refusjonsberettiget og dermed ikke inngikk i rapporteringen, nå er inkludert.

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

Antall utskrivninger innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er hittil i år 8 høyere enn budsjettert, men redusert med 10 fra 2016. Antall liggedøgn er 208 (10,6 prosent) høyere enn plantall hittil i år og 162 (8,1 prosent) høyere enn i 2016. Det har i år vært stor pågang av pasienter og et meget høyt belegg. Pasientgruppen er sammensatt med krevende familiestuasjoner og stort funksjonsfall. Til tross for høyt belegg tilstreber avdelingen å gi pasientene ett utredningsopphold for å redusere for å redusere tid til behandlingsstart. Det arbeides for å få til raskere utskrivninger. Det er i enkelte tilfeller vanskelig å få skrevet pasienter ut til bydelene. Klinikledelsen har kontinuerlig dialog med poliklinikkene om prioritering av pasienter for å få til god pasientflyt.

Antall oppholdsdager dagbehandling er hittil i år 14 (1,2 prosent) høyere enn plantall, men redusert med 71 (5,8 prosent) fra 2016.

Den registrerte polikliniske aktiviteten hittil i år er 1,1 prosent (184 konsultasjoner) lavere enn plantall. Sammenlignet med 2016 er antall polikliniske konsultasjoner om lag uendret. Det har over lengre tid vært arbeidet med tiltak på flere områder for å øke antall polikliniske konsultasjoner innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. De siste månedene har det likevel vært færre polikliniske konsultasjoner enn budsjettert. Dette skyldes blant annet ledige stillinger, sykefravær (mye influensasykdom) og permisjoner. Det arbeides for å besette ledige stillinger, og noen er allerede ansatt og vil tiltre i løpet av de nærmeste månedene.

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

Innenfor TSB er det hittil i år skrevet ut 30 færre pasienter (4,0 pst) fra døgnbehandling enn plantall. Dette er en reduksjon på 5 utskrivninger (0,7 pst) fra 2016. Avdelingen arbeider videre med tiltak for å forhindre drop-out og avbrudd i behandlingen. Det har i tillegg vært planlagt å redusere utskrivninger fra avgiftsningsenhetne fordi det er registrert at flere pasienter skrives ut for tidlig i forhold til avrusningsforløpene. Antall liggedøgn viser hittil i år et negativt avvik i forhold til plantall på 4,0 pst (335 liggedøgn). Sammenlignet med 2016 er antall liggedøgn redusert med 725 (8,3 pst). Dette skyldes at flere pasienter ikke har møtt til innleggelse og noen pasienter har blitt overført til andre behandlingstilbud etter utredning. Avdelingen arbeider videre med tiltak for øket aktivitet med fokus på ventelister, hindre brudd i behandlingen, samt se på ulike løsninger med hensyn til akuttflyt for å sikre mer stabilitet i belegget.

Antall polikliniske konsultasjoner innenfor TSB er hittil i år 4,5 pst (379 konsultasjoner) høyere enn budsjettert, hvilket er en økning på 4,7 pst (398 konsultasjoner) fra 2016. Det arbeides aktivt videre med mer effektiv drift ved poliklinikkene og den polikliniske aktiviteten er god. Færre konsultasjoner enn budsjettert i april skyldes i stor grad feil periodisering av budsjettet i mars og april.

### **6. Økonomi**

#### **6.1. Budsjettert overskudd**

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

#### **6.2. Pensjonskostnad 2017**

For 2017 har Oslo universitetssykehus HF budsjettert med en pensjonskostnad på 2 195 millioner kroner. Oppdaterte NRS-beregninger fra januar 2017 viser at pensjonskostnadene ved Oslo universitetssykehus HF øker med om lag 38 millioner kroner i forhold til det som er lagt til grunn i budsjettet, til totalt 2 233 millioner kroner. Økte pensjonskostnader er inkludert i rapportert regnskapsresultat per april med 9,0 millioner kroner. Det forutsettes slik sett at merkostnaden blir håndtert på samme måte som for tidligere år, ved at effekten blir nøytralisert ved tilsvarende endring i basisrammen i tilknytning til revidert nasjonalbudsjett (RNB). I RNB fremgår at for de fleste helseforetakene reduseres pensjonskostnaden i 2017. Nasjonalt er bevilgningen til pensjon i RNB derfor foreslått redusert med 500 millioner kroner, hvorav 269 millioner kroner gjelder Helse Sør-Øst. Det legges fortsatt til grunn at fordelingen av endret bevilgning innenfor foretaksgruppen gjøres på en slik måte at de økte kostnadene ved Oslo universitetssykehus HF i 2017 blir dekket.

#### **6.3. Rapportert resultat**

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter april 2017 et regnskapsmessig overskudd på 17,4 millioner kroner mot et budsjettert overskudd på 83,3 millioner kroner. Dette gir et negativt avvik i forhold til budsjett på 65,9 millioner kroner. Justert for økte pensjonskostnader, dvs forutsatt at disse blir kompensert i form av økt basisramme, viser regnskapet et overskudd på 26,4 millioner kroner. Når økte pensjonskostnader holdes utenom gir dette et justert negativt avvik i forhold til budsjett på 56,9 millioner kroner hittil i 2017. Samlet

sett er dermed periodens resultat om lag 20 millioner kroner svakere enn budsjettet. Hovedårsaken til periodens negative resultat er negative resultater i flere av klinikkene, med høye kostnader på flere områder, men også noe lavere inntekter enn budsjettet både innenfor somatikken og psykisk helsevern/TSB. Deler av det økte avviket kan knyttes til periodisering / forskyvninger mellom månedene sammenlignet med budsjett, og påvirker således ikke årsresultatet tilsvarende.

Det er fortsatt flere uavklarte forhold knyttet til finansiering av Rettsmedisinske fag (som ble virksomhetsoverdratt fra Folkehelseinstituttet fra 1.1.2017). Dette gjelder først og fremst pensjon, lønnsoppgjør og feriepengene. I rapportert resultat er disse kostnadene ved Rettsmedisinske fag forutsatt fullfinansiert. Det forventes en avklaring av disse forholdene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett. Revidert nasjonalbudsjett (RNB) ble lagt frem torsdag 11. mai. Her ble rettsmedisin omtalt på følgende måte (kap. 732 Regionale helseforetak):

#### *Rettsmedisin*

*Det foreslås å flytte 23,4 mill. kroner fra kap. 710, post 01, knyttet til virksomhetsoverdragelse av rettsmedisinske fag fra Folkehelseinstituttet til Helse Sør -Øst RHF ved Oslo universitetssykehus HF per 1. januar 2017, jf. Prop. 1 S (2016–2017) og Innst. 11 S (2016–2017).*

*Videre foreslås det å øke bevilgningen med 23,5 mill. kroner. Fra 2017 ble rettsmedisinske fag en del av Oslo Universitetssykehus HF. Helse Sør-Øst RHF har fått overført midler til å dekke alle kostnader ved rettsmedisinske fag i 2017, også lønnskostnader inkludert opptjening av feriepengene i 2017, som kommer til utbetaling i 2018. De ansatte har imidlertid en fordring mot tidligere arbeidsgiver for feriepengene opparbeidet i 2016, som skal utbetales i 2017. Dette utgjør 15,5 mill. kroner. I tillegg gir virksomhetsoverdragelsen en forpliktelse på 8 mill. kroner som følge av opptjente rettigheter til fremtidig etterlatte- og uførepensjon.*

Dette innebærer at Oslo universitetssykehus HF forventer å få dekket det aller meste av kostnadene til Rettsmedisinske fag. Det er imidlertid fortsatt uklart om foretaket har fått dekket blant annet kostnader til lønnvekst for både 2016 og 2017. Dette følges opp nærmere.

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

Tall i MNOK	Avvik per april		Kommentarer til avvik justert for avvik innenfor øremerkede prosjekter og pensjon mv
	Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	0	-	Basisramme er inntektsført som budsjettert.
Aktivitetsbaserte inntekter	-44	-45	Avviket skyldes i hovedsak lavere aktivitet enn budsjettert i de somatiske klinikkene. Polikliniske inntekter innenfor laboratorieområdet er høyere enn budsjettert, mens det er et negativt avvik for ISF-inntekter innenfor psykisk helsevern.
Andre inntekter	29	9	Det er noe høyere inntekter enn budsjettert i flere av klinikkene. Dette gjelder blant annet utleie av personell, salgsinntekter, parkeringsinntekter mv.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>-15</b>	<b>-35</b>	
Lønn -og innleiekostnader	-43	-7	Kostnader til lønn (ekskl økte pensjonskostnader) og innleie er om lag 7 mnok høyere enn budsjettert. Det er store variasjoner mellom klinikkene. Justering av avsetninger fra 2016 og høyere lønnsrefusjoner enn budsjettert gjør at avviket fremstår som noe mindre enn det ellers ville gjort.
Kjøp av helsetjenester	13	-5	Kostnader til kjøp av helsetjenester er noe høyere enn budsjettert.
Varekostnader mv	-15	-22	Store negative avvik i flere av klinikkene (PHA, KRE og KLM). Avviket kjelder både medikamenter og andre medisinske forbruksvarer mv.
Andre driftskostnader	-20	-2	Lavere IKT-kostnader enn budsjettert. Høyere kostnader i de fleste klinikkene.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>-66</b>	<b>-36</b>	
<b>Driftsresultat</b>	<b>-81</b>	<b>-71</b>	
Netto finans	15	15	Datterselskapene bidrar med 15 mnok i positivt avvik hittil i år
<b>Resultat OUS</b>	<b>-66</b>	<b>-56</b>	
Endrede pensjonskostnader	9		
<b>Resultat justert for endret pensj.kostnad</b>	<b>-57</b>		

På enkelte områder er det lagt forutsetninger til grunn bokførte kostnader/inntekter utover det som er bekreftet i Oppdrag og bestilling fra Helse Sør-Øst RHF eller som følger av etablerte finansieringsregler, avtaler mv. Dette gjelder:

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

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

#### 6.4. Gjennomføring av tiltak

Som et virkemiddel for å styre mot budsjettert resultat har klinikkene identifisert 353 ulike tiltak. Tiltakene er klassifisert ut fra risiko for effekt og gjennomføring. I tabellvedlegget fremgår status og prognose per klinikk samt for sykehuset samlet.

Rapportert gjennomføringsprosent hittil i år per april er 64 prosent. I forkant av klinikkvise oppfølgingsmøter gjennomført 12. mai ble alle klinikkene bedt om å forklare avvik fra forventet effekt for tiltak i egen klinikk.

Mange av klinikkene som har svak gjennomføringsgrad så langt i 2017 har en prognose som tilsier betydelig høyere gjennomføringsgrad på årsbasis (ref. tabellvedlegg).

#### **6.5. Risiko ved gjennomføring av budsjett**

Hver måned leverer klinikkene en prognose for forventet avvik fra budsjett ved årets slutt. Alle klinikker med negative prognoser for helårsresultat skal til hvert møte redegjøre for nye tiltak klinikken arbeider med for å forbedre klinikkens resultat for å sikre en drift innenfor budsjettrammen. Resultatet for april viser at det fortsatt er stort behov for kontinuerlig oppfølging for å sikre gjennomføring av allerede vedtatte tiltak, unngå kostnadsvekst på nye områder og iverksette nye tiltak. De klinikker som har negativ utvikling i driftsøkonomien har levert ytterligere tiltak klinikkene arbeider med for å oppnå bedre resultatutvikling.

En oppsummering av klinikkenes prognostiserte avvik viser en risiko på i overkant av 200 millioner kroner i avvik fra budsjettet overskudd 250 millioner kroner. Det er imidlertid en rekke forhold som bidrar til å redusere resultatrisikoen for 2017 hvorav følgende har en betydelig positiv resultat effekt:

- Kostnadsreducerende tiltak innenfor IKT-området.
- Lavere kostnader i sentral stab, primært som følge av ledigholdelse av stillinger.
- Lavere utbetalinger ved årets lønnsoppgjør enn budsjettet.
- Periodiseringseffekt på flere avsetningsposter.
- Forventede inntekter knyttet til tidligere års nedskrevne fordringer for sykehotell og kurdøgn.

Klinikkenes forventede resultater og de omtalte forholdene i stabens budsjett og sykehusets fellesposter tilsier en risiko for avvik fra budsjettet overskudd 250 mill kroner på mellom null og femti millioner kroner. Risiko for å bruke mer penger enn det som er tildelt i rammen er lavere enn dette. Det er kun en del av budsjettet overskudd 2017 som er forutsatt å finansiere årets investeringsbudsjett.

For å håndtere risikoen for et mulig avvik fra budsjett foreslås følgende videre oppfølging:

- Fortsette månedlige oppfølgingsmøter med alle klinikker og med hovedfokus på gjennomføring av eksisterende tiltak og resultatkontroll avklaring av eventuelle behov for ytterligere kostnadsreducerende tiltak.

- Klinikker med negative resultater følges også opp i forhold til nye tiltak og med krav om ytterligere konkretisering.
- Innenfor programmet «forbedring av drift» vurderes driftsøkonomiske potensialer med mulige implikasjoner for drift også i 2017.
- Etter 2.tertial vurderes eventuelle behov for kortsiktige innstramminger i 2017.
- Tett oppfølging ift bemanningsutvikling, særskilt profil fra før og etter nedtaket ved sommerferieavviklingen.

#### **6.6. Investeringer og finansiering av investeringer**

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

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

Ved utgangen av april var regnskapsførte investeringer 129 millioner kroner lavere enn budsjett hittil i år, hvorav anskaffelser av medisinsk-teknisk utstyr utgjorde 88 millioner kroner. I prognosen for året under ett er det beregningsteknisk lagt til grunn at alle vedtatte investeringer blir gjennomført. Erfaringene fra tidligere år er imidlertid at noe blir forskjøvet til året etter fordi gjennomføring av anskaffelsene tar tid, blant annet på grunn av anbudsprosesser og leveringstider fra produsent. Etter sommeren vil det bli laget en revidert prognose basert på en gjennomgang av status for de enkelte anskaffelsene.

#### **6.7. Likviditet**

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

Ved utgangen av april var benyttet driftskreditt 1 890 millioner kroner, mot budsjettert 1 903 millioner kroner.

### **7. Bemanning og sykefravær**

#### **7.1. Bemanningsutvikling**

Gjennomsnittlig brutto månedsverk per mai er 18 683, en økning på 1,7 prosent eller 310 månedsverk fra samme periode i 2016. Internt finansierte øker med 25 månedsverk eller 0,1 prosent, mens eksternt finansierte øker med 285 månedsverk sammenlignet med 2016. Årsverk ved Rettsmedisinske fag som ble

virksomhetsoverdratt til Oslo universitetssykehus HF fra 1.1.2017 inngår i økningen for årsverk med ekstern finansiering (om lag 216 årsverk).

Isolert for mai måned var antall brutto månedsverk 18 709. Sammenlignet med mai måned 2016 er det en økning på 303 månedsverk eller 1,6 prosent. Eksternt finansierte utgjør en stor del av økningen, med 259 månedsverk hvorav årsverk ved Rettsmedisinske fag utgjør 215 og øvrige årsverk med ekstern finansiering 44. Internt finansierte månedsverk ligger 45 månedsverk over mai 2016, en økning på 0,3 prosent.

Bruk av variabellønnede månedsverk (overtid mv) viser en nedgang på 2 prosent, eller 24 månedsverk, for perioden januar - mai 2017, sammenlignet med samme periode i 2016.

Styret er tidligere orientert om ulike innsatsområder for å få kontroll med bemanningsutviklingen. Innsatsen fortsetter innen disse områdene:

- Rekruttering og ansettelse, herunder bemanningskontroll ved nyansettelser, kostnadskontroll ved ferieavvikling og innleie.
- Kontinuerlig kompetanseheving.
- Prosjekt reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk:
  - Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk
  - Forbedret bruk av GAT Bemanningsplanlegging
  - Beslutninger knyttet til bruk av variabel lønn- praktisering/fullmakter

## **7.2. Sykefravær**

Sykefraværet til og med mars 2017 var 7,7 prosent, fordelt på 2,9 prosent kortidsfravær og 4,8 prosent langtidsfravær. Sykefraværet viser en jevn nedgang siden desember 2016. I mars måned er det totale sykefraværet nede på 7,2 prosent, som er en forventet utvikling og om lag på samme nivå som fjoråret.

Sykefraværet ved Oslo universitetssykehus ligger stabilt på et relativt lavt nivå sammenlignet med andre helseforetak.



# Styresak 35/2017 Tabellvedlegg

Oslo universitetssykehus HF  
OUS HF

Rapporteringsperiode: April 2017  
(Bemanningstall til og med mai 2017)

# Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1. [Innhold i tabellvedlegg](#)
2. [Styringsmål 2017](#)
3. [Pasientbehandling](#)
  - 3.1 Aktivitet
  - 3.2 Ventelisteutvikling
  - 3.3 Fristbrudd
4. [Økonomi og finans](#)
  - 4.1 Økonomisk resultat OUS
  - 4.2 Økonomisk resultat klinikker
  - 4.3 Datterselskap, investeringer og likviditet

## [5 Bemanning](#)

- 5.1 Bemanningsutvikling – graf OUS
- 5.2 Bemanningsindikatorer, internt finansierte
- 5.3 Brutto månedverk (eks. e.f.) på stillingskategorier
- 5.4 Andel deltid per klinikk
- 5.5 Utvikling sykefravær
- 5.6 Sykefravær per klinikk

Definisjoner årsverksindikatorer

## [Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:](#)

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

## [Andre forkortelser og begrep:](#)

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

## 2. Styringsmål 2017 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

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

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

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

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

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

Følges opp gjennom månedlig, tertialvis og årlig rapportering

## 2. Styringsmål 2017 - rapportering

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

## 3.1 Aktivitet somatikk (DRG-poeng)

Periode: APRIL 2017	Periodens tall		Hittil i år		Sammenligning 2016	
Klinikk	Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Medisinsk klinikk	-355	-16,1 %	-677	-7,1 %	-389	-4,2 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	79	4,5 %	-102	-1,3 %	461	6,2 %
Nevroklubnikken	161	7,8 %	-131	-1,4 %	253	2,9 %
Ortopedisk klinikk	-127	-7,6 %	-128	-1,7 %	421	6,6 %
Barne- og ungdomsklubnikken	-37	-3,1 %	-298	-5,8 %	-86	-1,8 %
Kvinnklubnikken	-122	-6,6 %	-505	-6,8 %	-476	-6,5 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	-83	-3,2 %	-150	-1,3 %	-42	-0,4 %
Kreftklubnikken	-116	-4,6 %	82	0,8 %	440	4,4 %
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	8	0,3 %	499	4,3 %	718	6,4 %
Akuttklubnikken	-44	-21,4 %	-224	-23,2 %	-139	-15,8 %
Laboratoriemedisin	-4	-25,0 %	-5	-7,8 %	5	9,3 %
<b>SUM TOTALT</b>	<b>-549</b>	<b>-2,9 %</b>	<b>-941</b>	<b>-1,1 %</b>	<b>1 123</b>	<b>1,4 %</b>

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert med 315 DRG-poeng.
- Ved sammenligning med 2016 er 2016-data fremstilt med vektor og logikk for 2017.

## 3.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: APRIL 2017	Denne periode				Hittil i år				2017 mot 2016	
Oslo universitetssykehus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Hittil i år	Budsjett	Awik	%	Endring	%
<b>Psykisk helsevern - voksen</b>										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	163	148	15	10,1 %	686	601	85	14,1 %	31	4,7 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	6 036	5 940	96	1,6 %	25 039	23 766	1 273	5,4 %	604	2,5 %
Antall polikliniske konsultasjoner	7 467	8 129	-662	-8,1 %	37 903	36 466	1 437	3,9 %	1 093	3,0 %
<b>Psykisk helsevern - barn og unge</b>										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	14	13	1	7,7 %	58	50	8	16,0 %	-10	-14,7 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	550	448	102	22,8 %	2 166	1 958	208	10,6 %	162	8,1 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	260	248	12	4,8 %	1 150	1 136	14	1,2 %	-71	-5,8 %
Antall polikliniske konsultasjoner	3 252	3 451	-199	-5,8 %	16 915	17 099	-184	-1,1 %	5	0,0 %
<b>TSB</b>										
Antall utskrevne pasienter døgntil behandling	169	191	-22	-11,5 %	729	759	-30	-4,0 %	-5	-0,7 %
Antall liggedøgn døgntil behandling	2 018	2 090	-72	-3,4 %	7 985	8 320	-335	-4,0 %	-725	-8,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner	1 771	2 237	-466	-20,8 %	8 842	8 463	379	4,5 %	398	4,7 %

# 3.1 Aktivitet radiologi per modalitet

## Vektede aktivitetstall

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

	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2016	Mnd 2017	HiÅ 2016	HiÅ 2017	%-vis endring 2016-2017 Mnd	%-vis endring 2016-2017 HiÅ
Modalitet		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	5 831	5 624	24 226	27 322	-3,5 %	12,8 %
CT	9,9	56 836	50 401	216 563	224 710	-11,3 %	3,8 %
MG	17,3	6 263	6 280	23 545	32 403	0,3 %	37,6 %
MR	16,1	51 407	39 864	189 932	196 162	-22,5 %	3,3 %
NM	12,3	7 257	5 474	29 385	27 368	-24,6 %	-6,9 %
PET	37,1	19 218	13 542	70 008	64 183	-29,5 %	-8,3 %
RG	1	14 482	12 419	56 605	56 930	-14,2 %	0,6 %
UL	1,9	6 661	5 107	25 791	23 737	-23,3 %	-8,0 %
<b>Totalt</b>		<b>167 955</b>	<b>138 710</b>	<b>636 054</b>	<b>652 815</b>	<b>-17,4 %</b>	<b>2,6 %</b>

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

## 3.1 Aktivitet PO/Intensiv – intensivpasienter (Akuttklinikken)

Klinikk	Aktivitet	Apr 2017	Akkumulert aktivitet Apr 2017	Apr 2016	Akkumulert aktivitet Apr 2016	Akkumulert endring 2016-2017	Endring 2016-2017 i %
	Antall intensivpasienter	247	1 036	253	1 066	-30	-2,8 %
	Antall intensivdøgn	1 251	4 792	1 174	4 865	-73	-1,5 %
	<b>Antall respiratordøgn:</b>						
	Barneintensiv, RH	67	326	69	354	-28	-7,9 %
	Generell Intensiv UL	229	754	185	644	110	17,1 %
	Generell int 1, RH	195	745	163	846	-101	-11,9 %
	Generell int 2, RH	116	399	78	424	-25	-5,9 %
	Nevrointensiv, Ullevål	158	454	98	437	17	3,9 %
	PO, Aker	0	2	2	5	-3	
	PO, Radium	1	28	9	43	-15	-34,9 %
	PO, RH	2	3	-	-	3	
	PO, Ullevål	18	55	18	60	-5	-8,3 %
	<b>SUM Antall respiratordøgn</b>	<b>786</b>	<b>2 766</b>	<b>622</b>	<b>2 813</b>	<b>-47</b>	<b>-1,7 %</b>

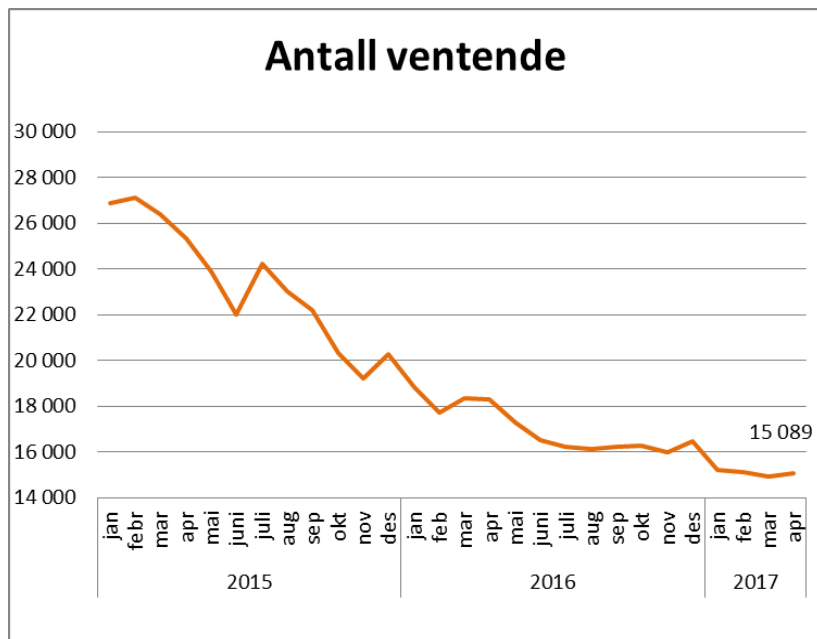
For mer informasjon se LIS-rapport: PO/Intensiv aktivitetsdata



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

Klinikk	Aktivitet	Apr 2017	Akkumulert aktivitet Apr 2017	Apr 2016	Akkumulert aktivitet Apr 2016	Akkumulert endring 2016-2017	Endring 2016-2017 i %
<b>Antall PO-pasienter</b>							
	Barneintensiv, RH	53	180	69	186	-6	-3,2 %
	Generell Intensiv UL	13	70	11	49	21	42,9 %
	Generell int 1, RH	24	81	22	73	8	11,0 %
	Generell int 2, RH	27	88	37	112	-24	-21,4 %
	Nevrointensiv, Ullevål	6	33	11	54	-21	-38,9 %
	PO, Aker	348	1 894	456	1 767	127	7,2 %
	PO, Radium	205	1 028	219	938	90	9,6 %
	PO, RH	758	3 822	985	3 803	19	0,5 %
	PO, Ullevål	403	1 680	396	1 649	31	1,9 %
	<b>Sum antall PO-pasienter</b>	<b>1 837</b>	<b>8 876</b>	<b>2 206</b>	<b>8 631</b>	<b>245</b>	<b>2,8 %</b>
<b>Liggedøgn PO-pasienter</b>							
	Barneintensiv, RH	12	42	16	43	-1	-2,3 %
	Generell Intensiv UL	5	31	6	24	7	29,2 %
	Generell int 1, RH	7	23	3	16	7	43,8 %
	Generell int 2, RH	7	27	11	31	-4	-12,9 %
	Nevrointensiv, Ullevål	2	15	5	29	-14	-48,3 %
	PO, Aker	62	363	94	347	16	4,6 %
	PO, Radium	50	225	53	225	0	0,0 %
	PO, RH	82	441	117	479	-38	-7,9 %
	PO, Ullevål	106	463	113	470	-7	-1,5 %
	<b>Sum antall liggedøgn PO-pasienter</b>	<b>333</b>	<b>1 630</b>	<b>418</b>	<b>1 664</b>	<b>-34</b>	<b>-2,0 %</b>

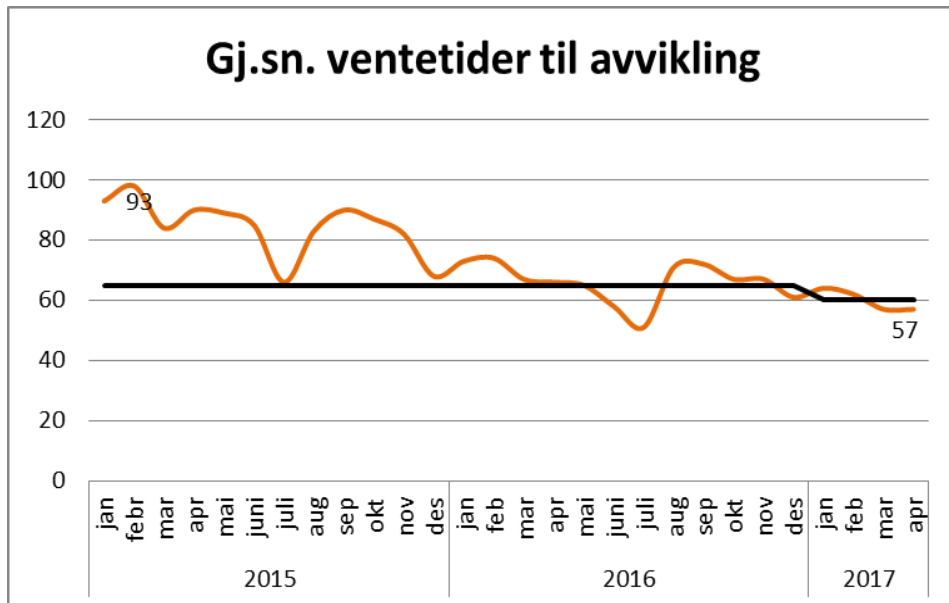
## 3.2 Ventelisteutvikling – antall ventende



Antall ventende	2016				2017			
	jan	feb	mar	apr	jan	feb	mar	apr
PHA	499	503	542	527	623	640	601	609
MED	2 194	2 081	2 214	2 167	2 166	2 160	2 187	2 149
HHA	2 762	2 533	2 473	2 476	2 262	2 171	2 108	2 199
NVR	1 585	1 519	1 464	1 565	1 679	1 707	1 750	1 713
OPK	1 825	1 781	1 722	1 703	1 592	1 613	1 435	1 492
BAR	764	735	822	761	786	699	665	694
KVI	1 482	1 412	1 437	1 277	992	925	972	1 029
KIT	4 687	4 871	5 446	5 620	3 184	3 249	3 249	3 237
KRE	343	357	407	362	306	322	401	441
HLK	1 448	1 389	1 263	1 261	937	889	727	703
AKU	106	80	84	105	106	100	126	124
KLM	521	485	462	477	596	634	692	699
<b>Sum klinikker</b>	<b>18 216</b>	<b>17 746</b>	<b>18 336</b>	<b>18 301</b>	<b>15 229</b>	<b>15 109</b>	<b>14 913</b>	<b>15 089</b>
<b>Diff vs. 2016</b>								-3 212
<b>Diff %</b>								-18 %

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

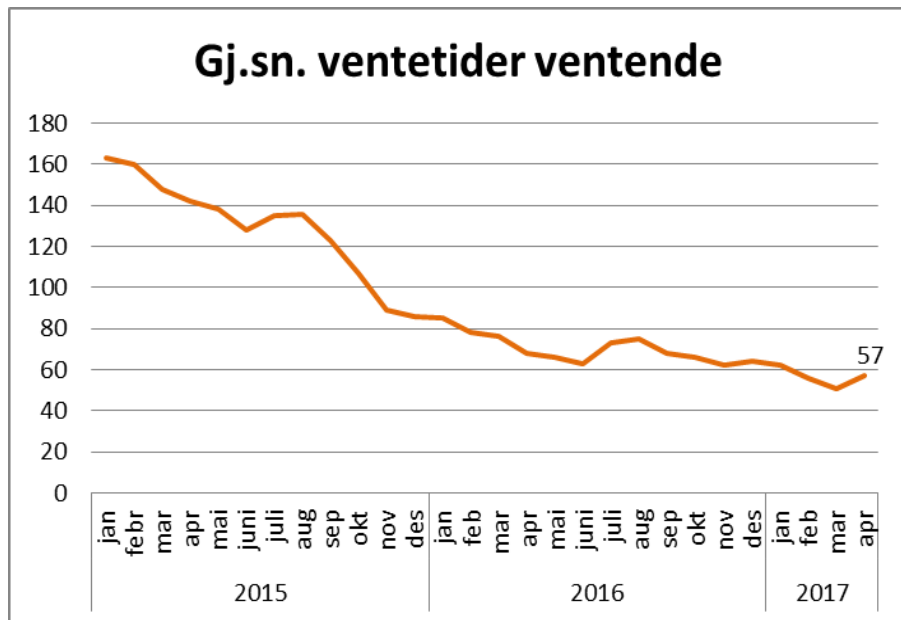
## 3.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling



Gj.sn. v.tid til avvikling	2016				2017			
	jan	feb	mar	apr	jan	feb	mar	apr
PHA	49	41	41	46	49	53	45	48
MED	68	70	60	58	55	56	55	57
HHA	85	91	86	83	62	56	52	49
NVR	63	62	57	57	66	57	55	61
OPK	107	111	99	94	93	107	76	76
BAR	72	69	72	68	65	62	62	71
KVI	73	71	63	74	64	59	55	49
KIT	74	74	66	65	66	66	63	65
KRE	38	30	30	26	24	34	28	34
HLK	110	112	105	111	115	106	93	75
AKU	76	89	58	51	70	57	52	54
KLM	32	34	30	32	34	34	32	37
OUS	73	74	67	66	64	62	57	57
Diff vs. 2016								-9
Diff %								-14 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

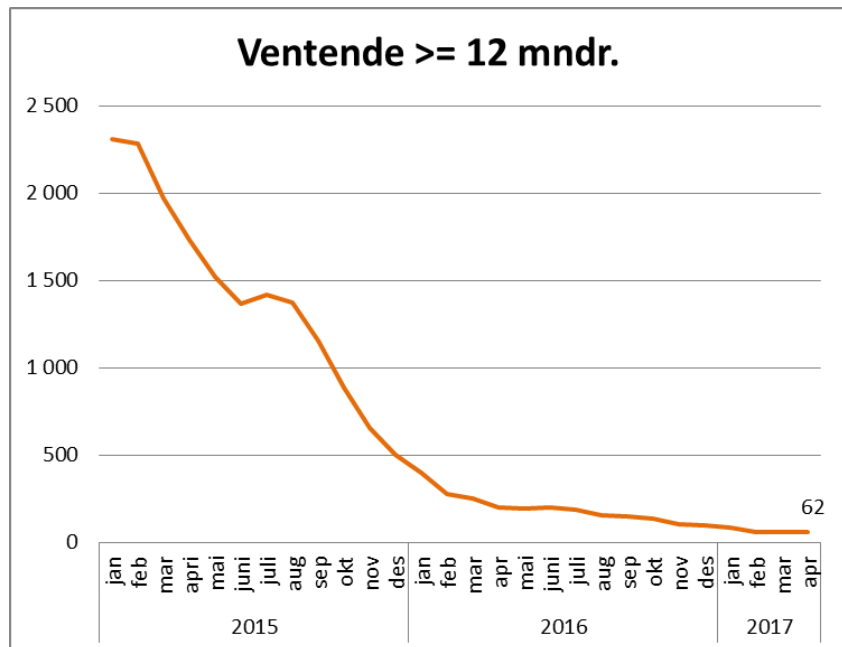
## 3.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende



Gj.sn. v.tid ventende	2016				2017			
	jan	feb	mar	apr	jan	feb	mar	apr
PHA	37	37	37	32	36	34	33	42
MED	64	56	54	53	54	51	47	54
HHA	151	146	132	103	65	62	58	64
NVR	61	55	57	48	48	43	41	45
OPK	122	121	117	104	99	82	79	79
BAR	69	66	64	58	62	51	49	56
KVI	70	67	70	60	47	46	43	55
KIT	57	58	63	63	61	57	53	58
KRE	35	27	32	28	43	70	43	49
HLK	94	90	89	77	90	79	57	51
AKU	61	43	37	36	41	38	34	52
KLM	39	31	36	31	34	33	37	43
OUS	82	78	76	68	62	56	51	57
Diff vs. 2016								-11
Diff %								-16 %

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

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



Antall ventet $\geq 1$ år	2016				2017			
	jan	feb	mar	apr	jan	feb	mar	apr
PHA	-	-	-	-	1	-	-	3
MED	22	12	9	7	1	-	1	1
HHA	225	181	149	101	8	11	11	16
NVR	2	3	4	4	3	1	5	1
OPK	76	65	65	66	47	23	20	18
BAR	1	1	2	-	2	-	-	2
KVI	5	5	4	1	3	6	3	5
KIT	5	9	14	17	12	10	7	4
KRE	2	-	3	1	5	7	5	6
HLK	1	2	1	3	2	2	3	4
AKU	2	-	-	-	-	-	-	1
KLM	1	0	0	0	1	-	3	1
<b>Sum</b>	<b>342</b>	<b>278</b>	<b>251</b>	<b>200</b>	<b>85</b>	<b>60</b>	<b>58</b>	<b>62</b>
<b>Diff vs. 2016</b>								-138
<b>Diff %</b>								-69 %

## 3.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2016				2017				Andel apr
	Antall				Antall				
	jan	feb	mar	apr	jan	feb	mar	apr	
PHA	1	1	1	2	3	1	2	-	0,0%
MED	6	6	6	4	18	3	1	7	0,9%
HHA	3	2	2	2	6	3	6	-	0,0%
NVR	14	23	4	4	11	6	5	3	0,4%
OPK	6	4	1	7	16	1	5	2	0,6%
BAR	2	1	3	3	6	4	8	7	2,9%
KVI	-	2	-	-	6	4	3	3	0,9%
KIT	16	20	23	48	20	14	18	21	2,2%
KRE	40	13	25	30	10	6	12	19	6,5%
HLK	2	4	-	-	1	1	4	2	0,8%
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%
<b>Sum</b>	<b>90</b>	<b>77</b>	<b>65</b>	<b>100</b>	<b>97</b>	<b>43</b>	<b>64</b>	<b>65</b>	<b>1,2%</b>
Endr fra 2016									-35
Endr i %									-35 %

Fristbrudd ventende	2016				2017				Andel apr	Utvikling
	Antall				Antall					
	jan	feb	mar	apr	jan	feb	mar	apr		
PHA	1	-	1	1	6	3	1	-	0,0%	
MED	4	-	1	1	4	2	5	1	0,0%	
HHA	3	1	2	1	5	1	1	-	0,0%	
NVR	9	4	2	2	8	3	1	3	0,2%	
OPK	2	1	4	-	7	3	3	-	0,0%	
BAR	1	1	5	1	1	4	6	20	3,0%	
KVI	3	-	1	-	2	-	-	-	0,0%	
KIT	9	10	26	3	14	16	23	30	0,9%	
KRE	8	5	6	2	10	11	9	20	5,2%	
HLK	3	1	2	1	3	-	5	3	0,5%	
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0%	
KLM	-	-	-	-	-	1	1	-	0,0%	
<b>Sum</b>	<b>44</b>	<b>23</b>	<b>50</b>	<b>12</b>	<b>60</b>	<b>44</b>	<b>55</b>	<b>77</b>	<b>0,5%</b>	
Endr fra 2016									65	
Endr i %									542 %	

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

Sammenligningstall for 2016 er slik de inngikk i rapporteringen gjennom fjoråret.

## 4.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2017	April				Hittil i 2017			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjet	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjet	Avvik i %
Basisramme	11 585 683	1 086 153	1 086 153	0	0,0 %	4 006 056	4 006 056	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	8 155 273	629 828	646 629	-16 801	-2,6 %	2 750 045	2 794 039	-43 994	-1,6 %
Andre inntekter	2 435 669	211 113	207 788	3 325	1,6 %	876 084	847 488	28 597	3,4 %
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>22 176 625</b>	<b>1 927 094</b>	<b>1 940 570</b>	<b>-13 476</b>	<b>-0,7 %</b>	<b>7 632 185</b>	<b>7 647 582</b>	<b>-15 397</b>	<b>-0,2 %</b>
Lønn -og innleiekostnader	15 324 383	1 381 849	1 378 296	-3 553	-0,3 %	5 362 843	5 319 853	-42 990	-0,8 %
Kjøp av helsetjenester	471 052	37 544	38 896	1 353	3,5 %	144 234	156 919	12 685	8,1 %
Varekostnader mv	2 409 726	194 514	191 081	-3 433	-1,8 %	826 918	811 502	-15 415	-1,9 %
Andre driftskostnader	3 729 312	315 190	310 580	-4 609	-1,5 %	1 292 525	1 272 655	-19 869	-1,6 %
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>21 934 473</b>	<b>1 929 097</b>	<b>1 918 853</b>	<b>-10 243</b>	<b>-0,5 %</b>	<b>7 626 519</b>	<b>7 560 929</b>	<b>-65 590</b>	<b>-0,9 %</b>
Driftsresultat	242 152	-2 002	21 717	-23 719	-1,2 %	5 667	86 653	-80 986	-1,1 %
Netto finans	7 848	2 349	-884	3 233	365,7 %	11 744	-3 320	15 064	453,7 %
<b>Resultat OUS</b>	<b>250 000</b>	<b>347</b>	<b>20 833</b>	<b>-20 486</b>	<b>-1,1 %</b>	<b>17 411</b>	<b>83 333,0</b>	<b>-65 922</b>	<b>-0,9 %</b>
Endrede pensjonskostnader		-426	0	-426		9 007	0	9 007	
<b>Resultat justert for endret pensj.kost</b>	<b>250 000</b>	<b>-79</b>	<b>20 833</b>	<b>-20 912</b>	<b>-1,1 %</b>	<b>26 418</b>	<b>83 333</b>	<b>-56 915</b>	<b>-0,7 %</b>

# 4.1 Kommentarer til resultat per ØBAK-linje

Art_ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	3 980 264	3 980 264	0	
Kvalitetsbasert finansiering	25 792	25 792	0	
ISF egne pasienter	1 310 315	1 331 303	-20 988	For somatikken er det et negativt avvik på 21 mnok som kan forklares med lavere aktivitet enn forventet, hovedsakelig ved Medisinsk klinikk, Kvinneklinikken og Barne- og ungdomsklinikken. Innen PHA er det et negativt avvik på om lag 2 mnok per april og gjelder både VOP, BUP og TSB.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	279 476	279 030	446	
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0	0	
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	18 400	20 699	-2 299	
ISF-refusjon pasientadministrerte leger	24 476	24 650	-174	
Utskrivningsklare pasienter	1 107	686	421	Antall utskrivningsklare pasienter er noe høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt.
Gjestepasienter	215 683	218 230	-2 547	Inntekter for pasienter fra andre regioner er 3 mnok lavere enn budsjettet og gjelder både innen somatikken og PHA.
Salg av konserninterne helsetjenester	671 187	698 762	-27 575	Samlede konserninterne gjestepasientinntekter er lavere enn budsjett per april. Om lag 0,6 mnok kan relateres til PHA og 1,2 mnok kan relateres til lab/rad-området. Resten av aviket gjelder somatikken for øvrig.
Polikliniske inntekter	229 402	220 679	8 722	De polikliniske inntektene er om lag 9 mnok høyere enn budsjett per april. PHA har et negativt avvik på om lag 1 mnok, Klinikk for Laboratoriemedisin har et positivt avvik på om lag 6 mnok og som atikken for øvrig har også et lite positivt avvik.
Øremerkede tilskudd raskere tilbake	19 943	21 044	-1 101	Det er inntektsført noe lavere inntekter enn budsjettet for Raskere tilbake. Aviket gjelder i all hovedsak Kreftklinikken.
Andre øremerkede tilskudd	438 605	470 776	-32 171	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	417 536	355 668	61 869	Positivt avvik på om lag 62 mnok gjelder bl.a. tilskudd fra private (som salderes under "andre øremerkede tilskudd" og må ses i sammenheng med denne ØBAK-linjen), noe høyere salgs- og leieinntekter og flere små positive avvik på flere andre poster. Lavere kostnader til kjøp av behandling i utlandet bidrar med et tilsvarende negativt avvik innenfor andre driftsinntekter.
<b>Sum driftsinntekter</b>	<b>7 632 185</b>	<b>7 647 582</b>	<b>-15 397</b>	
Kjøp av off helsetjenester	15 921	14 706	-1 216	Aviket fordeler seg på flere små negative avvik vedr kjøp av helsetjenester fra andre regioner.
Kjøp av private helsetjenester	100 116	119 650	-19 534	Kostnadene til kjøp av private helsetjenester er om lag 20 mnok lavere enn budsjettet og kan i all hovedsak relateres til kjøp av behandling i utlandet.
Varekostnader	826 918	811 502	-15 415	Varekostnadene er 15 mnok høyere enn budsjettet. Det er bl. a. høyere kostnader enn budsjettet vedr kjøp av apotekvarer og andre medisinske forbruksvarer. Medikamentkostnadene er noe lavere enn budsjettet per april.
Innleid arbeidskraft	65 974	49 911	-16 063	Innleiekostnadene er om lag 16 mnok høyere enn budsjettet og 4 mnok høyere enn på samme tid i fjor.
Kjøp av konserninterne helsetjenester	28 196	22 564	-5 633	De totale kostnadene til kjøp av konserninterne helsetjenester er om lag 6 mnok høyere enn budsjett per april. Aviket gjelder i hovedsak kurdøgn innen somatikken og poliklinikk PHA.
Lønn til fast ansatte	3 738 120	3 739 085	-965	De samlede lønnskostnadene er om lag 27 mnok høyere enn budsjettet per april. I resultatet inngår 9 mnok i høyere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet. Korrigeret for dette er aviket 18 mnok. Deler av dette kan relateres til aktivitet med øremerket finansiering. Justering av avsetninger fra 2016 og høyere lønnsrefusjoner enn budsjettet gjør at aviket fremstår som noe mindre enn det ellers ville gjort.
Øvertid og ekstrahjelp	432 975	361 285	-71 691	
Pensjon	731 405	722 398	-9 007	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-267 298	-226 070	-41 228	
Annen lønn	661 667	673 244	-11 577	
Avskrivninger	293 476	291 968	-1 508	Avskrivningene er om lag som budsjettet. Faktiske avskrivninger henger sammen med tidspunkt for ibrukttagelse.
Andre driftskostnader	999 049	980 687	-18 361	Andre driftskostnader er 18 mnok høyere enn budsjettet. En stor del av aviket gjelder øremerkede midler, som har tilsvarende høyere inntekter. Aviket knyttet til ordinær drift består av flere mindre avvik på flere poster. Bl.a. høyere energiutgifter enn budsjettet (om lag 4 mnok). I aviket inngår lavere IKT-kostnader enn budsjettet positivt.
<b>Sum driftskostnader</b>	<b>7 626 519</b>	<b>7 560 929</b>	<b>-65 590</b>	
Finansinntekter	-29 692	-15 638	-14 054	Positiv netto finans kommer i hovedsak som følge av positivt bidrag fra datterselskap (SMOS).
Finanskostnader	17 948	18 958	-1 010	
Netto finans	-11 744	3 320	15 064	
<b>TOTALT</b>	<b>17 411</b>	<b>83 333</b>	<b>-65 922</b>	
			<b>Avvik korr. for pensjon</b>	<b>-56 916</b>



## 4.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering April 2017 tall i hele 1000 kr	April				Hittil i år			
	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-3 238	0	-3 238	-1,7 %	-10 796	0	-10 796	-1,5 %
Medisinsk klinikk	-8 779	0	-8 779	-7,3 %	-21 750	0	-21 750	-4,8 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-1 037	0	-1 037	-1,5 %	-3 283	0	-3 283	-1,2 %
Nevroklubnikken	-1 954	-29	-1 925	-2,1 %	-3 884	-118	-3 767	-1,1 %
Ortopedisk klinikk	-3 612	0	-3 612	-6,1 %	-5 415	0	-5 415	-2,3 %
Barne- og ungdomsklubnikken	-5 181	0	-5 181	-5,4 %	-15 444	0	-15 444	-4,2 %
Kvinnklubnikken	-4 686	0	-4 686	-7,2 %	-16 056	0	-16 056	-6,8 %
Klubnikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-3 281	0	-3 281	-3,1 %	-21 707	0	-21 707	-5,5 %
Kreftklubnikken	1 147	-60	1 207	0,8 %	-3 073	-230	-2 843	-0,5 %
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	3 962	0	3 962	4,1 %	12 071	0	12 071	3,0 %
Akuttklubnikken	-2 048	0	-2 048	-1,2 %	-10 316	0	-10 316	-1,6 %
Prehospital klinikk	-30	0	-30	0,0 %	90	0	90	0,0 %
Klubnikk for laboratoriemedisin	-2 377	0	-2 377	-1,5 %	828	0	828	0,1 %
Klubnikk for radiologi og nukleærmedisin	-76	0	-76	-0,1 %	3 220	0	3 220	1,1 %
Kreftregisteret	0	0	0	0,0 %	0	0	0	0,0 %
Oslo sykehuservice	-868	0	-868	-0,5 %	-4 955	0	-4 955	-0,6 %
Direktørens stab	4 794	0	4 794	3,8 %	23 898	0	23 898	4,6 %
Fellesposter	24 257	21 478	2 779	5,4 %	79 913	85 378	-5 466	-1,7 %
Konsern	3 355	-556	3 911		14 071	-1 698	15 769	
<b>Sum OUS</b>	<b>347</b>	<b>20 833</b>	<b>-20 486</b>	<b>-1,1 %</b>	<b>17 411</b>	<b>83 333</b>	<b>-65 922</b>	<b>-0,9 %</b>
<b>Sum OUS justert for endret pensj.kostnad</b>	<b>-79</b>	<b>20 833</b>	<b>-20 912</b>	<b>-1,1 %</b>	<b>26 418</b>	<b>83 333</b>	<b>-56 915</b>	<b>-0,7 %</b>

## 4.2 Kommentarer til klinikkens resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-11	Klinikken har lavere personalkostnader enn budsjettert, mens høye innleiekostnader, varekostnader og lavere poliklinikk- og gjestepasientinntekter gir til sammen et negativt avvik på 11 mnok per april.
Medisinsk klinikk	-22	Hittil i år har klinikken et negativt avvik på 9 mnok på driftskostnader (kostnader til biologiske legemidler, kostnader knyttet til dialysepasienter, innleie og lønnskostnader er høyere enn budsjettert). Klinikken ligger 605 DRG-poeng bak måltall (gir et negativt inntektsavvik på om lag 14 mnok).
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-3	Det negative avviket fordeler seg på lavere ISF-inntekter og høyere lønnskostnader (variabel lønn) enn budsjettert. Høy aktivitet på Øyeavdelingen (AMD-prospekter og ventelistrydding) bidrar til høye lønnskostnader.
Nevroklinikken	-4	Om lag 1,5 mnok av avviket er relatert til aktivitetsbaserte inntekter, og høyere lønnskostnader enn budsjettert. Klinikken har videre høyere kostnader enn budsjettert. Dette gjelder i hovedsak innenfor lønnsområdet.
Ortopedisk klinikk	-5	Aktiviteten totalt er noe lavere enn budsjettert. Det er noe økte poliklinikkinntekter som følge av fakturering for fysioterapi og håndterapien på legevakten. Høyere lønnskostnader enn budsjettert bidrar til mesteparten av merforbruket.
Barne- og ungdomsklinikken	-15	Klinikken har merforbruk på innleie, medikamenter og kostnader til høsting av stamceller, som i tillegg til lavere aktivitet en plan bidrar til det negative avviket.
Kvinneklinikken	-16	Hovedårsaken til det negative avviket relateres til lavere aktivitet enn planlagt (færre fødsler). Inntekstsviket utgjør 13,2 mnok. Om lag 3 mnok skyldes høyere kostnader enn budsjettert (lønnskostnader).
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-22	Klinikken har noe lavere ISF-inntekter enn budsjettert og et merforbruk på varekostnader knyttet til medikamenter og implantater, samt noe høyere lønnskostnader enn budsjettert. Særlig høye kostnader til blodprodukter grunnet behandling av influensapasienter på starten av året, samt et merforbruk knyttet til intern inneleie bidrar også til det negative resultatet.
Kreftklinikken	-3	Aktiviteten i klinikken per april er økt med om lag 4 prosent fra fjoråret og er noe over budsjettert nivå etter 1. tertial. Driftsinntektene viser et pluss pr. 1. tertial, men høyere varekostnader enn budsjettert medfører at klinikken samlet sett har et merforbruk.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	12	Klinikken har et positivt avvik på inntektssiden pga høy aktivitet. Det er høyere lønns- og varekostnader enn budsjettert. Samlet gir det et positivt avvik på 12 mnok.
Akuttklinikken	-10	Klinikkens negative resultat kan i hovedsak forklares ved lav DRG-aktivitet ved Smerteklinikken, merforbruk på varekostnader og lønn.
Prehospital klinikk	0	Klinikken har mindreforbruk relatert til pasientreiser (regelendring med krav om lengre kjøreavstand). Det er noe merforbruk på varekostnader og vedlikehold, mens de totale lønnskostnadene er noe lavere enn budsjettert.
Klinikk for laboratoriemedisin	1	Resultatet per april viser et resultat om lag i balanse. I dette inngår positivt avvik relatert til lønnskostnader (ubesatte stillinger), men samtidig er varekostnadene høyere enn budsjettert.
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	3	Aktivitet og tilhørende inntekter er om lag som budsjettert. Noe lavere lønnskostnader (ubesatte stillinger) og varekostnader enn budsjettert gir et positivt avvik på 3 mnok.
Oslo sykehusservice	-5	Klinikken har høyere inntekter fra fakturering av tolketjenester, mens høye energi- og lønnskostnader bidrar negativt. Samlet har klinikken et negativt avvik på om lag 5 mnok.
Stab	24	Om lag 16 mnok av avviket kan relateres til lavere kostnader enn budsjettert innenfor IKT-området og 7 mnok til øvrig stab - herunder inntekter for utleie av personell mv.
Fellesposter / konsern mv	10	Datterselskap bidrar positivt med 14 mnok (hovedsakelig SMOS). Ellers er det mindre positive og negative avvik på flere områder.
Samlet avvik	-66	<b>Korrigert for økte pensjonskostnader er det et negativt avvik på 36 mnok.</b>

## 4.2 Lønnskostnader ekskl. pensjon

Total lønn ekskl. pensjon i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	apr 2017			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	141 854	2 302	1,6 %	537 073	7 937	1,5 %	520 390	16 683	3,2 %
MED	83 325	-1 584	-1,9 %	308 990	-5 655	-1,9 %	298 373	10 618	3,6 %
HHA	48 781	-1 165	-2,4 %	180 300	-1 371	-0,8 %	178 229	2 071	1,2 %
NVR	60 482	-675	-1,1 %	230 907	-5 740	-2,5 %	212 607	18 300	8,6 %
OPK	40 105	-508	-1,3 %	151 374	-4 012	-2,7 %	147 380	3 995	2,7 %
BAR	60 823	219	0,4 %	227 087	1 814	0,8 %	232 633	-5 546	-2,4 %
KVI	46 325	-650	-1,4 %	168 126	-2 215	-1,3 %	157 700	10 426	6,6 %
KIT	68 548	-2 602	-3,9 %	257 852	-14 846	-6,1 %	255 042	2 810	1,1 %
KRE	83 748	-869	-1,0 %	315 486	-4 178	-1,3 %	300 594	14 891	5,0 %
HLK	60 715	42	0,1 %	231 207	-2 414	-1,1 %	222 134	9 073	4,1 %
AKU	128 065	-2 631	-2,1 %	472 945	-5 921	-1,3 %	449 733	23 213	5,2 %
PRE	49 536	-373	-0,8 %	181 789	271	0,1 %	178 200	3 590	2,0 %
KLM	78 622	-1 100	-1,4 %	294 900	5 437	1,8 %	279 122	15 778	5,7 %
KRN	53 486	505	0,9 %	203 658	2 594	1,3 %	200 885	2 773	1,4 %
OSS	90 191	-2 639	-3,0 %	345 802	-7 025	-2,1 %	334 113	11 689	3,5 %
STAB	19 181	1 928	9,1 %	69 663	15 253	18,0 %	72 196	-2 532	-3,5 %
FPO	-18 500	15 479	-512,4 %	36 617	15 648	29,9 %	67 779	-31 161	-46,0 %
<b>OUS</b>	<b>1 095 286</b>	<b>5 677</b>	<b>0,5 %</b>	<b>4 213 778</b>	<b>-4 423</b>	<b>-0,1 %</b>	<b>4 107 108</b>	<b>106 670</b>	<b>2,6 %</b>

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

## 4.2 Innleie av helsepersonell

Innleie i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	apr 2017			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	612	-558	-1044,4 %	2 836	-2 621	-1222,3 %	1 195	1 641	137,3 %
MED	2 058	-826	-67,0 %	6 425	-1 874	-41,2 %	4 556	1 868	41,0 %
HHA	153	-61	-66,0 %	421	-1	-0,3 %	1 173	-751	-64,1 %
NVR	1 681	342	16,9 %	7 458	729	8,9 %	7 327	131	1,8 %
OPK	82	599	88,0 %	3 345	-53	-1,6 %	2 620	725	27,7 %
BAR	5 848	-4 353	-291,3 %	16 662	-10 684	-178,7 %	9 422	7 240	76,9 %
KVI	517	-91	-21,4 %	1 328	122	8,4 %	1 408	-80	-5,7 %
KIT	655	-185	-39,3 %	2 596	-715	-38,0 %	2 845	-250	-8,8 %
KRE	115	-32	-38,1 %	417	-83	-25,0 %	406	10	2,5 %
HLK	1 752	567	24,5 %	10 010	-633	-6,7 %	11 881	-1 871	-15,7 %
AKU	2 275	1 280	36,0 %	14 417	-531	-3,8 %	19 039	-4 622	-24,3 %
PRE			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
KLM			#DIV/0!	79	-79	#DIV/0!	-55	134	-242,8 %
KRN	9	75	88,8 %	-19	360	105,5 %	377	-396	-104,9 %
OSS			#DIV/0!			#DIV/0!	53	-53	-100,0 %
STAB			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
FPO			#DIV/0!			#DIV/0!			#DIV/0!
<b>OUS</b>	<b>15 758</b>	<b>-3 242</b>	<b>-25,9 %</b>	<b>65 974</b>	<b>-16 063</b>	<b>-32,2 %</b>	<b>62 246</b>	<b>3 727</b>	<b>6,0 %</b>

## 4.2 Varekostnader per klinikk

Varekostnader knyttet til FG i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler	apr 2017			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	3 985	331	7,7 %	21 364	-4 052	-23,4 %	24 405	-3 041	-12,5 %
MED	8 038	477	5,6 %	37 492	-1 101	-3,0 %	43 927	-6 435	-14,6 %
HHA	9 276	2 360	20,3 %	52 617	261	0,5 %	61 550	-8 933	-14,5 %
NVR	9 401	575	5,8 %	39 531	3 965	9,1 %	50 296	-10 765	-21,4 %
OPK	7 742	-117	-1,5 %	36 315	61	0,2 %	40 076	-3 761	-9,4 %
BAR	6 893	-1 960	-39,7 %	23 929	-2 447	-11,4 %	25 651	-1 721	-6,7 %
KVI	2 797	81	2,8 %	12 111	111	0,9 %	13 990	-1 879	-13,4 %
KIT	12 093	-1 749	-16,9 %	48 661	-1 918	-4,1 %	57 489	-8 828	-15,4 %
KRE	24 961	-1 192	-5,0 %	102 094	-6 147	-6,4 %	99 909	2 185	2,2 %
HLK	18 625	4 259	19 %	96 358	1 157	1,2 %	121 002	-24 644	-20,4 %
AKU	15 173	-784	-5 %	63 262	-2 524	-4,2 %	75 713	-12 452	-16,4 %
PRE	839	47	5 %	3 950	-396	-11,1 %	4 744	-794	-16,7 %
KLM	26 944	-1 079	-4 %	117 462	-9 892	-9,2 %	127 006	-9 544	-7,5 %
KRN	8 802	-870	-11 %	37 081	-83	-0,2 %	49 322	-12 241	-24,8 %
OSS	13 223	-1 050	-9 %	51 353	-2 515	-5,1 %	54 149	-2 797	-5,2 %
STAB	190	-190	#DIV/0!	254	-254	#DIV/0!	-24	278	-1160,4 %
FPO	15 730	-2 368	-17,7 %	49 753	3 696	6,9 %	37 059	12 694	34,3 %
<b>OUS</b>	<b>184 713</b>	<b>-3 229</b>	<b>-1,8 %</b>	<b>793 587</b>	<b>-22 078</b>	<b>-2,9 %</b>	<b>886 265</b>	<b>-92 679</b>	<b>-10,5 %</b>

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

## 4.2 Andre driftskostnader per klinikk

Andre driftskostnader i 1000 kr. Eksklusive øremerkede midler.	apr 2017			HiÅ			HiF	Endring	
	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Resultat	I 1000 kr	i %
PHA	6 784	-82	-1,2 %	28 510	-1 744	-6,5 %	29 840	-1 330	-4,5 %
MED	2 020	-3	-0,1 %	6 709	1 370	17,0 %	7 933	-1 224	-15,4 %
HHA	1 081	-75	-7,4 %	4 750	-716	-17,7 %	5 254	-504	-9,6 %
NVR	1 790	-274	-18,0 %	6 554	-493	-8,1 %	7 820	-1 266	-16,2 %
OPK	1 373	-583	-73,9 %	2 782	385	12,1 %	4 786	-2 004	-41,9 %
BAR	1 072	822	43,4 %	6 057	1 544	20,3 %	9 181	-3 124	-34,0 %
KVI	735	181	19,7 %	3 258	414	11,3 %	4 236	-977	-23,1 %
KIT	2 626	-370	-16,4 %	9 667	-615	-6,8 %	10 644	-977	-9,2 %
KRE	4 203	-559	-15,3 %	14 212	408	2,8 %	16 842	-2 630	-15,6 %
HLK	1 258	125	9,1 %	6 896	-1 346	-24,3 %	6 988	-92	-1,3 %
AKU	1 986	50	2,5 %	8 994	-1 223	-15,7 %	10 357	-1 363	-13,2 %
PRE	25 517	-6 908	-37,1 %	87 357	-7 405	-9,3 %	92 132	-4 775	-5,2 %
KLM	3 269	302	8,5 %	14 161	166	1,2 %	17 028	-2 867	-16,8 %
KRN	1 980	545	21,6 %	10 268	-127	-1,3 %	11 008	-740	-6,7 %
OSS	78 812	-4 307	-5,8 %	331 773	-12 320	-3,9 %	370 840	-39 066	-10,5 %
STAB	89 197	5 635	5,9 %	359 607	20 862	5,5 %	379 901	-20 293	-5,3 %
FPO	-9 707	10 328	1663,5 %	-2 640	4 820	221,1 %	2 903	-5 543	-191,0 %
<b>OUS</b>	<b>213 997</b>	<b>4 828</b>	<b>2,2 %</b>	<b>898 916</b>	<b>3 982</b>	<b>0,4 %</b>	<b>987 692</b>	<b>-88 776</b>	<b>-9,0 %</b>

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

## 4.2 Gjennomføring av tiltak

KLINIKK (tall i 1000 kr)	Budsjett tiltak per april	Effekt tiltak per april	Gjennomførings- % tiltak pr april	Årsbudsjett tiltak
AKU	9 214	3 739	41 %	28 069
BAR	10 335	9 645	93 %	30 923
HHA	6 667	6 815	102 %	16 500
HLK	8 428	7 635	91 %	23 727
KIT	11 772	3 423	29 %	37 667
KLM	12 324	7 272	59 %	37 525
KRE	11 544	9 770	85 %	38 544
KRN	527	527	100 %	10 486
KVI	661	295	45 %	6 730
MED	8 904	3 550	40 %	26 778
NVR	7 148	4 992	70 %	24 550
OPK	5 500	2 500	45 %	17 800
OSS	10 036	6 160	61 %	39 920
PHA	1 052	-	0 %	9 464
PRE	1 721	1 673	97 %	4 750
<b>SUM</b>	<b>105 832</b>	<b>67 996</b>	<b>64 %</b>	<b>353 432</b>

## 4.3 Resultat for datterselskap mv

AS'ene i 1 000 kr	Årsbudsjett	Budsjett	Regnskap	Avvik HiÅ
		HiÅ	HiÅ	
Norsk Medisinsk Syklotronsenter AS	-5 500	-1 350	-742	608
Radpark AS	3 088	1 029	1 656	627
Sophies Minde AS	20 678	-1 671	12 648	14 319
Sykehotell AS	882	294	510	216
<b>Totalt</b>	<b>19 148</b>	<b>-1 698</b>	<b>14 071</b>	<b>15 769</b>

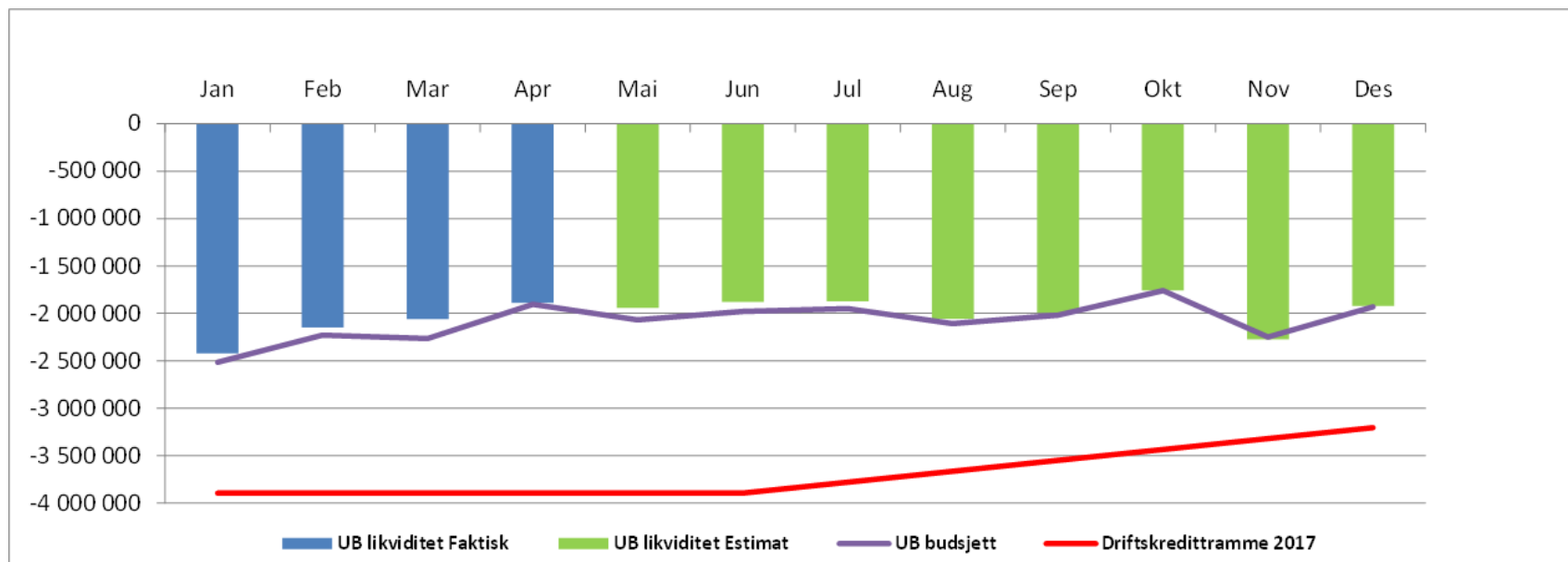


## 4.3 Investeringer

Investeringer (Beløp i millioner kroner)		Budsjettert overheng hiå.	Regnskapsført overheng hiå.	Budsjett 2017 hiå.	Regnskapsført hiå. av budsjett 2017	Avvik fra budsjett hiå. (inkl. overheng)	Prognose investeringer 2017
TOTALT	MTU	85	43	74	28	-88	629
	Bygg	0	0	224	206	-19	844
	Annet	0	0	10	5	-5	80
	Byggelånsrenter			0	0	0	0
	Ufordelt	0	0	5	0	-5	27
	Virksomhetsoverdragelse (Rettsmedisin)						45
	<i>Investeringer som balanseføres</i>	85	43	314	239	-117	1 623
	Egenkapital pensjon	0	0	0	0	0	43
	IKT 1)	0	0	13	0	-13	38
	<b>SUM</b>	<b>85</b>	<b>43</b>	<b>326</b>	<b>239</b>	<b>-129</b>	<b>1 705</b>
Finansiert med	Ordinær likviditet	0	0	98	59	-40	364
	Driftsresultat	0	0	36	39	3	350
	Fordring på HSØ RHF	0	0	0	0	0	0
	Lån	0	0	144	128	-16	485
	Øremerkede tilskudd	0	0	2	10	8	22
	Finansiell leie	85	43	46	3	-85	438
	Tingsinnskudd ved virksomhetsoverdragelse						45
	<b>SUM</b>	<b>85</b>	<b>43</b>	<b>326</b>	<b>239</b>	<b>-129</b>	<b>1 705</b>

1) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap. I budsjettet er det utbetalinger til Sykehuspartner som er budsjettert.

## 4.3 Likviditet

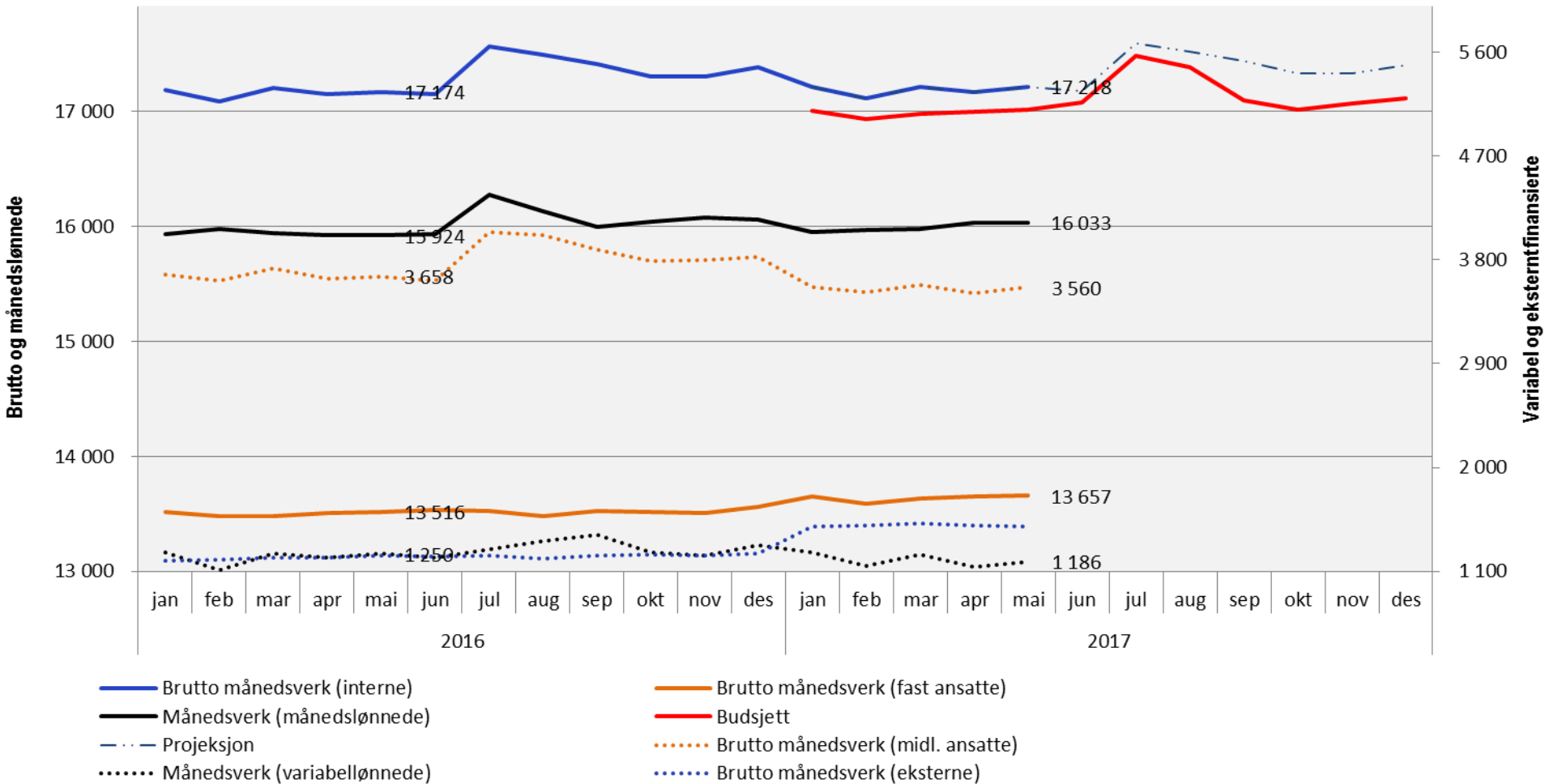


Rapportert utvikling i likviditet omfatter i hovedsak benyttet driftskreditt. Bankinnskudd på skattetrekkkonto og konti for øremerkede midler inngår ikke.

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

# 5.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)

## OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF



## 5.2 Bemanningsindikatorer - hovedtall

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF Indikator	Denne måned			Hittil i 2017				2017 mot 2016			
	MAI 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr MAI	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ MAI 2017 mot MAI 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
<b>Brutto månedsverk, herav:</b>	<b>18 709</b>	<b>18 472</b>	<b>237</b>	<b>18 683</b>	<b>18 443</b>	<b>239</b>	<b>1,3 %</b>	<b>303</b>	<b>1,6 %</b>	<b>310</b>	<b>1,7 %</b>
- internt finansierte	17 218	17 015	203	17 186	16 985	200	1,2 %	45	0,3 %	25	0,1 %
- eksternt finansierte	1 491	-	-	1 497	-	-	0,0 %	259	21,0 %	285	23,5 %
- månedslønnede	17 509			17 473				369	2,2 %	334	2,0 %
- variabelønnede	1 200			1 210				-66	-5,2 %	-24	-2,0 %
- fast ansatte	14 325			14 309				316	2,3 %	320	2,3 %
- midlertidig ansatte	4 382			4 372				-14	-0,3 %	-10	-0,2 %
<b>Øvrige indikatorer</b>											
Netto månedsverk nasj. ind. (201703)	16 016										
Sykefraværprosent (201703)	7,2										

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

## 5.2 Detalj internt finansierte

INTERNT FINANSIERTE Funksjonsområde	Denne måned			Hittil i 2017				2017 mot 2016			
	MAI 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr MAI	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ MAI 2017 mot MAI 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Psykisk helse og rus	2 211	2 188	23	2 190	2 183	7	0,3 %	75	3,5 %	41	1,9 %
Somatiske kliniske klinikker	8 271	8 068	203	8 274	8 066	207	2,6 %	-28	-0,3 %	-25	-0,3 %
Medisinske støttefunksjoner	4 666	4 628	38	4 632	4 613	19	0,4 %	50	1,1 %	45	1,0 %
Stab og OSS	2 069	2 131	-62	2 090	2 123	-33	-1,6 %	-53	-2,5 %	-35	-1,7 %
<b>OUS</b>	<b>17 217</b>	<b>17 015</b>	<b>203</b>	<b>17 186</b>	<b>16 985</b>	<b>200</b>	<b>0</b>	<b>45</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>0</b>

INTERNT FINANSIERTE Klinikk	Denne måned			Hittil i 2017				2017 mot 2016			
	MAI 2017	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr MAI	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ MAI 2017 mot MAI 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
AKU	1 792	1 743	49	1 778	1 740	38	2,2 %	52	3,0 %	47	2,7 %
PRE	769	779	-11	769	769	-1	-0,1 %	-12	-1,5 %	-0	0,0 %
PHA	2 211	2 188	23	2 190	2 183	7	0,3 %	75	3,5 %	41	1,9 %
MED	1 275	1 245	30	1 276	1 238	37	3,0 %	-10	-0,8 %	5	0,4 %
HLK	843	796	47	836	804	32	4,0 %	16	1,9 %	7	0,8 %
KIT	980	956	24	986	947	39	4,1 %	-21	-2,1 %	-6	-0,6 %
KLM	1 339	1 334	5	1 322	1 333	-11	-0,8 %	8	0,6 %	-3	-0,2 %
KRE	1 333	1 300	33	1 330	1 311	19	1,5 %	-14	-1,0 %	-26	-1,9 %
KRN	767	772	-5	763	770	-7	-0,9 %	2	0,3 %	2	0,2 %
KVI	664	649	16	660	645	15	2,3 %	5	0,7 %	0	0,1 %
NVR	873	848	25	882	847	35	4,2 %	19	2,2 %	15	1,7 %
OPK	609	589	20	606	589	17	2,9 %	-12	-2,0 %	-10	-1,6 %
HHA	749	743	6	749	744	5	0,7 %	-3	-0,3 %	-1	-0,1 %
BAR	945	943	2	949	942	7	0,8 %	-7	-0,7 %	-9	-1,0 %
OSS	1 859	1 916	-57	1 883	1 908	-25	-1,3 %	-47	-2,5 %	-28	-1,5 %
DST	210	215	-5	207	215	-9	-4,0 %	-6	-2,8 %	-7	-3,4 %
<b>OUS</b>	<b>17 218</b>	<b>17 015</b>	<b>203</b>	<b>17 186</b>	<b>16 985</b>	<b>200</b>	<b>1,2 %</b>	<b>45</b>	<b>0,3 %</b>	<b>25</b>	<b>0,1 %</b>

## 5.3 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

### Alle ansvarssteder

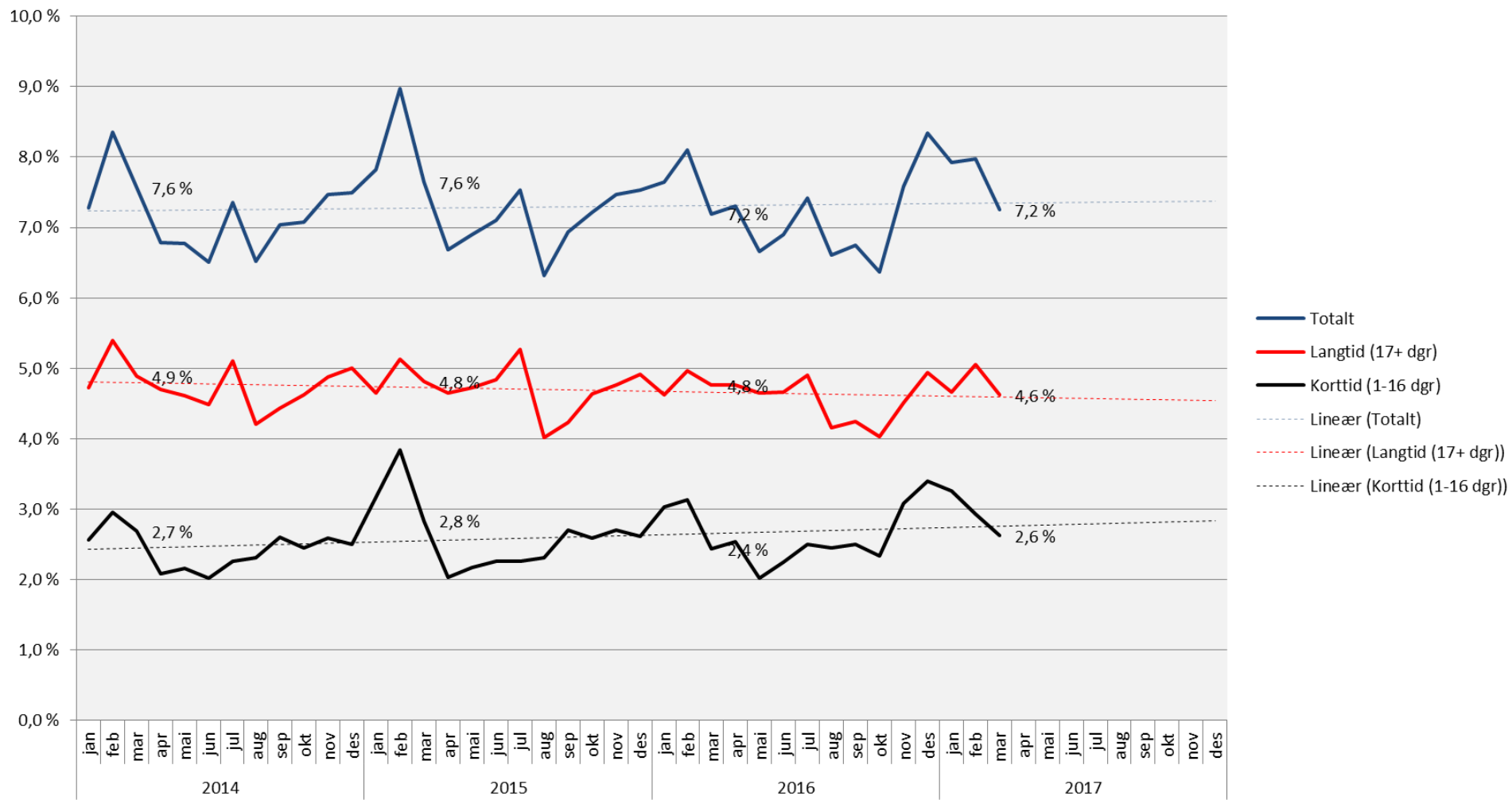
Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2016	Hittil 2017	2017 mot 2016				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	APR 2017	MAI 2017	Pr. MAI 2016	Pr. MAI 2017	Δ MAI 2017 mot MAI 2016	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2016	Andel 2017	Relativ endring
(1) Administrasjon/Ledelse	2 861	2 849	2 873	2 846	-27	-0,9 %	-26	-0,9 %	16,7 %	16,6 %	-1,0 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 430	1 474	1 451	1 446	11	0,7 %	-6	-0,4 %	8,5 %	8,4 %	-0,5 %
(3) Leger	2 476	2 461	2 427	2 455	24	1,0 %	29	1,2 %	14,1 %	14,3 %	1,1 %
(3a) Overleger	1 529	1 516	1 491	1 517	14	1,0 %	26	1,7 %	8,7 %	8,8 %	1,6 %
(3b) LIS-leger	900	895	887	891	7	0,7 %	4	0,4 %	5,2 %	5,2 %	0,3 %
(3c) Turnusleger	47	49	49	48	3	6,6 %	-1	-1,2 %	0,3 %	0,3 %	-1,4 %
(4) Psykologer	284	287	275	285	14	5,2 %	10	3,6 %	1,6 %	1,7 %	3,5 %
(5) Sykepleier	5 944	5 948	5 926	5 956	40	0,7 %	30	0,5 %	34,5 %	34,7 %	0,4 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	513	517	529	516	-18	-3,4 %	-13	-2,5 %	3,1 %	3,0 %	-2,6 %
(7) Diagnostisk personell	1 450	1 464	1 428	1 450	39	2,7 %	22	1,5 %	8,3 %	8,4 %	1,4 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	0	4,6 %	0	1,9 %	0,0 %	0,0 %	1,7 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 433	1 430	1 491	1 452	-55	-3,7 %	-40	-2,7 %	8,7 %	8,4 %	-2,8 %
(10) Ambulansepersonell	548	558	551	555	-3	-0,4 %	5	0,8 %	3,2 %	3,2 %	0,7 %
(11) Forskning	223	228	212	222	13	6,1 %	10	4,7 %	1,2 %	1,3 %	4,6 %
(99) Ukjente	1	1	0	1	1	168,6 %	1	740,1 %	0,0 %	0,0 %	739,1 %
<b>Alle stillingsgrupper</b>	<b>17 166</b>	<b>17 218</b>	<b>17 165</b>	<b>17 186</b>	<b>39</b>	<b>0,2 %</b>	<b>21</b>	<b>0,1 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100 %</b>	<b>0,0 %</b>

## 5.4 Andel deltid per klinikk

Deltid - fast ansatte - Totalt MAI						
Klinikk	Antall ansatte	Hvorav deltid	Andel deltid	Gj.snittlig juridisk stillingsprosent	Korrigert andel deltid	Gj.snittlig korr. Stillingsprosent
AKU	1 670	359	21,5 %	97,6 %	10,0 %	98,1 %
PRE	695	88	12,7 %	99,2 %	9,1 %	99,5 %
PHA	1 975	476	24,1 %	93,2 %	15,9 %	93,8 %
MED	1 158	367	31,7 %	90,8 %	26,7 %	91,6 %
HLK	759	161	21,2 %	97,0 %	8,9 %	98,1 %
KIT	858	222	25,9 %	94,8 %	15,5 %	95,7 %
KLM	1 560	281	18,0 %	97,3 %	6,9 %	97,9 %
KRE	1 301	285	21,9 %	97,4 %	11,1 %	98,0 %
KRN	666	88	13,2 %	98,1 %	5,1 %	98,9 %
KVI	645	282	43,7 %	94,0 %	34,1 %	95,6 %
NVR	827	257	31,1 %	93,3 %	18,5 %	94,1 %
OPK	510	140	27,5 %	93,1 %	20,4 %	93,6 %
HHA	686	187	27,3 %	94,1 %	18,7 %	94,8 %
BAR	990	333	33,6 %	92,8 %	23,5 %	93,8 %
OSS	1 813	224	12,4 %	96,1 %	6,6 %	96,5 %
DST	218	15	6,9 %	99,0 %	3,2 %	99,4 %
<b>OUS</b>	<b>16 376</b>	<b>3 765</b>	<b>23,0 %</b>	<b>95,9 %</b>	<b>14,1 %</b>	<b>96,6 %</b>

# 5.5 Utvikling sykefravær

## Utvikling sykefraværsprosent 2014-2017





## 5.6 Sykefravær per klinikk

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

## 5.6 Sykefravær per klinikk

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

# Definisjoner årsverksindikatorer

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

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 24. mai 2017

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg:

1. Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2018-2021 (2037) for Oslo universitetssykehus HF
2. Investeringsplan MTU
3. Investeringsplan bygg
4. Investeringsplan IKT
5. Investeringsplan øvrige investeringer
6. Drøftingsprotokoll

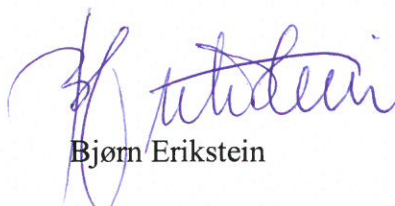
---

### SAK 36/2017 ØKONOMISK LANGTIDSPLAN 2018-2021 (37)

#### 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 investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr.*
3. *Styret ber om å bli orientert om prosjektene innenfor «forbedring av drift» i styremøtet 29. september 2017.*
4. *Styret vedtar foreløpig styringsmål for 2018 med 300 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at styringsmålet er betinget av reelt uendret finansieringsregime fra 2017 til 2018. Styret ber administrerende direktør følge opp tildelingen av basisinntekter og endringene i aktivitetsbaserte inntekter overfor Helse Sør-Øst RHF.*

Oslo den 18. mai 2017



Bjørn Erikstein

## 1. Innledning

Forslaget til økonomisk langtidsplan 2018-2021(37) bygger på økonomisk langtidsplan 2017-2020(36) som ble vedtatt av styret i Oslo universitetssykehus HF 28. april 2016. Videre 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), jf vedlagte investeringsplaner.
- Investeringer i konseptfasene for RSA, Radiumhospitalet og prekonseptfase byggetrinn 1 og 2 Aker og byggetrinn 1 Gaustad.

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 2. mai 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 investeringsplaner – 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.

Saken er drøftet med tillitsvalgte den 15. mai.

Helse Sør-Øst RHF er informert om at styret i Oslo universitetssykehus HF behandler saken den 24. mai, og at en ny leveranse vil foreligge etter styrebehandling dersom styret ønsker å endre tallgrunnlag eller fremstilling i saken.

Helse Sør-Øst RHF vil behandle sin økonomiske langtidsplan for perioden 2018-2021 på styremøte 15. juni. Forutsatt at denne behandlingen ikke endrer premisene vesentlig for Oslo universitetssykehus HF legges det ikke opp til noen ny behandling av Økonomisk langtidsplan 2018-2021 i styret for Oslo universitetssykehus HF.

## 2. Tidligere vedtak

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 28/2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) den 4. mai 2017:

*Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan til orientering.*

Det ble fattet følgende vedtak i Oslo universitetssykehus HF i sak 17/2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (37) den 22. mars 2017:

*Styret tar redegjørelsen om økonomisk langtidsplan til orientering.*

Økonomisk langtidsplan 2017-2020 (36) ble vedtatt av styret 28. april 2016 som sak 27/2016.

### **3. Administrerende direktørs vurdering**

Administrerende direktør legger med dette fram sitt forslag til økonomisk langtidsplan for 2018-2021. Forutsatt styrets tilslutning vil denne planen ligge til grunn for arbeidet i foretaket i planperioden og forberedelsene til arbeidet med budsjett 2018.

Administrerende direktør mener at gjennomføring av økonomisk langtidsplan 2018-2021 innebærer en betydelig utfordring for Oslo universitetssykehus HF. Det omfattende behovet for gjennomføring av investeringer medfører et stort finansieringsbehov. Deler av finansieringsbehovet må dekkes med 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.

I den foreliggende økonomiske langtidsplanen og tidligere års planer er det ikke i tilstrekkelig grad lagt vekt på hvordan drift i sykehusets eksisterende lokaler skal håndteres inntil nye sykehusbygg blir realisert. Dette arbeidet må bli en del av arbeidet med arealplaner når utbygging på Gaustad og Aker går inn i konseptfaser. Først da kan det utarbeides en mer detaljert plan for drift i mellomperioden. Dette sammenfaller også med en eventuell planlegging av overtagelse av lokalsykehusansvaret for Alna bydel.

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 budsjettbehandlinger 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. Programmet «forbedring av drift» er etablert for å vurdere, konkretisere og følge opp ledelsens felles tiltak. Klinikken må innarbeide felles tilnærming til drift i henhold til programmet og i tillegg utarbeide klinikkspesifikk tiltak for gjennomføring i egen virksomhet.

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. I planperioden er det ønskelig å implementere nye IKT-systemer. Det er risiko knyttet til gjennomføring i de regionale programmene. Oslo universitetssykehus HF må vurdere lokale behov i et samarbeid med regionen innenfor kritiske områder for gjennomføring av drift. Nye og like systemer mellom lokaliseringene kan legge til rette for bedre produktivitet i planperioden.

#### **4. Fakta**

I denne saken gjengis de viktigste områdene ved behandling av økonomisk langtidsplan. Økonomisk langtidsplan omfatter alle årene 2018 til 2037 med hovedvekt på de nærmeste årene (fram mot 2021).

##### Økonomiske rammer og aktivitetsforutsetninger for budsjett 2018-2021

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 2017 budsjett til 2018 budsjett innebærer dette en liten økning i rammefinansieringen. For påfølgende år er underliggende vekst i rammen i gjennomsnitt på om lag 100 mill kroner. Økningene er et resultat av oppdateringer i inntektsmodellene i HSØ RHF og i hovedsak fremskriving av befolkningen i planperioden. Manglende økning i rammen fra 2017 til 2018 skyldes tekniske oppdateringer i inntektsmodellene. Oslo universitetssykehus HF er i dialog med Helse Sør-Øst RHF om andre endringer i modellene.

Det er planlagt med 2 pst. vekst per år i antall DRG-poeng. Vekst i DRG inntekter er beregnet til 1 ½ pst. per år. Dette er noe lavere enn veksten i aktivitet og basert på erfart underregulering av pris i statsbudsjettene.

Det er for 2018 budsjettet betydelig usikkerhet knyttet til aktivitetsbaserte inntekter. Implikasjonene av nytt beregningsgrunnlag for innsatsstyrt finansiering (kostnad per pasient) og nye laboratorietakster vil først bli klart høsten 2018 og kan innebære store negative endringer for Oslo universitetssykehus HF.

Det planlegges ut fra at veksten innen psykisk helsevern skal være noe større enn for somatikk.

Rammene og aktivitetskravet er foreløpige. Endelig ramme og aktivitetskrav for 2018 budsjettet for Oslo universitetssykehus HF besluttes av Helse Sør-Øst RHF og vil først foreligge primo november 2017.

##### Planlagte investeringer i økonomisk langtidsplan

Det er utarbeidet forslag til investeringsbudsjett for planperioden 2018-2021. Siste del av gjennomføring for Fase 1 – omstillingsinvesteringer og betydelige investeringer i Fase 2 – Tilsynsavvik/oppgraderinger er innarbeidet.

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

- 1. Foretaksrådet godkjenner Helse Sør-ØST sitt framtidige målbilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.*
- 2. Foretaksrådet ber om at det ved utvikling av Aker sykehus som lokalsykehus på sikt legges til rette for å overta ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for de tre Oslobydelene som i dag tilhører Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde.*
- 3. Foretaksrådet slutter seg til at Helse Sør-Øst RHF vil starte med konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, og at den første utviklingen på Gaustad og Aker planlegges startet opp samtidig og vil foregå parallelt.*

I den økonomiske langtidsplan er det lagt inn investeringstall for byggeprosjekter der det foreligger tallgrunnlag fra konseptfase eller prekonseptfase. Samlet sett utgjør disse investeringene i nye bygg om lag 25 milliarder kroner i tidsperioden 2018-2033. Investeringene gjelder følgende bygg:

- Gaustad etappe 1 (syd)
- Aker somatikk etappe 1 (4 bydeler) og etappe 2 (2 bydeler)
- RSA/LSA/PUA etappe 1 og 2
- Aker sykehuspsykiatri 9 bydeler
- Radiumhospitalet – nytt klinikkbygg

Fordi Gaustad etappe 2 ikke er i en prekonseptfase er investeringsestimatene ikke inkludert i den økonomiske langtidsplanen. Gjennomføring av etappe 2 på Gaustad er nødvendig for å etablere et komplett lands-, regions- og lokalsykehus på Gaustad i samsvar med de vedtatte planene fra Idéfasearbeidet. Styret vil i styremøtet bli forelagt en økonomisk vurdering der investeringene for å realisere hele målbildet er inkludert.

Helse Sør-Øst RHF har stilt tydelige krav til forsvarlig forvaltning av bygg og utstyrsparken. Det ble gjennomført et betydelig kartleggingsarbeid i Oslo universitetssykehus HF som grunnlag for de investeringsbehov som ble lagt frem som del av Idéfasearbeidet i 2016. Når planene for videre utvikling av Gaustad og Aker blir konkretisert i egne konseptfaser må det parallelt med dette arbeidet gjøres nye vurderinger av de investeringsbehov som må håndteres på mellomlang sikt for å håndtere den løpende drift inntil nye bygg er på plass. Investeringsbehovene i eksisterende bygg er imidlertid betydelige og krever både egen finansiering med planlagt overskudd i driftsresultat, søknader om lån til Helse- og omsorgsdepartementet, avdrag på basisfordring fra Helse Sør-Øst RHF i planperioden og finansiell leie.

#### Resultatkrav og resultatbudsjett

Det er lagt til grunn følgende økonomiske resultatkrav i planperioden; 300 mill kroner i 2018, 350 mill kroner i 2019 og 400 mill kroner i 2020 og 2021. Resultatkravene i perioden er betinget av uendret finansieringsregime for Oslo universitetssykehus HF. Resultatet ved utgangen av fireårsperioden (2021) på 400 mill kroner i overskudd er vurdert til å være tilstrekkelig gitt de forutsetninger som gjelder for gjennomføring av investeringene i nye bygg.



Informasjons- og kommunikasjonsteknologikostnadene (IKT) forventes å øke med i underkant av 200 mill kroner fra budsjett 2017 til budsjett 2021. Den største kostnadsdriveren er det regionale programmet Digital fornying. Medikamentkostnader forventes å øke med om lag 250 mill kroner i planperioden basert på en analyse fra Sykehusapotekene for kostnadene i Oslo universitetssykehus HF.

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 2-3 prosent per år. Dette krever en mer systematisk tilnærming til resultatforbedring i Oslo universitetssykehus HF og dette arbeidet organiseres nå under programmet for «forbedring av drift».

# Kommentarer til økonomisk langtidsplan 2018-2021 (2037)

## Oslo universitetssykehus HF

### Innledning - Sammendrag

Etter behandling av Økonomisk langtidsplan 2017-2020 (36) i 2016 er det kommet flere endringer i inntekts- og kostnadsforutsetningene for Oslo universitetssykehus HF både for 2017 og for de nærmeste 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 2017 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 ble arbeidet videre med utvikling og opplæring i systemet i 2015 og 2016. Det pågikk samtidig et omfattende arbeid for å redusere ventetider, antallet fristbrudd og etablere effektive pasientsløyfer. Gode resultater for ventetider og fristbrudd er oppnådd og forholdene ligger nå 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 settes derfor resultatkrav til klinikken som innebærer betydelige behov for tiltak. Oslo universitetssykehus HF har videre etablert et program for driftsforbedringer som skal bidra til at klinikkene oppnår bedre driftsresultater. Klinikken må løse resultatkravet ved både å etablere klinikkspesifikke tiltak og gjennomføre tiltak innenfor programmet for forbedringer.

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 opplåning for å realisere det ambisjonsnivået som er lagt fram i denne økonomiske langtidsplanen.

En stor del av vurderingene som gjøres ved utarbeidelse av økonomisk langtidsplan er knyttet til behovet for fremtidige investeringer. Oslo universitetssykehus HF har utredet mulige løsninger for fremtidige nye bygg og ombygginger av eksisterende bygningsmasse. Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i 2016 idéfaseutredningen fra Oslo universitetssykehus HF og ga sin tilslutning til at det fremtidige målbildet for Oslo universitetssykehus HF er ett samlet og komplett lands- og regionsykehus inkludert lokalfunksjoner på Gaustad, ett lokalsykehus på Aker og kreftbehandling på Radiumhospitalet. To prosjekter går nå som konseptfaser; Nytt klinikkbygg på

Radiumhospitalet og regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner. Konseptfaserapportene legges frem før sommeren 2017. Utbygging på Gaustad og Aker inne i en prekonseptfase.

I den økonomiske langtidsplan er det lagt inn oppdaterte tall fra prosjektene (mottatt 6. april fra HSØ RHF). Samlet sett utgjør dette 24,9 milliarder kroner inklusive byggelånsrenter i investeringer. Investeringene inkluderer

- Gaustad etappe 1 (syd)
- Aker somatikk etappe 1 (4 bydeler) og etappe 2 (2 bydeler)
- RSA/LSA/PUA etappe 1 og 2
- Aker sykehuspsykiatri 9 bydeler
- Radiumhospitalet – nytt klinikkbygg

Ettersom Gaustad etappe 2 ikke er i en prekonseptfase er investeringsestimaterne ikke inkludert i den økonomiske langtidsplanen. Gjennomføring av etappe 2 på Gaustad er nødvendig for å etablere et komplett lands-, regions- og lokalsykehus på Gaustad i samsvar med de vedtatte planene fra Idéfasearbeidet.

Det er i økonomisk langtidsplan lagt til grunn oppstart av de omfattende investeringene i sykehusanlegg på Gaustad/Aker, regional sikkerhetsavdeling og Radiumhospitalet fra og med 2018. Det innebærer at en lånebevilgning må komme inn på statsbudsjettet for dette året. Helse Sør-Øst RHF har utarbeidet en mulig fremdriftsplan som er vurdert å være byggeteknisk gjennomførbar, men den forutsetter altså nødvendig formell beslutning og lånefinansiering. Gjennomføring er avhengig av likviditet fra det regionale helseforetaket. Oslo universitetssykehus HF er kjent med at Helse Sør-Øst RHF må sette dette i sammenheng med andre investeringsprosjekter i regionen og foretaksgruppens totale økonomiske bæreevne.

I planperioden 2018-2021 er det forutsatt resultatforbedring som bidrar med overskudd fra drift. Dette overskuddet er i planperioden forutsatt benyttet til investeringer samme år som driftsresultatet oppnås. Dette betyr at Oslo universitetssykehus HF planlegging og budsjettering av investeringer må være tilstrekkelig fleksibel til at investeringsnivået reelt kan tilpasses resultatrisiko. Det betyr også at Oslo universitetssykehus HF i årene framover må holde tilbake mange kontraktsgninger frem til resultatrisiko fremstår som mer avklart. Det stiller økt krav til presisjonsnivået i den økonomiske styringen i foretaket. I finansstrategien for Helse Sør-Øst er prinsippet at overskudd fra drift disponeres til investeringer det påfølgende året. Det må derfor avklares med Helse Sør-Øst RHF hva som kan forutsettes inn i det enkelte års budsjett.

Det fremgår av omtalen nedenfor at Oslo universitetssykehus HF legger opp til betydelig aktivitetsvekst de kommende årene. Dette må særlig sees på bakgrunn av befolkningsframskrivninger fra Statistisk sentralbyrå som viser en vekst i innbyggertallet i Oslo sykehusområde på over 35 000 personer (6,2 pst) fra 2017 til 2021 og på 133 000 personer (4,5 pst) i helseregionen i samme periode. Det legges videre til grunn at fra 2020 blir ansvaret for bydel Alna overført fra Akershus universitetssykehus HF til Oslo sykehusområde og Oslo universitetssykehus HF. Det må avklares hvordan en eventuell overføring på dette tidspunkt kan håndteres av sykehusene i Oslo sykehusområde. 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 og prioritering av ressursene mot der det er registrert flaskehals. Samtidig kan aktivitetsvekst og tilhørende inntektsvekst gjøre det noe lettere å gjennomføre nødvendige produktivitetsforbedringer.

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

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

Oppfølgingen av klinikkene og fagavdelingene har gitt gode resultater på disse områdene gjennom 2016. Oppfølgingen vil i planperioden fortsatt være basert på fastlagte indikatorer og rapporter, slik at utviklingen kan følges nøye.

Vi vil fremover ha en like tett oppfølging av pasienter som er i et forløp, for å sikre at pasienter får innfridd den frist som er satt etter at retten til utredning eller behandling er innfridd.

Organisasjonen skal være oppdatert på lovverk og regler, og prioriteringsveilederne skal legges til grunn for enhetlig vurdering av rett til helsehjelp. Kompetanseheving gjennom kontinuerlige opplæringstilbud knyttet til lovverk/regler, og bruk av vårt pasientadministrative system (DIPS) vil fortsatt vektlegges. Ventelistene skal være ajourførte, slik at de representerer et godt verktøy i planleggingen av driften, og god utnyttelse av tilgjengelig kapasitet. Langtidsplanlegging skal sikre at timebøker er etablert minst 12 mnd frem i tid. Sykehuset jobber med forbedringsprosjekter som bedrer kvalitet og kapasitet, og med oppgavedeling og samarbeid med andre sykehus og private spesialister. Gjennom et overgripende prosjekt for kapasitet de neste 5-8 årene vil vi sikre at vår kapasitet utvikles i tråd med behovet, blant annet gjennom god utnyttelse av alle arealer og en hensiktsmessig fordeling av oppgavene internt i sykehuset. Det er forventet en videre økning i behovet for poliklinikk og dagbehandling, og det vil kreve god utnyttelse av behandlingsrom, arealer og utstyr.

### **b) Kreftpasienter i pakkeforløp**

Det er innført 28 pakkeforløp for kreft i sykehuset, med forløpsteam, forløpsledere og forløpskoordinatorene. I oktober 2016 ble det opprettet et Driftsstyre for kreftområdet som skal bidra til å styrke linjeledelsens handlekraft innen kreftområdet på tvers av organisatoriske skiller og lokaliseringer av aktivitet. Driftsstyret skal bl.a. koordinere utvikling av pasientforløp for kreft, og være en pådriver i forhold til kvalitet i pakkeforløpene.

Oslo universitetssykehus skal jobbe målrettet for å inkludere 70 % av nye kreftpasienter i et pakkeforløp, og at minst 70 % av pakkeforløpene for kreftpasienter er gjennomført innen standard forløpstid. Sykehuset har etablert gode forløp innen mange kreftformer. Innen prostatakreft og underlivskreft hos kvinner jobbes det kontinuerlig med tiltak for å bedre forløpstidene.

Overføring av pasienter i pakkeforløp mellom lokalsykehusene og Oslo universitetssykehus HF representerer en spesiell utfordring. Pasienter som utredes og behandles ved flere helseforetak har lengre forløpstider enn de som har hele sitt forløp innen samme helseforetak.

Det arbeides blant annet med å få på plass flere 3-strøms videokonferanser med andre helseforetak i Helse Sør-Øst for å få til felles faglige vurderinger, og dermed effektivisere pasientforløpene som går på tvers av flere helseforetak.

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

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

### **c) Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %**

Oslo universitetssykehus HF gjennomfører jevnlig registreringer av sykehusinfeksjoner, og målet er at sykehusinfeksjoner skal reduseres til under 3 %. Resultatene fra infeksjonsregistreringene, inklusive fremstilling av utvikling, brukes i oppfølgingen av de enkelte klinikker og avdelinger. Smittevernarbeidet ved sykehuset vektlegger kartlegging av risikofaktorer, styrket opplæring av personalet i smittevern, utarbeidelse av avdelingsvise infeksjonskontrollprogram, styrket håndhygiene ved å eliminere bruk av ringer og armbåndsurs, riktig bruk av antibiotika og andre rutiner for forebygging av infeksjoner.

Infeksjoner med resistente bakterier utgjør et spesielt viktig problem hvor Oslo universitetssykehus HF må forsterke innsatsen. Pasientsammensetning, en til dels nedslitt bygningsmasse, få enkeltsengerom og isolater og annen suboptimal infrastruktur representerer en særlig utfordring.

Sykehuset vil i 2017 etablere et antibiotikastyringsprogram. Tett oppfølging av antibiotikabruk er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å redusere sykehusinfeksjoner og begrense resistensutvikling. Vi må fortsatt arbeide for å sikre gode interne hygienerutiner i all pasientbehandling.

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

Oppdatert rapportering i lederlinjen på klinikk, avdeling og seksjon av både antibiotikabruk, antall sykehusinfeksjoner og resistensforhold er nødvendig. Oslo universitetssykehus HF vil prioritere resistensforskning.

### **d) Det skal ikke være korridorpasienter**

Oslo universitetssykehus HF har en målsetting om null korridorsenger. Med en betydelig andel elektive behandlingstilbud, skal det med riktig registrering, bedre oversikt over beleggsituasjonen totalt i sykehuset og gjennom samarbeid på tvers av sengeenheter, være innen rekkevidde å nå målsettingen.

For aktuelle avdelinger og sengeposter er det etablert buffersenger for å håndtere situasjoner med overbelegg. Det er i 2017 også etablert nye rutiner som understøtter samarbeid mellom sengepostenheter. Det er dessuten påbegynt et arbeid for å utvikle klinikkovergripende opptrappingsplaner for å håndtere høyintensive overbeleggsituasjoner gjennom såkalte «handlingskort», etter modell fra andre sykehus i regionen.

Flere innmeldte forhold tyder på at det fortsatt forekommer feil bruk av registreringsalternativene i DIPS, og/eller feil i oppsatte sengeoversikter. Begge forhold medfører feil i rapporterte data på korridorsenger. Det er derfor viktig å sikre riktig registrering av pasienter som faktisk overnatter

på korridor. Det jobbes i sykehuset med å avklare de faktiske forholdene knyttet til registreringer, og rydde opp i feilregistreringer.

## 2. Det skal gis en overordnet vurdering av situasjonen i foretaket slik den fremkommer i perioden 2018 til 2021, herunder rammebetingelser, resultat- og aktivitetsutvikling:

Etter behandling av Økonomisk langtidsplan 2017-2020 (36) i 2016 er de 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, ett høyere nivå på driftskostnader ved inngangen til 2017 enn det som tidligere var forutsatt.

I tabell 1 vises foreløpige inntektsrammer for sykehuset. Dersom man ser bort fra pensjonsjusteringen (forskuttet red basis 2017 sfa pensjon) øker rammene med kun 35 mill kroner fra 2017 til 2018. Den årlig forventede vekst er beregnet til om lag 100 mill kroner. I 2020 inngår overføring av bydel Alna som en inntektsforutsetning. Den lave veksten i 2018 skyldes opprettinger i inntektsmodellene i Helse Sør-Øst RHF. De viktigste områdene er:

- Endret metode (oppretting av tidligere feil) for avregning av gjestepasientinntekter for regionale avdelinger innen psykisk helsevern (reduisert inntekt om lag 20 mill kroner)
- Alle nasjonale behandlingstjenester kompensert i ramme (økt inntekt 29 mill kroner)
- Feilretting datagrunnlag vedr. lab. (reduisert inntekt om lag 30 mill kroner)
- Endring i avregning private avtalepartnere (reduisert inntekt om lag 20 mill kroner)
- Negative effekter i pensjonselementene (reduisert inntekt om lag 60 mill kroner, men delvis kompensert 35 mill kroner)

Oslo universitetssykehus HF er i dialog med Helse Sør-Øst RHF om andre endringer i modellene. Helse Sør-Øst RHF planlegger en gjennomgang av flere av elementene i inntektsmodellene fra høsten 2018. Dette kan påvirke rammen fra 2019 og fremover.

<b>Beregning av foreløpig inntektsramme (mill kroner)</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Basisramme forrige periode	11 586	11 645	11 747	12 475
Forskuttet red. basis 2017 sfa pensjon	24	-	-	-
Omfordeling inntektsmodell	-48	54	680	43
Kompensasjon for pensjonseffekt	35	-	-	-
Økt aktivitet	48	48	48	48
<b>Foreløpig basisramme</b>	<b>11 645</b>	<b>11 747</b>	<b>12 475</b>	<b>12 566</b>

Tabell 1: Foreløpige inntektsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF til benyttelse i økonomisk langtidsplan 2018-2021

Økende årlig inntektsramme til Oslo universitetssykehus HF har sammenheng med forventet befolkningsøkning i Oslo sykehusområde og Helse Sør-Øst RHF og derav en forventning om økning i aktiviteten i Oslo universitetssykehus HF. For 2020 er i tillegg ansvaret for bydel Alna tillagt Oslo sykehusområde.

Økonomisk langtidsplan for Helse Sør-Øst skal baseres på vedtatt fordeling av opptaksområder. Planene for utvikling av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus tar hensyn til at bydelene Alna, Grorud og Stovner på sikt overføres fra Akershus sykehusområde til Oslo sykehusområde,

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

Forventet utvikling i basisramme er på om lag 1 milliard kroner i økte inntekter fra 2017 til 2021. Dette utgjør 8,5 pst vekst i rammen. Av denne veksten utgjør om lag 5,5 pst overføring av Alna bydel og om lag 3 pst generell veksttildeling. Den forventede vekst i aktivitet eksklusive Alna er til sammenligning på om lag 8 pst. Dette skyldes blant annet at det holdes igjen midler av vekstfinansieringen i det regionale foretaket til regionale prioriteringer og investeringer. Økt aktivitet vil også bringe med seg aktivitetsbaserte inntekter og høyere kostnader. For mange virksomheter er det samtidig slik at forutsetningene for å effektivisere er enklere når aktiviteten i en virksomhet er i vekst.

Som følge av inngangsfarten inn i 2017 og store behov for oppgraderinger og nyinvesteringer i Oslo universitetssykehus HF (jfr kapittel 5) er den økonomiske utfordringen for driften av foretaket meget stor i årene framover. For å kunne gjennomføre nødvendige investeringer må foretaket oppnå betydelige overskudd. Som følge av de store behovene for investeringer er resultatmålene satt med en høy ambisjon i planperioden 2018-2021. Med den resultatambisjon som nå er lagt til grunn må Oslo universitetssykehus HF forbedre driften (øke arbeidsproduktiviteten) med om lag 2 til 3 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 på 2 prosent per år innen somatisk virksomhet. I tillegg er det lagt til 2,5 pst særskilt vekst i 2020 som følge av overføringen av Alna bydel. Inntektene og kostnadene fra en eventuell overføring av bydel Alna er lagt inn budsjettneutralt ved å øke vare- og lønnskostnader tilsvarende inntektsveksten. Vekst i kostnader knyttet til overføringen av Alna bydel er dermed ikke særskilt fordelt til IKT-, medikament- og andre driftskostnader.

IKT-kostnader inngår i totalbudsjettet (dels lønnskostnader og dels andre driftskostnader), det gjør også medikamentkostnader (varekostnader), men disse kostnadene er også presentert på egen linje nederst i tabell 2.

<b>Driftsresultat ØLP</b> (mill kroner)	<b>Budsjett</b> <b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Basisramme	11 586	11 645	11 747	12 475	12 566
Aktivitetsbaserte inntekter	8 155	8 278	8 402	8 656	8 786
Andre driftsinntekter	2 436	2 471	2 772	2 635	2 672
Sum driftsinntekter	22 177	22 393	22 921	23 766	24 025
Varekostnader	2 814	2 903	2 997	3 247	3 350
Lønn- og innleiekostnader	13 196	13 142	13 172	13 614	13 734
Pensjon	2 195	2 218	2 229	2 318	2 339
Avskrivninger	876	797	828	860	850
Andre driftskostnader	2 853	3 047	3 101	3 266	3 277
Sum driftskostnader	21 934	22 107	22 328	23 305	23 550
Finansresultat	8	14	22	30	17
<b>Driftsresultat</b>	<b>250</b>	<b>300</b>	<b>615</b>	<b>491</b>	<b>491</b>
<b>Resultatmål (ekskl. salg av eiendom)</b>	<b>250</b>	<b>300</b>	<b>350</b>	<b>400</b>	<b>400</b>
<b>Herav særskilt spesifisert:</b>					
IKT-kostnader	1 111	1 184	1 208	1 322	1 288
Medikamentkostnader	794	848	905	977	1 038

Tabell 2: Resultatbudsjett 2017-2021 med alle tall i 2017 priser.

De mest fremtredende dreiningene i kostnader som forventes å finne sted i langtidsplanperioden 2018-2021 er økningen i IKT-kostnader på i underkant av 200 millioner kroner fra budsjett 2017 til budsjett 2021 og økningen i medikamentkostnader på om lag 250 millioner kroner i tilsvarende periode.

#### IKT-kostnader

Oslo universitetssykehus HF har beregnet fremtidig kostnadsnivå innenfor IKT ut fra tallgrunnlag mottatt fra Sykehuspartner. Mottatt tallgrunnlag viser en stor økning i kostnader fra estimat 2017 til budsjett 2018 (150 mill kroner). Kostnadsanslagene fra Sykehuspartner er slik vi forstår det basert på en overordnet og foreløpig beregning av tjenestepriser for 2018. Prisene innebærer at Oslo universitetssykehus HF delvis vil måtte bære doble kostnader til infrastrukturmodernisering (forsert avskrivning) og nye kostnader knyttet til iMod/ekstern partner knyttet til annen teknologi. I tillegg til økte kostnader til infrastruktur er det en stor kostnadsøkning som konsekvens av regionale programmer, herunder økt regionalisering av allerede etablerte løsninger. I tillegg kommer årlige kostnader til nytt system for medikamentell kreftbehandling, videre bredding av elektronisk kurve, forberedelser til mottak av regional ERP mv.

Det har vært dialog med Helse Sør-Øst RHF om en mulig ny vurdering og reduksjon av tjenestepriser for 2018. Oslo universitetssykehus HF har foreløpig ikke mottatt nye tjenestepriser, men det er en forventning om at dette blir avklart innen juli.

#### Medikamentkostnader

Budsjettering av medikamentkostnader i økonomisk langtidsplan er basert på en analyse mottatt fra Helse Sør-Øst RHF. Analysen viser at Oslo universitetssykehus i planperioden risikerer en vekst i kostnader til medikamenter med om lag 250 millioner kroner (eksklusive Alna). Alle helseforetak vil oppleve en betydelig vekst i medikamentkostnadene de neste årene. Oslo universitetssykehus HF kostnader vil øke noe mer enn gjennomsnittet. Dette skyldes at kreftmedikamenter utgjør en relativt sett stor del av medikamentkostnadene i Oslo universitetssykehus HF og kreftmedikamenter har en forventet høyere vekst enn andre



medikamenter. Gjennomsnittlig vekst for kreftmedikamenter i planperioden er beregnet til om lag 15 pst. per år og andre medikamenter forventes å øke med om lag 7 pst. per år.

Den kraftige veksten i medikamentkostnader er i økonomisk langtidsplan forutsatt finansiert av Oslo universitetssykehus HF. Det kan likevel være slik at denne veksten delvis vil bli finansiert med særskilte bevilgninger innarbeidet i statsbudsjettet eventuelt ved dreining av DRG-vektene.

#### Andre kostnadselementer

Øvrige varekostnader og andre driftskostnader er budsjettet med en vekst på 1,5 pst per år (eksklusive Alna). Dette er 0,5 pst lavere enn forventet aktivitetsvekst på 2 pst 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.

Avskrivningskostnader er noe redusert fra budsjett 2017 til budsjett 2021. Det er et høyere investeringsnivå i planperioden enn gjennomsnittlig investeringsnivå etter fusjonen av foretakene i 2009. Dette blir motvirket av at store deler av de aktiverte byggekostnadene for Rikshospitalet vil være ferdig avskrevet i perioden og at en stor del av investeringene i planperioden er nybygginvesteringer der avskrivningskostnadene først kommer når byggene står ferdige etter planperioden. Netto finanskostnader viser en økt kostnad på om lag 10 mill kroner i planperioden.

Kravet til vedlikehold på kroner 250 per kvadratmeter er lagt til grunn under vurderingen av nivået på FDV (forvaltning drifts- og vedlikeholdskostnader) som inngår i andre driftskostnader. Det er også vurdert vedlikeholds- og oppgraderingsbehov som del av investeringsbudsjettet etter at nye bygg tas i bruk.

Det er forventet en reduksjon i kostnader til innleie av helsepersonell på 20 pst hvert år de første tre årene i planperioden. Det iverksettes tiltak for å redusere bruken og sentralisering av personalformidling er ett vesentlig premiss for å gjennomføre reduksjonene. Det vil være betydelig usikkerhet knyttet til effektivering av tiltaket ettersom innleiekostnaden i hovedsak vedrører spesialkompetanse. Dette må derfor også sees i sammenheng med rekruttering og opplæring av spesialsykepleiere.

Det er lagt til grunn et lønnsrefusjonsnivå om lag på nivå med regnskap i 2016. Lønnsglidning er ikke særskilt vurdert i langtidsplanen.

#### Dreining av kostnader fra lønn til andre kostnadsposter

Økningen i IKT- og medikamentkostnader medfører en dreining i kostnadssammensetningen fra lønns- og personalkostnader til andre driftskostnader. Oslo universitetssykehus HF skal samtidig planlegge årlige resultatforbedringer med overskudd på drift for å finansiere nødvendige investeringer i MTU og bygg. Ser man bort fra overføringen av Alna bydel innebærer disse endringene i forutsetningene fra 2017 til 2021 samlet et krav til å levere høyere aktivitet og bedre kvalitet med om lag uendrede lønns- og personalkostnader. Det vil si at kravet til produktivitetsvekst er betydelig og er beregnet til i gjennomsnitt på om lag 2-3 pst per år.

#### Resultat i hele perioden 2018-2037

I framskrivning av resultat fra 2021 og fremover er det gjort forenklinger ift vurdering av utviklingen i regnskapsposter. For den generelle utvikling i aktivitet er det gitt at både inntekter og kostnader øker i takt med aktivitetsutviklingen. Effekt av bygginvesteringer (alle investeringer) er lagt inn i form av høyere avskrivninger og høyere rentekostnader. Forbedret driftseffektivitet når virksomheten flytter inn i nye bygg er også lagt til grunn med totalt 3 pst forbedring. Det er

foreløpig ikke gjort vurderinger av særskilte midlertidige negative resultateffekter som følger av innflytting i nye bygg på Aker og Gaustad. Det må vurderes mulige konsekvenser som lavere aktivitet i en tilvenningsperiode og andre flyttekostnader også for disse prosjektene under konseptfasen.

I perioden 2018-2021 er det innarbeidet et betydelig krav til forbedring av driften. Fra 2022 til 2037 er det kun beregnet krav til forbedring av driften som følger av nye bygg (3 pst). Før økonomisk langtidsplan forelegges styret i Oslo universitetssykehus HF vil planen bli oppdatert med en beregnet resultatforbedring i perioden etter 2027 ut over konsekvensene av å flytte inn i nye bygg. Det er forventet at underliggende vekst og vekst som følge av overtakelse av bydeler fra Akershus universitetssykehus HF gir et potensial for fortløpende driftseffektivisering som bør innarbeides i økonomisk langtidsplan. Små årlige forbedringer får betydelige akkumulerte effekter i en beregning som strekker seg frem til 2037.

Beregningene for perioden frem til 2037 er ikke komplette fordi de ikke inkluderer alle investeringene som er nødvendige for å realisere målbildet for Oslo universitetssykehus HF (ref kapittel 5 investeringer i nye bygg). Det vil være nødvendig med ytterligere investeringer på Gaustad (trinn 2) og kanskje også investeringer på Aker og Radiumhospitalet. Trinn 2 er forventet å innebære en ytterligere effektivisering av virksomheten når antallet lokaliseringer blir redusert (fra 3 prosent til 3,5 prosent). Videre vil gjennomføringen av Trinn2 muliggjøre ytterligere avhending av eiendom. De tall som er beregnet for hele perioden frem til 2037 viser derfor ikke hele investerings- og driftssituasjonen til Oslo universitetssykehus HF slik dette ble presentert som del av økonomisk bærekraftvurdering i idéfasearbeidet.

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

I perioden fram mot 2021 er det lagt til grunn et investeringsnivå, nedbetaling av gjeld og overskuddskrav som medfører en reduksjon i basisfordring på i underkant av 100 mill kroner. Driftskreditten er samtidig forutsatt redusert med i overkant av 300 mill kroner i perioden frem til 2021.

Etter flere år med lavt investeringsnivå i Oslo universitetssykehus HF, anslås det at bokførte eiendeler innen MTU, inventar, biler mv. (alle kapitalarter utenom bygninger) vil kunne være oppe på 2009- nivå igjen mot slutten av fireårsperioden (2021).

#### **c) Andre forhold**

Det er ikke, som del av arbeidet med økonomisk langtidsplan, vurdert om det er forhold som vil gi vesentlige endringer i lønns sammensetning mellom fast lønn og variable lønnskostnader. Det er forutsatt at innleie blir vesentlig redusert i perioden frem til 2021. Vurderinger vil bli gjort som del av den årlige detaljerte budsjettutarbeidelsen. Lønns glidning er ikke særskilt vurdert. ISF er innført innen psykisk helsevern og TSB og det er forutsatt vekst i antall poeng fra budsjettert nivå for 2017 (budsjettøytral omlegging). Budsjett 2017 danner utgangspunkt for varekostnader og andre driftskostnader og det er ikke vurdert særlige effekter av merverdiavgiftskompensasjonsordningen utover det som ligger i budsjettet for 2017.

For gjennomføring av økt aktivitet vil det kunne være en utfordring å få tilgang til tilstrekkelig kvalifisert personell. Dette gjelder særskilt spesialsykepleiere inklusive operasjonssykepleiere.

Årlige behovskartlegginger viser et behov for om lag 400 nye spesialsykepleiere innen først og fremst operasjon, intensiv, kreft, barn og nyfødtintensiv. Rekruttering til de fleste funksjoner på sykehuset skjer hovedsakelig gjennom utdanning. Betingelsene ved gjennomføring av videreutdanning til spesialsykepleiere ble betydelig bedret fra 2013, og denne ordningen er forutsatt videreført. Dette har økt antallet sykepleiere som søker seg til videre utdanning og spesialisering. Andre klinikkovergrepene tiltak er Klinisk stige, obligatorisk lederutviklingsprogram, og eksterne og interne veilederkurs for de som veileder studenter. Oslo universitetssykehus HF har også en egen handlingsplan for rekruttering som definerer ulike tiltak som skal bidra til at OUS fremstår som en attraktiv og aktiv arbeidsgiver – gjennom blant annet Karrieredager, ungdomsdager og lederopplæring innen rekruttering.

Oslo universitetssykehus HF var i årene 2011-2012, som følge av overføringen av opptaksområder til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, inne i en periode der de økonomiske rammene krevde produktivitetsvekst samtidig som aktiviteten ble redusert. Resultatet ble den gang store driftsunderskudd. Oslo universitetssykehus HF er nå i en vekstsituasjon når det gjelder aktivitet. Gjennomføringen av det budsjetterte resultatet på 250 mill kroner i overskudd for 2017 vurderes likevel å være beheftet med betydelig 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. Oslo universitetssykehus HF forventes å ta over ansvaret for bydel Alna i 2020 og bydelene Grorud og Stovner etter at etappe 2 på Aker er ferdig utbygd i 2030. Omstendighetene ved overføring av oppgavene til Oslo sykehusområde er foreløpig ikke avklart. Den veksten dette representerer i finansiering og aktivitet kan utgjøre et økonomisk forbedringspotensial for Oslo universitetssykehus HF.

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

### Forskning

Oslo universitetssykehus HF har hatt vekst i forskningsaktiviteten de siste årene, i henhold til krav fra eier. Den relative veksten i forskningsaktivitet (målt i poeng) har imidlertid vært større i andre regioner enn Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus HF. Hoveddelen av veksten har vært eksternt finansiert. Bidrag fra eksterne medfører som regel også ytelser fra helseforetaket i form av infrastruktur som arealer (kontorer, laboratorier og lagringsplass for forskningsbiobanker), utstyr og IKT.

Tabellen viser utvikling i kostnader til forskning, som inkluderer støttefunksjoner og beregnede indirekte kostnader. En vesentlig del av endringene i de internt finansierte kostnadene skyldes svingningene i pensjonskostnadene. I tillegg kommer om lag 300 millioner kroner årlig som forvaltes av Det medisinske fakultet, og som i stor grad benyttes til forskning ved sykehuset i

felles forskningsgrupper. Universitetet ønsker fremover å forvalte en større andel av de midler som benyttes i fellesskap og som finansieres eksternt (en avtale om policy på dette området er under utarbeidelse).

OUS HF	2012	2013	2014	2015	2016	Andel 2016
Basis HF	800 137	850 289	662 926	928 958	916 226	54 %
HSØ, øremerket	319 492	353 244	341 661	353 010	325 026	19 %
HOD, Hdir	43 428	56 348	95 300	63 210	71 796	4 %
Eksterne	269 808	262 384	311 396	358 119	397 353	23 %
Totalt	1 432 865	1 522 266	1 411 284	1 703 297	1 710 401	100 %

Tabell 3: Kostnader til forskning fordelt på finansieringskilder

Det er et mål fra Helse Sør-Øst RHF at flere pasienter får tilbud om å delta i kliniske studier. Dette krever blant annet tid til forskning for klinikere, styrket infrastruktur og bedret logistikk og kapasitet hos serviceavdelinger. Et annet utviklingstrekk som berører både forskning, diagnostikk og behandling er persontilpasset medisin. Det introduseres stadig nye og kostbare legemidler for store sykdomsgrupper, og det er stor variasjon i dokumentert klinisk effekt. Det er behov for å identifisere de pasientene som vil ha gunstig effekt av den spesifikke behandlingen, samt unngå ressurskrevende overbehandling og unødige bivirkninger. Avanserte storskalaanalyser er viktig i dette arbeidet og krever utstyr, datalagrings- og analysekapasitet.

Samlet forventes noe økte kostnader ved forskning fremover, som i hovedsak finansieres ved økt eksterne bevilgninger, men som ønskes supplert med interne ressurser. Det er vanskelig å anslå hva som kan frigjøres av ressurser over tid ved omprioritering i klinikkene. Klinikkene er derfor bedt om også å planlegge for ressursprioriteringer innen forskning. Stabs- og støtteenhetene må bistå med å kartlegge klinikkovergripende investeringsbehov innen IKT, utstyr og biobanker. Det er økt investeringsbehov innen disse områdene,

### 3. Vekst i aktivitet innenfor tjenesteområdene

#### Somatikk

Det er lagt til grunn en vekst i pasientbehandlingen målt i antall DRG-poeng på 2,0 pst per år i planperioden (2018-2021). I tillegg er det beregnet en økning i antall DRG-poeng med 6 tusen poeng (2,5 pst) ved overføring av ansvaret for bydel Alna fra 2020 og ytterligere vekst for bydelene Grorud og Stovner i 2030. Vekstforutsetningene er basert på en befolkningsvekst på om lag 1,6 pst per år i Oslo sykehusområde og 1,1 pst i Helse Sør-ØST RHF totalt. Veksten forutsetter en videreføring av reduksjonen i fristbrudd og ventelister og at det underliggende behovet for pasientbehandling er noe høyere enn befolkningsveksten.

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

Det er foreløpig ikke utarbeidet en intern fordeling av budsjettet mellom tjenesteområdene i Oslo universitetssykehus HF, men det planlegges ut fra at vekst innenfor behandling på lokal- og områdesykehus skal bli større innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn vekst i somatisk virksomhet. I henhold til Oppdragsdokumentet er det de distrikts-psykiatriske sentre, psykisk helsevern for barn og unge, samt tverrfaglig spesialisert rusbehandling som i hovedsak vil bli prioritert. Befolkningsveksten i Oslo sykehusområde viser en økning på

ca. 1,6 % pr år i planperioden. Veksten forutsettes i hovedsak innenfor polikliniske behandling med 2,5 pst årlig vekst eksklusive overføring av bydel Alna.

Det forutsettes i Oppdragsdokumentet en dreining i pasientbehandling fra døgn-, og dagbehandling til poliklinisk behandling. Økende antall pasienter med mer alvorlig symptombelastning og økt pleietyngde for flere pasientgrupper, krever fortsatt døgnbehandling. Fortsatt dreining til poliklinikk i pasientbehandlingen er avhengig av gode utfall i en krevende dialog med Oslo kommune om overføring av pasienter til bolig i bydelen.

ISF gjennomføres nå innenfor poliklinisk behandling. Dette medfører endringer i registreringspraksis for flere poliklinikker, med redusert effekt i antall konsultasjoner på samme aktivitetsnivå som tidligere. Dette må håndteres og kan påvirke vekstvurderingene i årene framover.

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

##### **a) Program for forbedring av driften i OUS**

Som følge av at Oslo universitetssykehus HF er i en krevende økonomisk situasjon etablerte sykehusdirektøren et program for forbedring av drift i 2016. I programmet inngår prosjekter som gjennomgår ulike driftsområder, kostnadsområder og inntektsområder med sikte på å finne virkemidler for linjeorganisasjonen. Programmet har i hovedsak konsentrert seg om å etablere prosjekter som kan gi generiske tiltak.

Programmet administreres av sentral økonomistab og ledes av direktøren gjennom en styringsgruppe bestående av representanter fra klinikk- og avdelingsledelsen, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentant. Siden høsten 2016 har det blitt etablert åtte forbedringsprosjekter innenfor varierte deler av driften. Under gjennomgå de områder der det foreligger prosjekter:

##### Tiltak for bedre gjennomføring av poliklinisk drift

Mål: Hensikten med prosjektet er å øke antall polikliniske konsultasjoner med dagens ressurser, samt å bidra til at de frister som er satt for styring av pasientforløpet blir innfridd. I tillegg skal prosjektet bidra til å skape bedret pasient/lege-kontinuitet.

Status: Prosjektet har presentert og fått godkjent i ledermøtet en ny prosedyre som skal sikre en bedre drift av poliklinikk. Prosedyren skal nå implementeres og effekter tas ut i klinikkene.

##### Effektivisere operasjonsdriften

Mål: Overordnet mål for prosjektet er å øke antallet operasjoner med gitt ressursinnsats / kapasitet. Det vil si å innrette tiltak som medfører raskere oppstart av stuene, kortere skiftetider og færre uventede driftsavbrudd/forsinkelser og strykninger.

Status: Prosjektet har gitt statusoppdatering med forslag til forbedret drift av operasjonsvirksomheten for styringsgruppen ultimo april. Det vil utarbeides klare råd til ledergruppen om tiltak for bedre gjennomføring av operasjonsvirksomheten i løpet av mai.

##### Reduksjon i bemanningskostnader og ressursbruk

Prosjektet er delt inn i tre delprosjekter:

- 3a) Forbedret bruk av GAT
- 3b) Bemanningsplanlegging
- 3c) Reduksjon av variabel lønn

Mål: Prosjektet skal sikre:

- At all lønnsdannelse for alle yrkesgrupper, både fast og variabel, samt alt fravær skal registreres i Gat.
- Bemanningsplaner som gjenspeiler behov som følger av kjent aktivitet, vedtatt budsjett og innenfor godkjente rammer
- Utarbeide prosedyrer og felles rutiner som sikrer reduksjon av innleie av interne og eksterne vikarer

Status: Prosjektet har fortløpende lagt frem forslag til driftsendringer for ledermøtet, særlig knyttet til reduksjon av variabel lønn, hvor OUS har store utgifter. Prosjektet jobber også fortløpende med opplæring og implementering av forbedret bruk av GAT systemet og bedre bemanningsplanlegging i alle klinikkene.

#### Reduksjon i arealkostnader

Mål: Prosjektet skal, innenfor tidsfristen, sikre at OUS har, oversikt over leieforhold, oversikt over utnyttelse av egne arealer, og et verktøy for analyse av nytte- og økonomisk verdi av å benytte eid vs. leid areal.

Status: Prosjektet vil levere endelig rapport til styringsgruppen den 15. mai.

#### Begrense medikamentkostnadene

Mål: Hensikten med prosjektet er å utnytte OUS sine ressurser på best mulig måte slik at legemiddelkostnadene ikke øker mer enn nødvendig, samt prioriterer de rette pasienter til den rette behandling i tråd med overordnede nasjonale føringer.

Status: Prosjektet har presentert status for Styringsgruppen den 15. mai. Råd for videre håndtering forankres i Ledermøtet medio juni. Prosjektgruppen er foreslått videreført som en fast undergruppe (økonomistyring) til sykehuset legemiddelkomité.

#### Kapasitet i OUS de neste 5-8 år

Mål: Prosjektet skal sørge for en tilstrekkelig behandlingsskapasitet de neste 5-8 år inkl. vurdering av videre aktivitet ved Aker sykehus i perioden. Utgangspunktet har vært hvordan Akers nåværende gode arealer kan benyttes mest hensiktsmessig i tiden fram til et nytt lokalsykehus på Aker er realisert.

Status: Prosjektets anbefalte modell ble vedtatt på ledermøtet den 28.03. Modellforslaget gjelder: «Elektivt kirurgisk senter på Aker med dagkirurgi og kirurgi med kort liggetid 5 dager i uken og med utnyttelse av samlet operasjonskapasitet på Aker». Prosjektet fortsetter å utrede denne modellen og skal gi en ny statusoppdatering for styringsgruppen i overgangen mai / juni.

#### Traumekirurgisk sengepost OUS Ullevål

Mål: Prosjektet skal legge til rette for å etablere en dedikert traumekirurgisk post med et tryggere og mer effektivt pasientforløp, samt redusere belegget av traumepasienter på PO og kortere liggetid på Intensiv.

Status: Prosjektet ble vedtatt etablert av styringsgruppen den 30. 01. Prosjektet leverer sin anbefaling ultimo juni.

#### Sagene retur

Mål: Prosjektet skal lage en plan for hvordan man tilbakefører lokalsykehusfunksjonen for indremedisin for pasienter fra Sagene bydel.

Status: Prosjektet ble vedtatt etablert av styringsgruppen den 06.03. Skal gi en statusoppdatering 19.06.

#### Nye prosjekter

I tillegg til de åtte etablerte prosjektene er det fem andre prosjekter under behandling for oppstart i styringsgruppen. Det legges til grunn at disse blir etablert før sommeren. Prosjektene er:

- Sikre OUS sine inntektskilder
- Bedre innkrevingsrutiner
- Samling av onkologisk lungekreftbehandling på Ullevål og onkologisk behandling av prostatakraft på Radiumhospitalet
- Redusere innkjøpsutgiftene
- Hente ut gevinster fra store IKT satsinger

### **b) Forberedelse til kommende års budsjetter og klinikkenes arbeid med tiltak**

20-21. mars 2017 ble det gjennomført et budsjettseminar for ledergruppen i Oslo universitetssykehus HF. Det ble gjennomgått hvordan sykehuset skulle forberede seg til budsjettet for 2018-2021. Det ble lagt frem tiltak i den enkelte klinikk og vurdert områder som må avklares og arbeides videre med som del av kommende års budsjetter.

#### Tiltak i klinikkene

Hver klinikk har levert en oversikt over de tiltak det vurderes å arbeide videre med for å forbedre resultatene fra 2018 og fremover. Klinikken har beregnet en mulig effekt av tiltakene med et forventet minimum og maksimum beløp. Klinikkenes foreløpige forventning er at de områdene det arbeides med kan bidra til resultatforbedring i størrelsesorden 150 til 300 millioner kroner i 2018. Det er totalt 70 omtalte områder/tiltak. Området med størst effekt er å legge til rette for økning i aktivitet uten at dette gir tilsvarende kostnads/bemanningsøkninger. Dette krever blant annet bedre koordinering og logistikk knyttet til avvikling av poliklinikk og gjennomføring av operasjonsprogrammet. Vurdering av bemanningsplaner, vaktordninger og bruk av overtid utgjør også en stor andel av tiltakene. Samkjøring/samlokalisering av enkeltfunksjoner er også betydelige tiltak for enkelte klinikker. Tiltakene vil ytterligere gjennomarbeides og forberedes inn mot hvert års budsjettbehandling.

#### Felles tiltak- områder for avklaring budsjett 2018

På seminaret kom det tydelig frem at ledelsen vil prioritere å styrke arbeidet med å realisere mulige driftsgevinster fra store IKT satsinger (Dips og MetaVision). Det er viktig at ytterligere innsats gjøres for å sikre rasjonell bruk av systemene, noe også styret for Oslo universitetssykehus HF har understreket. Et annet viktig område som lenge har vært diskutert både i sentralstab og av ledelsen til Oslo universitetssykehus HF er hvordan man best kan vurdere sengepostbemanning i hele Oslo universitetssykehus HF. Begge disse områdene vil bli fulgt opp innenfor programmet for forbedring av drift.

OMRÅDE	OPPFØLGNINGSSAK	ANSVARLIG
Program for forbedring av drift	1. Nytt prosjekt: «Effekt av store IKT satsinger»	IKT Stab
	2. Nytt prosjekt: «Sengepostbemanning»	FPS Stab
Lønnsomme investeringer	3. MTU investeringer	OSS Stab
	4. Areal investeringer	OSS Stab
Flytting av virksomhet	5. Masterplan for areal	FPS Stab
Andre oppgaver som følges opp av sentral stab for å effektueres i klinikkene	6. Mer korrekt medisinsk koding	OJI Stab og FPS Stab
	7. Kostnads- og driftseffektiv videreutdanning	FPS Stab
	8. Bedre arbeidsflyt mellom klinikker og KLM/KRN	FPS Stab
	9. Beredskap natt / helg operasjon	FPS Stab og AKU klinikken

Tabell 4: Oppfølging av tiltak som kan påvirke budsjettet for 2018

### c) Finansiering av planlagte investeringer

Investeringsnivået i årene fremover har flere finansieringskilder (se tabell 5 for omfang hvert år i planperioden 2018-2021):

- Basislikviditet/historisk likviditetstildeling
- Fase 1 Omstillingsmidler, ferdigstille Fase 1 med 1 575 mill kroner i 2012 priser vedtatt av stortinget. 50/50 andel lån og egenandel
- Fase 2 – Tilsynsavvik og oppgraderinger med 1 807 mill kroner i 2015 priser hvorav lån 70 pst og egenfinansiering 30 pst
- Fase 3 Nye lånesøknader for langsiktig utvikling av eiendomsmassen (RSA, Radiumhospitalet, etappe 1 og 2 Aker og etappe 1 Gaustad)
- Overskudd samme 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 350 mill kroner per år.

#### Fase 1 Omstillingsmidler - lån

Investeringer i omstilling er forutsatt finansiert med 50 pst låneopptak fra HOD og resterende 50 pst kontantoppgjør fra Helse Sør-Øst RHF (reduksjon av Oslo universitetssykehus HF fordring på Helse Sør-Øst RHF) eller salg av eiendom i Oslo universitetssykehus HF frem til og med 2015. Totalt 1,575 milliarder kroner (2012-priser) er stilt til disposisjon for omstillingsinvesteringer knyttet til samlokaliseringer. Det er om lag 70 mill kroner i gjenværende investeringsmidler på dette området etter gjennomføring av budsjett 2017.



Investeringer i samhandlingsarena Aker inngår i lånebevilgningen med 75 mill kroner.

#### *Fase 2 Tilsynsavvik/oppgraderinger - lån*

Det er bevilget lånefinansiering på 1 265 mill kroner over årene 2016-2019 til prosjekter for å lukke myndighetspålegg og sikre oppgraderinger slik at sikker drift kan opprettholdes. Lånesøknaden forutsetter 542 mill kroner i egenandel fra basislikviditet/overskudd for disse årene.

#### *Fase 3 Nye byggeprosjekter - lån*

Gjennomføring av nye byggeprosjekter er tenkt finansiert ved låneandel 70 pst og uttak fra basisfordring på Helse Sør-Øst RHF 30 prosent. Lånesøknader sendes etter avsluttet konseptutredning og før forprosjektering. Det er i økonomisk langtidsplan forutsatt overlevering av lånesøknader til Helse Sør-Øst RHF for å kunne bli behandlet inn mot statsbudsjettet i 2018.

Helse Sør-Øst RHF har gitt tilbakemeldinger om at det innenfor de regionale prioriteringer vil være grunnlag for Oslo universitetssykehus HF å igangsette byggeprosjekter for RSA, nytt klinikkbygg Radiumhospitalet, etappe 1 og etappe 2 på Aker og etappe 1 Gaustad.

#### *Overskudd fra drift samme år*

I planperioden er det forutsatt resultatforbedring som bidrar med overskudd fra drift. Dette overskuddet er i planperioden forutsatt benyttet til investeringer samme år som driftsresultatet oppnås. Dette betyr at Oslo universitetssykehus HF planlegging og budsjettering av investeringer må være tilstrekkelig fleksibel til at investeringsnivået reelt kan tilpasses resultatrisiko. Det betyr også at Oslo universitetssykehus i årene framover må holde tilbake mange kontraktsigneringer frem til resultatrisiko fremstår som mer avklart. Det stiller økt krav til presisjonsnivået i den økonomiske styringen i foretaket. I finansstrategien for Helse Sør-Øst er prinsippet at overskudd fra drift disponeres til investeringer det påfølgende året. Det må derfor avklares med Helse Sør-Øst RHF hva som kan forutsettes inn i det enkelte års budsjett.

Følgende finansiering fra overskudd fra drift eksklusive eiendomssalg er lagt inn som finansiering av investeringsbehovet i planperioden 2018-2021:

- 300 mill kroner i 2018
- 350 mill kroner i 2019
- 400 mill kroner i 2020
- 400 mill kroner i 2021

I tillegg er det lagt til grunn at salg av eiendommer øker overskuddet og finansieringen av investeringer. Overskudd bidrar primært til finansiering av egenandelene for lånesøknad Fase 2 og ordinære investeringer i MTU.

#### *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 mv. Når denne likviditeten holdes igjen i Helse Sør-Øst RHF oppstår en betydelig fordring på Helse Sør-Øst RHF i balansen til Oslo universitetssykehus HF. Ved inngangen til 2018 er denne fordring, også omtalt som basisfordring, estimert til om lag 3,9 milliarder kroner. Med de låneopptakene/reduksjon av basisfordring fra Helse Sør-Øst RHF som her er forutsatt er det forventet at fordringen er om lag uforandret ved utgangen av 2021.

### *Finansielle leieavtaler*

Finansielle leieavtaler er forutsatt benyttet som finansieringskilde til investeringer i perioder der det ikke er tilstrekkelig likviditet i Oslo universitetssykehus HF eller foretaksgruppen til å gjennomføre nødvendige investeringer. Denne finansieringsformen er mest aktuelle for investeringer innen MTU, ambulanser mv

Det er foretatt vurderinger knyttet til bruk av finansiell leie. Helse Sør-Øst RHF har inngått to rammeavtaler om finansiell leie. Begge rammeavtalene er basert på at utleier, Danske bank eller Siemens Financials Services (SFS), legger til grunn en rente lik tre måneder Nibor og legger på en påslagsprosent. Påslagsprosenten varierer med typen utstyr som skal leies og ønsket leieperiode. SFS garanterer en restverdi etter utløpet av en normal leieperiode. Ved vurdering av hvorvidt det er økonomisk hensiktsmessig å kjøpe eller leie kan dagens verdi (nåverdien) av de fremtidige leiebetalingene sammenstilles med det umiddelbare kontantutlegget ved kjøp. Oslo universitetssykehus HF har blant annet budsjettert med anskaffelse av en Linac (strålemaskin) til 27 millioner kroner. Dersom foretaket i stedet for kjøp leier denne vil de årlige leiebeløpene utgjøre om lag 2,6 millioner kroner årlig i 12 år. Nåverdien av disse leiebeløpene er beregnet til om lag 28 millioner kroner.

### *Salg av eiendom*

Inntekter fra salg av eiendom er lagt inn som forutsetning for investeringer med om lag 450 mill kroner i perioden 2019-2021. Dette er eiendommer på Sogn og Dikemark. I et lengre tidsperspektiv kan eiendommer knyttet til flere lokaliseringer avhendes. Avhendingspotensialet for disse eiendommene er betydelig og kan omfatte tomtene til SSE i Bærum og Ullevål sykehus. I idéfasearbeidet ble det forutsatt gjennomføring av alle byggetrinn på Gaustad for å kunne avslutte all sykehusvirksomhet på Ullevål sykehus og SSE.

### *Andre finansieringskilder*

Oslo universitetssykehus og Urstiftelsen DNR har laget en omforent avtale som regulerer overføring av stiftelsens midler på om lag 200 mill kroner til OUS. Stiftelsestilsynet har gitt samtykke til omdanningen (slik den er regulert i avtalen) og avtalen ligger nå klar for signering av partene. Når avtalen er undertegnet vil pengene bli utløst til Oslo universitetssykehus HF for delfinansiering av nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet.

Det er i langtidsplanen ikke inkludert investeringer i eller finansiering av forsknings- og undervisningsarealer fra Kunnskapsdepartementet.

Det enkelte års investeringsbudsjett vil kunne bli justert opp med finansiering fra andre eksterne givere og gi et høyere investeringsbudsjett eller mindre bruk av egen likviditet. Det er lagt inn et lite beløp for dette hvert år i langtidsplanen.

### *IKT – Lån*

Det forutsettes at Helse Sør-Øst RHF tar opp lån fra Oslo universitetssykehus HF for å gjennomføre lokalt finansierte IKT-prosjekter i størrelsesorden 35 mill kroner per år.

### *Oppsummering finansiering*

Gitt investeringer og de driftsresultater og de tilhørende ekstraordinære låneopptakene som er lagt til grunn vil gjelds- og fordringssituasjonen totalt sett innebære noe høyere netto rentekostnader i perioden frem til 2021 med om lag 10 mill kroner. Dette må også sees på bakgrunn av at det aller meste av IKT-investeringene forutsettes å bli bokført utenfor helseforetakets regnskaper (gjennomføres i regi av Helse Sør-Øst RHF/Sykehuspartner). De

økonomiske konsekvensene for sykehuset kommer først til syne i form av sterkt økte IKT-driftskostnader i årene framover.

I tabellen under er finansieringskildene til investeringer for perioden 2018-2021 vist.

<b>Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter)</b> <i>(mill kroner)</i>		<b>ØLP 2018</b>	<b>ØLP 2019</b>	<b>ØLP 2020</b>	<b>ØLP 2021</b>
<b>Finansiert med</b>	<b>Ordinær likviditet</b>	317	318	318	318
	<b>Driftsresultat</b>	300	320	372	283
	<b>Eiendomsalg</b>	0	265	91	91
	<b>Fordring på HSØ RHF</b>	36	114	488	470
	<b>Øremerkede tilskudd</b>	71	160	17	17
	<b>Lån</b>	607	942	1 356	1 156
	<b>Finansiell leie</b>	313	0	0	0
	<b>SUM</b>	<b>1 644</b>	<b>2 119</b>	<b>2 642</b>	<b>2 335</b>

*Tabell 5 Finansiering av investeringer 2018-2021*

#### 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. Det er også en risiko for at budsjettet salg og fremdrift i investeringer i nye bygg tar lenger tid en forventet. Dette kan føre til at det er behov for mer leie for å holde utskiftingstakten på medisinsk teknisk utstyr oppe.

Sykehusledelsen må til enhver tid vurdere utviklingen i resultat og bruk av virkemidler for å oppnå den utvikling som kreves av foretaket.

## **5. Investeringer**

Det er utarbeidet egne investeringsplaner for MTU, bygg, IKT og annet. Disse planene ettersendes som egne vedlegg etter styrebehandling i Oslo universitetssykehus HF.

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 2018-2037 i tabell 7.

Investeringsbudsjett (inkl. byggelånsrenter) (mill kroner)		ØLP 2018	ØLP 2019	ØLP 2020	ØLP 2021
Ordinære investeringer	MTU	371	333	265	237
	Bygg (videreføres og nye)	187	187	187	187
	Bygg (fraflyttes)	76	76	76	76
	Annet	63	68	70	70
	Egenkapital pensjon	62	69	78	87
	IKT	35	35	35	35
	<b>SUM</b>	<b>795</b>	<b>768</b>	<b>711</b>	<b>692</b>
Øremerkede investeringer	MTU	10	11	12	12
	Bygg (videreføres og nye)	5	5	5	5
	<b>SUM</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>17</b>
Omstilling (Fase 1)	Bygg (videreføres og nye)	66	0	0	0
	<b>SUM</b>	<b>66</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Tilsynsavvik og oppgraderinger (Fase 2)	Bygg (videreføres og nye)	176	407	254	0
	Bygg (fraflyttes)	283	60	5	0
	<b>SUM</b>	<b>460</b>	<b>467</b>	<b>259</b>	<b>0</b>
Nytt klinikkbygg RAD	MTU	19	56	103	112
	Bygg (videreføres og nye)	169	510	942	1 046
	<b>SUM</b>	<b>188</b>	<b>566</b>	<b>1 045</b>	<b>1 159</b>
RSA - etappe 1 (Regional sikkerhetsavdeling)	Bygg (videreføres og nye)	121	303	409	70
	<b>SUM</b>	<b>121</b>	<b>303</b>	<b>409</b>	<b>70</b>
Gaustad (samling av traume og regionale funksjoner)	MTU	0	0	10	21
	Bygg (videreføres og nye)	0	0	91	195
	<b>SUM</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>101</b>	<b>216</b>
Aker - etappe 1 (Somatiske lokalsykehusfunksjoner)	MTU	0	0	10	18
	Bygg (videreføres og nye)	0	0	91	164
	<b>SUM</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>101</b>	<b>182</b>
<b>TOTALT</b>	MTU	400	400	400	400
	Bygg (videreføres og nye)	724	1 412	1 979	1 667
	Bygg (fraflyttes)	359	135	81	76
	Annet	63	68	70	70
	Egenkapital pensjon	62	69	78	87
	IKT	35	35	35	35
	<b>SUM</b>	<b>1 644</b>	<b>2 119</b>	<b>2 642</b>	<b>2 335</b>

Tabell 6: Investeringer 2018-2021 fordelt på art

Ordinære investeringer og Fase 2 investeringer (tilsynsavvik og oppgraderinger)

Ordinære investeringer er her definert som investeringer som ikke er finansiert over særskilt lånebevilgning over statsbudsjettet eller tildelt som øremerket finansiering fra andre kilder.

#### *Medisinsk teknisk utstyr (MTU)*

Som det fremkommer av investeringstabellen legges det til grunn et nivå på MTU investeringer på 400 mill kroner i planperioden. Med dette nivået er det en risiko for at gjennomsnittlig levetid for det utstyret som disponeres til pasientbehandling i Oslo universitetssykehus HF øker noe (ref vedlagte investeringsplan for MTU). Det er forutsatt at MTU investeringer inngår i nye bygg med 10 pst av den totale beregnede byggekostnad. Det er da lagt til grunn at investeringsnivået for MTU innenfor ordinære investeringer reduseres tilsvarende.

(Merknad ØW: Investeringer i MTU følger investeringer i bygg, det er mer realistisk at MTU følger aktivisering av bygg og kommer til slutt i byggeprosjektet, dette endres i senere versjoner av ØLP)

#### *Bygg – ordinære investeringer i bygg som skal beholdes*

Investeringsbehov i de byggene som skal beholdes når store deler av virksomheten flytter inn i nye bygg er vurdert. De bygg dette gjelder er i hovedsak dagens bygninger på Rikshospitalet, store deler av dagens bygninger på Gaustad, den delen av Aker som benyttes til Helsearena Aker aktivitet og store deler av Radiumhospitalet. Det er betydelig usikkerhet ved de estimer som er utarbeidet. Estimatenes er basert på en vurdering av nødvendige ombygginger og oppgradering av disse arealene for å kunne ha en adekvat standard sett opp mot nye omkringingende bygg. Multiconsult har utarbeidet nye estimer for oppgradering av Radiumhospitalet i forbindelse med nytt klinikkbygg. Nivåene som er lagt inn for Radiumhospitalet er langt lavere enn anbefalingen til Multiconsult basert på deres erfaringstall knyttet til tilstandsanalyser. Det må gjennomføres mer detaljerte vurderinger knyttet til alle lokaliseringer for å få ett mer komplett investeringsbilde. Dette utvikles til kommende års økonomiske langtidsplaner (2019-2022) når arbeidet med konseptfase for Aker og Gaustad er kommet videre. Det er ikke lagt inn særskilte kostnadsøkninger for totaloppgradering av IKT standard eller andre mottaksprosjekter innen IKT for gamle bygg. Det er en risiko for at investeringsnivået på dette området er underestimert.

#### *Bygg – ordinære investeringer i bygg som skal fraflyttes*

Det er gjort en vurdering av nødvendige utbedringer i bygg som skal fraflyttes. Bygg som omfattes av dette er i hovedsak Ullevål og SSE. I målbildet for Oslo universitetssykehus HF er virksomheten ved begge disse lokalisasjonene erstattet med nye bygg på Aker og Gaustad. Det er forutsatt at det ikke skal gjøres investeringer de siste 5 årene før forventet utflytting. Det er derfor lagt til grunn at det ikke gjøres vesentlige investeringer etter 2027. Dersom målbildet endres, endres også disse forutsetningene. Det gjennomføres investeringer på Ullevål nå innenfor Fase 2 som er forventet å vare byggenes levetid. Det er kun lagt til grunn ytterligere 500 millioner kroner i ordinære investeringer på Ullevål frem til 2027. Dette er et langt lavere estimat enn det som lå til grunn for idéfaseutredningen våren 2016 og innebærer risiko.

#### *Bygg – ordinære investeringer i bygg for å tilpasse kapasitet*

Det er behov for å tilpasse behandlingsskapasiteten i årene fremover. Det er etablert et prosjekt «Behandlingskapasitet 5-8 år» der det forutsettes investeringer i bygg for å kunne tilpasse virksomheten til god og effektiv drift. Frem til 2027 er det budsjettet med om lag 50 mill kroner per år som skal omfatte alle lokalisasjoner.

I økonomiplanperioden vil Ahus ha et behov for kjøp av kapasitet fra Oslo universitetssykehus HF tilsvarende dagens kjøp av 8 døgnplasser innen psykosebehandling og 10 døgnplasser innen sikkerhetspsykiatri. Det vil være dialog med Ahus om å videreføre denne avtalen som ikke

medfører investeringer, men setter begrensninger på Oslo universitetssykehus HF disponering av arealer.

Overtakelse av Alna bydel er lagt inn som investering etappe 1 Aker med ferdigstilling først i 2027. Det er ikke lagt inn særskilt vurdering av investeringsbehovet ved overtakelse av bydel Alna fra 2020. Dette må vurderes nærmere og avklares i et samarbeid mellom Helse Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg sykehus og Diakonhjemmet diakonale sykehus.

#### *Bygg Fase 2 - Tilsynsavvik og oppgraderinger*

Fase 2 prosjektene gjelder lukking av avvik knyttet til brudd på lov og forskrift. Dette er midler gitt i særskilt lån (70 pst) og utgjør totalt med Oslo universitetssykehus egenandel 1,8 milliarder kroner over 4 år (2016-2019). Midlene begrenser seg til gitte bygg ved Aker, Ullevål og Radiumhospitalet og utgjør en særskilt finansieringskilde ut over ordinære investeringer. Investeringene planlegges og vurderes i sammenheng med ordinært investeringsbudsjett.

#### Fase 1 - Omstillingsinvesteringer

Investeringene er i en avsluttende fase. Basert på disponert budsjett 2017 er det om lag 70 mill kroner igjen av investeringsrammen til 2018.

#### Nye sykehusbygg (RSA, Radiumhospitalet, Aker og Gaustad)

Estimater for investeringer og plan for gjennomføring (periodisering) er beregnet av Helse Sør-Øst RHF og Sykehusbygg HF.

I investeringsestimaterne inngår totalt 24,9 milliarder kroner. Dette gjelder investeringer ved fire lokaliseringer. To av lokaliseringene har vært gjennom en mer grundig vurdering, dette gjelder RSA og nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet. For Gaustad (trinn 1) og Aker (trinn 1 og 2) er det gjort overordnede vurderinger av investeringene både for somatikk og psykiatri.

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

- 1. Foretaksmøtet godkjenner Helse Sør-Øst sitt framtidige målbilde for Oslo universitetssykehus HF med et samlet komplett regionsykehus inkludert lokalsykehusfunksjoner på Gaustad, et lokalsykehus på Aker og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet.*
- 2. Foretaksmøtet ber om at det ved utvikling av Aker sykehus som lokalsykehus på sikt legges til rette for å overta ansvaret for spesialisthelsetjenestetilbudet for de tre Oslobydelene som i dag tilhører Akershus universitetssykehus sitt opptaksområde.*
- 3. Foretaksmøtet slutter seg til at Helse Sør-Øst RHF vil starte med konseptfase for regional sikkerhetsavdeling og klinikkbygg på Radiumhospitalet, og at den første utviklingen på Gaustad og Aker planlegges startet opp samtidig og vil foregå parallelt.*

I økonomisk langtidsplan for 2017-2036, som styret i Oslo universitetssykehus HF behandlet våren 2016, ble det benyttet investeringsanslag fra idefasearbeidet i OUS. I prinsippet omfattet dette alle investeringene som var nødvendige for å realisere det målbildet som senere ble vedtatt på nevnte foretaksmøte selv om det var betydelig usikkerhet knyttet til anslagene.

Helse Sør-Øst har presisert følgende i forhold til økonomisk langtidsplan for 2018-2037:

*Som det fremgår av styresak 021-2017 i Helse Sør-Øst RHF videreføres regionalt prioriterte prosjekter i tråd med sak 051-2016 Økonomisk langtidsplan 2017-2020. Videre står det i budsjettsskriv nr 3, avsnitt 11, at «...prosjekter som pr dags dato ikke ennå har status tilsvarende godkjent forprosjekt vil regnes som et budsjettmessig innspill. Formell behandling av prosjekter gjøres kun i konkret dialog med Helse Sør-Øst RHF.»*

*Helse Sør-Øst RHF ønsker å presisere at innarbeidelse av planlagte store byggeprosjekter forutsetter at det foreligger en utviklingsplan som er godkjent av det regionale helseforetaket, og at det er gitt regional godkjenning for oppstart idfase for de byggeprosjektene som innarbeides. Inntil godkjenning av oppstart idfase foreligger, skal helseforetaket innarbeide vedlikehold og funksjonell oppgradering av eksisterende bygningsmasse.*

Som en del av arbeidet med konseptfaserapport for regional sikkerhetsavdeling og nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet har det blitt utarbeidet anslag på investeringskostnader for disse prosjektene. Videre har det utvidede idfasearbeidet/forberedende konseptfaserarbeidet for utbyggingene på Aker og Gaustad også gitt grunnlag for investeringsanslag for de første etappene på disse lokalisasjonene. Etter dialog med Helse Sør-Øst RHF er det benyttet de investeringsanslag i nye bygg som fremgår av tabell 6.

Det understrekes at disse nybyggene (RSA, Radiumhospitalet, Etappe 1 og 2 Aker og etappe 1 Gaustad) ikke vil være tilstrekkelige for å realisere det målbildet som lå i idfasen og som senere er bekreftet i foretaksmøtet, jf vedtaket ovenfor. Som følge av dette, er tallene for investeringer i nybygg vesentlig lavere enn de som lå til grunn i idfaserapporten og det som ble benyttet i økonomisk langtidsplan for 2017-2036 som styret behandlet i fjor.

## **6. Likviditet**

Dette er omtalt under kapittel 2 og 4 over.

## **7. 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. I langtidsplanperioden er det forutsatt et resultat eksklusive eiendomssalg med overskudd i 2018 på 300 mill kroner, 350 mill kroner i 2019, 400 mill kroner i 2020 og 400 mill kroner i 2021.

Det understrekes at det er stor usikkerhet knyttet til gjennomføringen av resultatkravene i langtidsplanperioden. Fra resultat første kvartal 2017 innebærer kravene til resultatforbedring en effektivisering i klinikkene på i gjennomsnitt 2-3 pst for hvert år i planperioden. Det understrekes også at det for 2018 budsjettet er en betydelig usikkerhet i budsjetteringen av DRG- og polikliniske inntekter. Det er varslet omlegginger innen begge finansieringssystemene der det er en betydelig risiko for negative konsekvenser for Oslo universitetssykehus HF. Endringer på dette området kan isolert sett medføre at resultatkravet for Oslo universitetssykehus må vurderes for 2018 og kommende år.

Totalt sett medfører kravet til resultatforbedring med gjeldende inntektsforutsetninger at den vekst som planlegges i Oslo universitetssykehus HF i langtidsplanperioden eksklusive Alna overføringen (om lag 2 pst hvert år) må håndteres med om lag den bemanning som det driftes med første kvartal 2017. I kommende styrebehandlinger av resultat 2017 og planlegging av

budsjett 2018 vil det beskrives ytterligere de områder Oslo universitetssykehus arbeider med for å oppnå nødvendig resultatforbedring.

**8. Foretaket skal opplyse om hvordan kravet til styrebehandling av økonomisk langtidsplan er ivaretatt**

Styret behandler økonomisk langtidsplan i møte 24. mai 2017. Oppdaterte beregninger og notat sendes etter styrebehandlingen.







# Områdeplan medisinsk-teknisk utstyr MTU ved OUS HF 2018-2021

Kort versjon

**Medisinsk-teknologisk virksomhetsområde**

Oslo sykehuservice 10.05.2017



## 1. Status for MTU 2017 og målbilde 2021

I Europa defineres Medisinsk utstyr (MU) i Medical Devices Directive (MDD). I vanlig norsk praksis og språkdrakt omfatter begrepet medisinsk-teknisk utstyr (MTU) alt av elektromedisinsk utstyr (drevet av strøm eller batteri) og alt laboratorieutstyr 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. Ingen referanser er angitt i denne planen, men finnes tilgjengelig for alle utsagn og utredninger.

- Det var ved årsskiftet (1.1.2017) registrert om lag 44.000 aktive MTU enheter ved OUS (status normal, dvs. i drift). Årsvekst skyldes nytt utstyr, omstilling og produksjonskrav, og nye standarder og prosedyrer.
- Disse MTU enhetene hadde en registrert akkumulert (historisk) anskaffelseskostnad på om lag 4 MRD kr. inkl. mva. Det er fortsatt noen utfordringer med datakvaliteten fra ulike registreringer på ulike lokasjoner.<sup>1</sup>
- Det er en utfordring for analysene at kronekursen har fluktuert så sterkt de siste årene. Akkumulert anskaffelseskostnad inneholder data fra de siste to år som er opptil 30 % devaluert mot USD.
- Prisene i databasen er ikke konsumprisjustert
- Utstyrsarkens gjennomsnittsalder var per 1.1.2017 på 10,6 år når alle MTU enheter teller likt. En alternativ fremstilling av gjennomsnittsalder er alder per krone, eller verdivektet gjennomsnittsalder (VVGA) der de dyreste utstyrsenhetene veier mer enn de billigste. Uttrykt som VVGA er gjennomsnittsalderen for MTU-parken i OUS nå 9,0 år.
- Mer enn 40 % av alle MTU enhetene var eldre enn gjennomsnittlig levetid (10 år).
- Taksentraler (uten gass, bare strøm), vaskemaskiner og grunnutrustning defineres ikke som MTU og er ikke medtatt i tallgrunnlaget. Likevel anskaffes oftest dette utstyret av Medisinsk-teknologisk Virksomhetsområde (MTV) som en del av utstyrsprosjektene utstyrsbudsjett når sammensatte utbygginger gjøres, som for eksempel operasjonsstuer.<sup>2</sup>

OUS er det foretaket i HSØ RHF med høyest gjennomsnittlig alder for medisinsk-teknisk utstyr. Med mål om å stanse aldringsprosessen av utstyrsarkens 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 2017 og årene framover ligger inne en plan om en stegvis opptrapping av investeringene opp til 500 millioner kroner for å kunne få gjennomsnittsalderen ned. (Se for øvrig figur 1, kapittel 1.1)

Det vil bli søkt finansiert og iverksatt et pilotforsøk med RF-ID tagging av MTU ved OUS. Dette vil gjøre det betydelig enklere å lokalisere og verifisere plassering av MTU-enhetene, utnytte og styre utstyrsarkens mer effektivt og gi en kvalitetssikret utstyrsstatus.

### 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 siden 1997 blitt anskaffet ca. 2.200 MTU enheter per år (tilvekst) og utrangert ca. 1.100 MTU enheter per år. Dette har ført til at utstyrsarkens 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. Tallene vil variere fra år til år, og datakvaliteten er noe usikker ettersom det er et stort antall enheter (40 000 stk) og en dynamisk database der utstyr går inn og ut, men det er ingen tvil om at antallet enheter på sykehuset er i vekst.
- 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 der utstyret koster

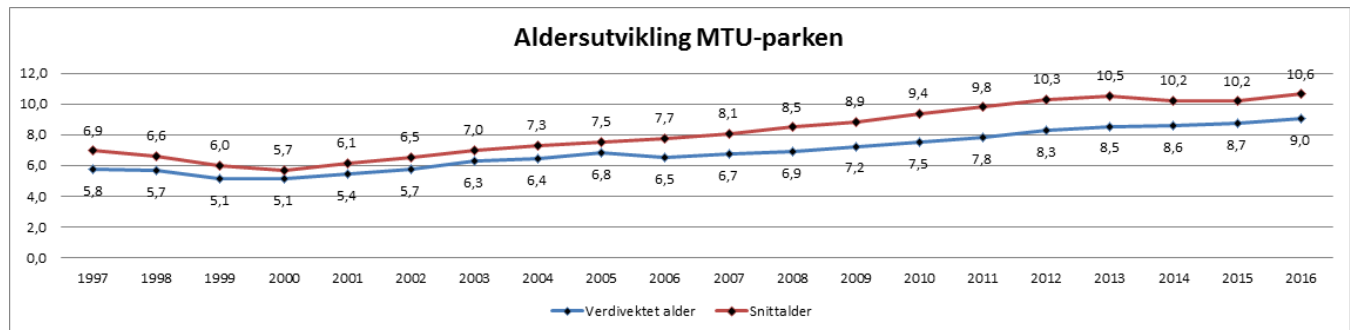
<sup>1</sup> Det pågår en større konvertering av FDV-databasen (Forvaltning, drift og vedlikehold) og validering og opprydding i priser og plassering av alt MTU ved OUS i forbindelse med overgang til nye databaseløsning. Enheter skal lokaliseres og valideres.

<sup>2</sup> Det pågår i MTV et stort prosjekt som beskriver alle operasjonsstuers tilstand (105 stk). Dette omfatter også søyler og taksentraler.

mindre enn 100 000,-kr. MTV har gjennomført en konkret sjekk av MTU som er utrangert, og konklusjonen er at mer enn 99 % av innmeldte sammenbrudd faktisk blir tatt ut av bruk og kassert. I tillegg ligger det en økning i utstyrsparken gjennom innmeldte elektive behov som ikke går til erstatning av eksisterende utstyr.

- 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 infusjonspumper enn for bare ti år siden (opp til mangedobling). Økt produksjon er også en annen driver for øket utstyrsmengde.
- Det har i snitt totalt blitt anskaffet MTU for ca. 250 millioner kr i året 1997 – 2013 (240 millioner kr i snitt siden 2001). I 2014 var tilveksten større, 346 millioner kr inkl. prisopprettinger i databasen mens den sank noe i 2015 og 2016 til omkring 255 millioner kroner. I de siste tallene ligger ikke prosjekter som er påbegynt i perioden men ikke sluttfakturert, disse vil påvirke tallene for de seneste årene.
- Utstyrsparkens *gjennomsnittsalder* har økt med ca. 0,3 år per år i perioden 2001 – 2016.

Det er vanlig å beskrive tilstanden til en stor og kompleks utstyrspopulasjon med dens gjennomsnittsalder (år). Kompleksiteten illustreres av at det er mer enn 1000 ulike og unike utstyrsgupper i MTU-databasen til OUS, eksempler på utstyrsgupper er CT, sprøytepumpe, pasientmonitor, blodgassanalysator++. Gjennomsnittsalder (*mean value*) er den parameter som benyttes av HSØ, av mange norske sykehus, nordiske sykehus og i internasjonale publikasjoner<sup>3</sup>. Økning av gjennomsnittsalder over tid er et faresignal for utstyrsparkens tilstand, reduksjon det motsatte. En grafisk fremstilling av utviklingen i gjennomsnittsalder fra 1997-2016 er vist i figur 1



Figur 1. Utvikling i verdivektet gjennomsnittsalder (blå kurve) og gjennomsnittsalder (rød kurve) for OUS fra 1997-2016. I årene før fusjonen er utstyrsparken for de ulike sykehusene Radiumhospitalet, Aker, Ullevål og Rikshospitalet slått sammen for sammenlikningens skyld.

En annen måte å beregne gjennomsnittsalder på, er *gjennomsnittsalder per krone*. Gjennomsnittsalder per krone angir en gjennomsnittlig alder for alle kroner som er investert i en populasjon. Dette er det samme som *verdi-vektet gjennomsnittsalder (VVGA)* (år), et begrep som også er benyttet i noen tidligere rapporter. Denne regnemåten gir en lavere gjennomsnittsalder i utstyrspopulasjonen fordi de dyreste enhetene, som også gjerne er de nyeste, teller mest. VVGA for OUS per februar 2017 er 9,4 år.

Det har vært en ganske jevn økning i *gjennomsnittsalder (mean value)* for MTU 2001 – 2016. I årene 1998 til 2000 ble det investert i MTU for nytt Rikshospital.

De faktorene som påvirker gjennomsnittsalderen (*uansett om den er uttrykt som mean, eller VVGA*), er forholdet mellom utrangeringsmengden<sup>4</sup> og tilveksten. Prosentvis sett er det i gjennomsnitt utrangert i overkant av 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

<sup>3</sup> Ø. Jensen mastergrad ved institutt for helseøkonomi, UiO 2010.

<sup>4</sup> Uttrangering betyr: MTU er enten brutt sammen eller ikke lenger egnet til påtenkt bruk, brukes ikke lenger.

anskaffet. Årsaken til dette var en opprydding, kassasjon og telling etter flytting av RH. I snitt ligger *kassasjonsalderen* (utstyrets faktiske alder ved kassasjon) nå på omkring 13,5 år.

Datakvaliteten i utstyrsdatabasen forutsettes lik for de forskjellige stedene. Fram til det foreligger RFID-merket utstyr vil det alltid være utstyr som ikke er registrert eller som er tapt uten at databasen er oppdatert, med over 40 000 registrerte enheter i en database vil det være varierende grad av presisjon i oppdateringen av denne. Dette gjør at det må tas et forbehold når det gjelder bruken av gjennomsnittsalder, og det taler i favør av prisvektet gjennomsnitt. Jo dyrere utstyr, jo større sannsynlighet er det for at det eksisterer og brukes i tråd med det som er registrert i utstyrsdatabasen.

Tidligere tilsendte data fra Danmark (personlig meddelelse fra Medico-teknisk chef Rigshospitalet Arne Talbot) viser at ved Rigshospitalet har de i 2015 registrert 30.200 enheter MTU, til en akkumulert anskaffelseskostnad 2,2 mrd danske kr, med en gjennomsnittsalder på 8,8 år. For Hovedstadsregionen i København er det registrert hele 96.600 enheter MTU, med en akkumulert anskaffelseskostnad på 5,32 mrd danske kr. Gjennomsnittsalder i regionen er 6,7 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) viser at HUS i 2015 har registrert 63.000 enheter MTU, til en akkumulert anskaffelseskostnad 440 mill euro (ca. 7,3 mrd norske kr), med en gjennomsnittsalder (mean value) på 8,0 år. De oppgis en prisvektet gjennomsnittsalder på 7,2 år. Det foreligger *ikke* tidsrekker eller historiske data hverken fra Danmark eller Finland.

***Datasettene fra Danmark og Finland viser altså at de store universitetssykehusene sammenlignbare med OUS har en utstyrspopulasjon med en 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 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.

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.

## **1.2 Usikkerhet i underlaget for MTU-databasen**

I en utstyrsdatabase med mer enn 40 000 aktive enheter vil det kunne forekomme feil. Utstyr som kasseres blir ikke registrert som kassert, utstyr byttes uten at det kommer inn i databasen og utstyr som finansieres fra andre kilder enn OUS blir ikke alltid registrert. Ved OUS gjennomføres tellerunder med ujevne mellomrom der alt utstyr telles opp og registreres, erfaringen fra disse og andre sykehus som har gjennomført tilsvarende runder er at utstyrsdatabasene inneholder for mange enheter. Jo lengere det er siden forrige tellerunde, jo større vil denne feilen være. Det er også en feilkilde at utstyr som er i bruk ikke blir funnet på tellerundene og derfor kan bli registrert som kassert i utstyrsdatabasen.

I sum betyr dette at alle utdrag fra utstyrsdatabasen har en ikke ubetydelig usikkerhet innebygget, dette gir seg utslag både i antall, pris, alder og alle relevante rapporter fra databasen.

Imidlertid er det slik at det er en sammenheng mellom pris og sannsynlighet for at utstyret er korrekt registrert i databasen, jo høyere pris jo mer sannsynlig er det at vi har utstyret riktig registrert i databasen. En konsekvens av dette er at mens gjennomsnittsalderen på utstyrsparken ikke differensierer på verdien av utstyret så vil den verdivektede gjennomsnittsalderen gjøre det, ettersom det dyrere utstyret veier tyngre i algoritmen enn det mobile utstyret med lav pris. Av den grunn bør den verdivektede gjennomsnittsalderen konsekvent brukes når det er snakk om gjennomsnittsalder, i det minste når det er snakk om å beskrive tilstanden på MTU-parken.

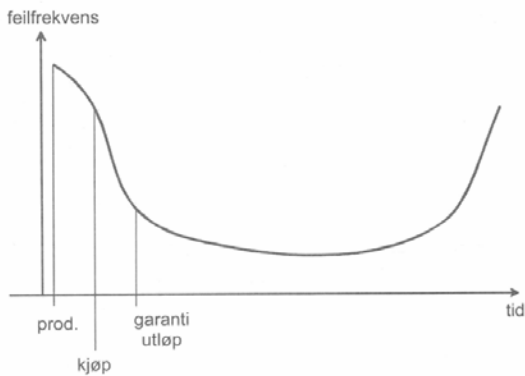
I de statistiske beregningene som presenteres i kapittel 4 vises alle kurvene med en usikkerhet. Dette er en statistisk usikkerhet som ikke inkluderer usikkerheten i utstyrsdatabasen, og for å få et realistisk bilde av den totale usikkerheten må denne derfor legges til.



	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 sammenbrudd 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 er tidligere forelagt styret.

Feilfrekvensen på teknisk utstyr beskrives vanligvis med en «badekarkurve». Figur 2 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 2. 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. Også spesifikk programvare for utstyret omfattes av EOL/EOS og kan ofte ikke installeres på nyere datautstyr. Dette kan skape langvarige produksjonsproblemer.

Et viktig poeng for MTU er at det i motsetning til en vanlig bil *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.

*MTU er i sin videste forstand så å si "motoren" i den spesialiserte pasientbehandlingen og videreutviklingen av denne. Dersom gjennomsnittsalderen øker over tid vil det før eller senere få konsekvenser for pasientbehandlingen.*

## 2. Utviklingen framover for MTU

Det skjer en kontinuerlig og rask utvikling på MTU, selv om utviklingen akkurat for øyeblikket er mer preget av evolusjon enn revolusjon. Eksempler på dette er:

- Videre utvikling av minimal- eller non-invasive kirurgiske intervensjoner med tilhørende utstyr. Inklusiv skopiteknikker
- Stadig større grad av integrasjon av MTU i nettverk
- Bedre oppløsning på billeddannende metoder, 3D og høyoppløselig avbildning og visualisering (Ultra high definition UHD, eller 4K)
- Økende bruk av skybaserte tjenester også ved drift av enkelte typer svært krevende MTU som billeddannende utstyr av typen MR. Eksempelvis kan de nyeste 3D-MR maskinene ta opp et fullt skann av en brystkasse og med høy presisjon gjengi blodflow (retning og størrelse) for ethvert punkt i det aktuelle volumet i løpet av 8 min. Et enkelt skann tar opp 21 GB med lagringsplass, med slike volumer er det svært fordelaktig å kunne bygge opp serverparker utenfor sykehusene og ha tynne klienter innenfor sykehusenes vegger. (Her må det gjøres avklaringer i forhold til personvern og informasjonssikkerhet)
- Stadig sterkere grad av automatisering av laboratorieutstyr
- Implanterbar teknologi øker i omfang og kompleksitet. Protoser som kan styres av nervesignaler, øyeimplantater som festes på netthinnen og kunstige hjertepumper i ulike former og omfang er noen eksempler på slike.



- Nye og raskere sekvensatorer (Next generation sequencing, NGS) er en vesentlig forbedring av de tradisjonelle metodene for DNA/RNA-sekvensering
- Større grad av programvarestyrt MTU gir potensiale for kortere levetid
- Robotiserte løsninger, som for eksempel kirurgiske roboter
- Kontinuerlig forbedring av ytelse og beslutningsstøtte
- Kunstig intelligens blir inkorporert, i første omgang for å tilrettelegge materiale av større omfang for brukerne, på sikt vil systemene trolig ta over hele eller deler av mer rutinepregede oppgaver på sykehuset
- Flere laboratorieanalyser flyttes fra tradisjonell plattform til massespektrometri-plattform med dyrere anskaffelser men mer nøyaktige prøvesvar

### 3. Prioriteringer i planperioden 2018 - 2021

Den gjeldende økonomiske langtidsplan for investeringer i MTU for OUS (ØLP) 2016 – 2019 legger til grunn investeringer på 500 mill kr per år i perioden 2016-2019. Det ble lagt vekt på å prioritere anskaffelser innen de satsningsområdene som ble anbefalt av sykehusets ledelse. Dette var:

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

Ved utarbeiding av ØLP 2018 – 2021 er tidligere prioriteringer fra foregående to år fremdeles vektlagt. Prioriteringene i ØLP 2018 – 2021 er imidlertid preget av den høye sammenbruddsraten som så ut til å stabilisere seg, men som har vist en økning igjen i 2016. I tillegg vil det være nødvendig å ta høyde for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet som er forventet å stå ferdig i 2023. Dette prosjektet vil medføre en større utskifting av MTU og vil måtte få konsekvenser for MTU-prioriteringene framover. Regional sikkerhetsavdeling forventes ikke å ha MTU-anskaffelser av betydning.

Strategiske prioriteringer fra MTV:

1. *Det pågår en kartlegging av utstysområder 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. *Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet må tas hensyn til, foreløpig er dette bare på skissestadiet (konsept) men det forventes å komme en avklaring i løpet av 2017.*
4. *En kortsiktig strategi er proaktivt å få dreiet utstysanskaffelsene fra sammenbrudd til elektive, planlagte mål.*
5. *En langsiktig strategi er å øke andelen som går til klinikkens innmeldte behov av utstyr, dette er ofte mindre men fremdeles svært viktig utstyr*

Hovedprioriteringene som det er redegjort for og utfordringen med en høy sammenbruddsrate, ligger til grunn for den økonomiske langtidsplan som går fram av tabell 2.

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 10-15 mill kr per år i 2017 – 2020. Utstyr i biobanker (ultrafrysere og nitrogen tanker) inngår ikke i denne planen og bør behandles i en egen områdeplan. For underlag på området telemedisin henvises til egen områdeplan for telemedisin ved OUS, 2016-2019.

### 3.1 Medisinsk utvikling og betydning for MTU

Utviklingen i medisinsk teknologi og medisinske metoder henger nært sammen. Mens utvikling av nye teknologier kan styre den medisinske utviklingen på noen områder vil også utviklingen i medisinske metoder få en konsekvens for medisinsk-teknisk utstyr.

Et eksempel på det første er aortaklaffinnleggelse ved aortastenose der tidligere prosedyre for skifte av aortaklaff innebar åpen hjertekirurgi med hjerte-lungemaskin, full narkose og et stort kirurgisk team, og en lengere rekonvalesensperiode for pasienten. Med ny teknologi for kateterbasert aortaklaffinnleggelse (TAVI, Transcatheter Aortic Valve Implantation) av ekspanderbare implantater via pulsårene i lysken, som regel med lokalbedøvelse i en ca 2 timer lang prosedyre. Et eksempel på utvikling i medisinske metoder som får konsekvenser for MTU er nye krav til billedveiledning ved ulike typer innstikk, slik som for anestesileger der ultralyd nå brukes som «point of care» behandling ved stadig flere indikasjoner<sup>5</sup>:

- Vaskulær tilgang med innleggelse av arterielle kanyler, perifere og sentrale katetre
- Undersøkelser av lunge og luftveier for å kontrollere tube plassering eller påvise pleuravæske, lungeødem eller pneumothorax
- Transtorakal og transøsofagal ekkografi for monitorering av hemodynamisk ustabile pasienter
- Regional anestesi ved innleggelse av perifere nerveblokkader

Dette er basert på internasjonale retningslinjer for denne type prosedyrer, og resultatet er et økt behov for ultralydskapasitet innenfor anesthesiologi. Slike eksempler på prosedyreendringer og generelle økninger i MTU-bruken kan finnes for de fleste spesialiteter i den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten

Med unntak av de store paradigmeskiftene innenfor medisin og medisinsk teknologi har de fleste utviklingstrekk det til felles at det totalt sett ender opp med mer MTU og ikke mindre. Det støttes også av statistikken fra utstyrsdatabasen, selv om en andel av økningen i utstyrmengde skyldes økning i pasientbehandlingen. Nye metoder og nye prosedyrer har til felles at de i stor grad også fører til økt bruk av MTU, selv i tilfeller der minimalt invasive metoder tas i bruk. Ettersom denne områdeplanen først og fremst ligger på et aggregert nivå velger vi å ta utgangspunkt i at den medisinske og teknologiske utviklingen ikke vil få store konsekvenser på makronivå når det gjelder utviklingen i antall og verdi på utstyrsparken.

### 3.2 Betydningen av fremtidens lokalisering og organisering av OUS

Det er ingen tvil om at en lokalisasjonsmessig samling med påfølgende reorganisering av OUS vil ha en betydning for sykehusets MTU-park, spørsmålet er bare hvor stor og hvilken betydning det vil ha. I litteraturen er det få publikasjoner med sammenlignbare fusjoner å vise til, og OUS-fusjonen i 2010 hadde for få elementer av relokalisering til at det er mulig å hente ut informasjon med vesentlig overføringsverdi til et nytt OUS.

Ettersom det kan antas at pasientbehandlingen ikke vil få et vesentlig lavere volum enn den har i dag, vil eventuelle endringer i utstyrsparken ut over den årlige økningen i pasientbehandlingen først og fremst komme av at det frigjøres utstyr på grunn av at prosedyrer som samlokaliseres kan klare samme produksjonen med færre utstyrsenheter. En forutsetning for denne frigjøringen av utstyr er at det er noe restkapasitet på utstyret i dag som gjør at gevinsten med samlokalisering kan hentes ut i form av færre enheter av samme type, eller at kapasiteten på deler av det eksisterende utstyr kan økes med enkle grep for å effektivisere bort andre tilsvarende utstyrsenheter. Innenfor MTU-området er det

---

<sup>5</sup> «Behov for innkjøp av ultralydapparat til Akuttklinikken, Rikshospitalet». Bjørn Aage Feet, seksjonsleder Avd. for Anesthesiologi, 21.05.2014



først og fremst laboratorieklinikken som vil kunne ha en gevinst på utstyrssiden av en slik samlokalisering. Dagens automatiserte produksjonslinje på laboratoriet på Rikshospitalet vil for eksempel kunne bygges ut til å ta prøvevolumet fra Ullevål ved å doble antallet produksjonslinjer. For andre typer analyser vil det være mer usikkert, ikke alle analyseenheter har restkapasitet eller mulighet til å utvide eksisterende kapasitet. Laboratorieutstyr utgjør omkring 10% av utstyrsparkens totale verdi. Den andre store enkeltgruppen MTU er radiologisk utstyr hvorav mesteparten eies av Klinikk for radiologi og nukleærmedisin, KRN. Dette utstyret utgjør om lag 25% av utstyrsparkens totale anskaffelseskostnad og en betydelig andel av driftskostnadene. På dette området er det imidlertid underkapasitet på flere modaliteter og lite reservekapasitet i dag, slik at en samlokalisering vil ha mindre betydning for muligheten til å effektivisere bruken av modalitetene. Noe potensiale vil det etter all sannsynlighet være mulig å ta ut, men sannsynligvis ikke i et slikt omfang at det vil gi vesentlige reduksjoner i omfang og størrelse på denne gruppen utstyr.

De resterende delene av utstyrsparken består av et stort antall ulike grupper utstyr. En av de større gruppene i antall er tverrgående utstyr som sprøytepumper, infusjonspumper, ernæringspumper, pasientmonitører og liknende. Dette utstyret vil man kunne forvente en mer effektiv bruk av ved en reduksjon fra fire til tre lokasjoner, særlig dersom det kombineres med mer effektive logistikkstyringssystemer som RFID-tagging av alt utstyret. Imidlertid er dette utstyret, med unntak av pasientmonitører, blant det rimeligere MTU-gruppene slik at det volummessig kan ha en betydning men i mindre grad for den totale verdien av utstyrsparken.

For det resterende utstyret er det vanskelig å konkretisere, men på grunn av en lengere periode med lavere investeringstakt på 2000-tallet er reservekapasiteten trolig begrenset.

Oppsummert forventer vi at fremtidens lokalisering og organisering av OUS med en endring fra 4 til 3 lokasjoner med en mer tilrettelagt bygningsmasse vil ha betydning for MTU-parken, men at den reelle utstyrseffektiviseringsgevinsten sannsynligvis vil bli mindre enn 10%, trolig også lavere enn 5% av utstyrsparkens totale verdi.

### 3.3 Investeringstabell 2017-2021 med forklaring

Etter planen vil det komme nye bygg til fremtidens OUS som vil medføre endringer for MTU-parken (se kapittel 3.2) og det vil medføre nytt utstyr, men dette utstyret er allerede inkludert i tabell 2 og kommer derfor ikke i tillegg selv om det på dette nivået ikke er spesifisert. MTV gjennomfører en større statusgjennomgang av alle operasjonsstuene i OUS (mer enn 100 stk). Dette omfattende arbeidet viser så langt at det er nødvendig med større oppgraderinger på deler av utstyret (se punkt 10, 11 og 16). Av spesielle forhold som ligger til grunn for prioriteringene i tabell 2 nevnes konkret i følgende noter:

1. Det er ikke planlagt store flåteutskiftninger dette og neste budsjettår, for de siste årene står de imidlertid uspesifisert fordi det vil være avhengig av sammenbrudd og tilstand til flåtene hva som må prioriteres.
2. Øvrige elektive behov er øvrige MTU-anskaffelser som ikke faller i kategorien store enkeltanskaffelser eller flåteutskiftninger, men som klinikkene selv prioriterer. Disse er som regel svært viktige for klinikkens evne til å gjennomføre planlagt pasientbehandling på en effektiv og trygg måte.
3. MR er en flaskehals på RH og det legges derfor inn en ny MR i 2017 som erstatning for et sammenbrudd på barne-MR på Ullevål (Ligger derfor under sammenbruddskategorien, ikke MR). Med en normert levetid på 10 år svarer dette til en utskiftning av 1,8 MR (dvs 2 stk) per år i årene 2018 – 2021, og det legges derfor opp til en opptrapping til dette nivået fra senest 2020.
4. CT. ØLP 2015 – 2018 la til grunn en prioritering innen satsningsområder, sitert foran. For CT-maskiner prioriteres 2 per år fra og med 2019. Dette er i tråd med innstillingene fra fagmiljøene innen radiologi.
5. C-bue elektivt baserer seg på en re-anskaffelse av eksisterende utstyr (fra analog teknologi til digital teknologi), og en liten økning framover for å ta høyde for økt produksjon.

6. Ultralyd, billeddannende (UL). OUS har mer enn 300 stk UL til en akkumulert kostnad av mer enn 150 mill. De medisinske indikasjoner for bruk av ultralyd er i bevegelse og utvides, spesielt på grunn av stadig bedre billedkvalitet. For eksempel brukes UL i stadig større grad ved ultralydveiledet innlegging av kanyler og sonder innen anesthesiologi. I visse tilfeller kan UL brukes i stedet for konvensjonell radiologi, og sparer pasienten for stråledoser. Det legges derfor opp til en økning av investeringene i ultralyd til et nivå på 20 millioner kroner i året.
7. Stråleterapimiljøet ved OUS viser til at insidensen av kreft i befolkningen øker (utredning fra Jan Rødal). Bare bidraget fra insidens økningen svarer for OUS sitt dekningsområde av stråleterapi til om lag 0,5 Linac per år. Innen områdeplanens horisont vil denne insidens-økningen kunne håndteres ved bruk av en ledig stråle bunker og ved utnyttning av skiftkapasitet. Det gjøres 105.000 pasientbehandlinger per år (opp til 470 behandlinger per dag). Gamle strålemaskiner med tekniske problemer får umiddelbare virkninger på produksjonslinjene. Stråleterapimiljøet ved OUS har fremlagt detaljerte utredninger som viser nødvendigheten av å skifte 2 Linac per år, pluss 1 CT/MR for stråleterapiplanlegging. Utkastet til ØLP 2018 – 2021 legger til grunn at det anskaffes 2 Linac per år.
8. Laboratorieutstyr, bl.a. overgang fra HPLC til MS. I OUS er det registrert 22 ulike HPLC MS/MS-systemer. Dette er viktig utstyr for å analysere medikamenter, proteiner, peptider osv. Væskekromatografi tandem - massespektrometri (LC-MS / MS) har hatt enorm vekst i kliniske laboratorier i løpet av de siste 10-15 årene. Det gir analytisk spesifisitet som er overlegen i forhold til konvensjonelle immunoassays eller høy ytelse / trykk-væskekromatografi (HPLC) for lavmolekylære analytter, og har høyere gjennomstrømning enn gasskromatografi-massespektrometri (GC-MS). Denne utviklingen sammen med stadig mer automatiserte løsninger er forventet å fortsette i årene som kommer.
9. Kirurgirobot på Aker får end of service (EOS) høsten 2017. Må enten erstattes eller aktiviteten stoppes.
10. Operasjonsbordene på OUS RH (systembord) viser stor slitasje, med påfølgende horisontal bevegelse og «vakkel» i soklene (opptil 4 cm). Det har vært gjennomført et arbeid med å gjennomføre et totalt vedlikehold på ett av bordene (soklene), men konklusjonen er at det er ulønnsomt å gjennomføre reparasjoner av denne type utstyr når slitasjen er så stor som tilfellet er her. Kostnadene for bordsokler ligger på om lag 500.000 kr inkl. mva per stk. Den endelige utredningen for RH-utstyret og Radiumhospitalet foreligger, Aker og Ullevål gjenstår fremdeles. Dette arbeidet er en viktig kvalitetssikring av budsjettforslaget.
11. Operasjonslampene på OUS RH er gjennomgående i svært dårlig forfatning (dårlige bremses, slitasje og varme/brannskader og hyppige lyspæreskift). En oppussing av lampene er erfaringsmessig en kostbar og usikker løsning på sikt. Nye vedlikeholdsfrie LED-lamper koster litt i overkant av 230.000 kr per duo lampe per stk. eks. mva. En antatt sluttpris med alle komponenter, strømforsyning, montasje og kamera ender på ca. 430.000 kr med de rammeavtaler som gjelder i dag. Forventet levetid er 25.000 timer og det avgis nesten ikke varme. Det er registrert om lag 200 operasjonslamper i hele OUS. Hvis det antas at nesten halvparten av disse må skiftes, svarer dette til en kostnad på om lag 43 mill kr. Den foreslåtte investeringstakten svarer til å skifte ca. 50 % av alle lamper i OUS løpet av årene 2018 - 2021.
12. Det er registrert om lag 300 fleksible endoskop i hele OUS og 84 tilhørende rack. Normert levetid iht. de såkalte SHD-gruppene av MTU er bare 4 år for fleksible endoskop, og sammenbrudd av endoskop forårsaker hyppige produksjonsproblemer. Det forslås at det settes av en årlig pott for endoskopisk utstyr på 4 mill kr i årene til og med 2020. OUS sparer penger fordi man ikke trenger å ha så mange reserve-endoskop.
13. Monitorering er avslutning av allerede påbegynt utskiftning av monitorer på RH + RAD.
14. 2 stk PET/CT – står på elektiv liste for 2017, disse vil normalt være i drift i minimum 7 år før det er aktuelt å skifte disse ut. Dette er de eneste PET/CT-maskinene på OUS.
15. SPECT/CT. Legges opp til utskiftning av to stk i perioden
16. Uttakssentralene som forsyner operasjonsstuen på Radiumhospitalet med strøm og gass er så nedslitt at det ikke er forsvarlig å vente på nytt klinikkbygg før disse skiftes. I tabellen er det lagt inn en minimumsløsning der de dårligst fungerende skiftes ut med en enklest mulig erstatning.
17. Business-case er sykehusets mulighet til å effektivisere driften ved hjelp av ny teknologi, anbefalt forsiktig økning.

18. Omstillingsprosjekter ligger inne for 2017, men antas å bli faset ut i perioden 2018-2021
19. Forskningsmidler er vanskelig å budsjettere, men det antas at sykehuset skal investere i noe forskningsutstyr framover og det er viktig at det settes av noe midler også til denne aktiviteten ved sykehuset.
20. Egen linje for televideokommunikasjonssystemer (TVK), beløpene er basert på beregning av total reanskaffelseskostnad for utstyret som når end-of-life (EOL) i henhold til egen områdeplan for telemedisin.
21. Respiratorer voksen/barn. Per dags dato er det 39 respiratorer som er 10 år eller eldre, det vil si at de har nådd sin tekniske levealder. I løpet av de neste 3 årene vil ytterligere 36 respiratorer ha nådd sin tekniske levealder. Dette utgjør 65 % av dagens park.
22. Reserve er en konto for å kunne håndtere viktige investeringer som ikke er kjent ved års start og ikke faller inn under kategorien sammenbrudd eller står på elektiv liste. Denne posten disponeres av administrerende direktør
23. Sammenbrudd, antatt stabilisering av sammenbruddsraten etter hvert som mer penger får ut det dårligste utstyret.



Note	(MNOK)	2017 ØLP	2018 ØLP	2019 ØLP	2020 ØLP	2021 ØLP	Sum
	Total ramme (inkludert anskaffelseskostnader)	407	400	400	400	400	2007
1	Flåteutskiftninger <u>elektivt</u>	0	0	10	14	15	39
2	Øvrige <u>elektive</u> behov, inkl. anskaffelseskostnader	24,5	21	25	25	27	122,5
3	MR <u>elektivt</u>	0	15	15	15	30	75
4	CT <u>elektivt</u>	15	15	15	15	15	75
5	C-bue <u>elektivt</u>	0	4	5	7	7	23
6	Ultralyd <u>elektivt</u>	0	20	20	20	30	90
7	LINAC <u>elektivt</u>	66	66	66	66	66	330
8	Laboratoriestyr <u>elektivt</u>	15	15	15	15	15	75
9	Kirurgirobot	0	25	0	25	0	50
10	Operasjonsbord	10	5	4	2	2	23
11	Operasjonslamper	10	5	3	1	0	19
12	Endoskopisk utstyr	2	5	4	4	4	19
13	Monitorering	30	0	0	5	5	40
14	PET/CT	42,5	0	0	0	0	42,5
15	SPECT/CT	0	0	7	0	7	14
16	Uttakssentraler Radiumhospitalet	0	5	0	0	0	5
17	Businesscase <u>elektivt</u>	5	15	10	10	10	50
18	Omstillingsprosjekter (ikke del av ordinær drift)	18	0	0	0	0	18
19	Forskningsmidler <u>elektivt</u>	0	15	15	15	15	60
20	Telemedisin	0	2	2	0	1	5
21	Respiratorer	16	2	14	1	1	34
22	Reserve	14	15	10	10	10	59
<b>23</b>	<b>Sammenbrudd*</b>	139	150	160	150	140	739

Tabell 2: Økonomisk langtidsplan for MTU investeringer 2017 – 2021. \* Se kommentar om sammenbrudd kap.1.1.

## 4. Videre utvikling 2021 til 2025

### 4.1 Helse Sør Øst RHF målformulering

På økonomidirektørmøte i HSØ 3. mars 2014 ble følgende presentert når det gjelder aldersutvikling for MTU i det regionale helseforetaket:

*“Planlagt investeringsnivå 2014-2017 medfører at gjennomsnittlig alder på utstyret reduseres med 2,4 år samlet sett for foretaksgruppen (fra 9,8 til 7,4 år).<sup>6</sup>”*

*I perioden 2015-2018 bør helseforetakene forsterke sin prioritering av midler i medisinskteknisk utstyr. Helseforetakene må kartlegge og prioritere anskaffelsesbehovet i eget helseforetak og dokumentere hvordan dette er innarbeidet i innspill til økonomisk langtidsplan, samt hvilke effekter dette får på gjennomsnittlig alder på utstyrsparke.*”

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 utstyrskrevene 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

---

<sup>6</sup> Kommentar: Dette er mean value. Se ellers kommentarer om VVGA og median gjennomsnittsalder.

## 4.2 Metode

### 4.2.1 Datasett

For å bygge en prediksjonsmodell for utvikling i utstyrsparkens gjennomsnittsalder har vi tatt utgangspunkt i historiske data fra utstyrsdatabasen Medusa. Følgende preprosesseringer og forutsetninger ble gjort før datasettet ble benyttet til å beregne historiske parametere:

- Utstyr anskaffet før 1980 er utelatt
- Utstyr uten anskaffelsesdato er utelatt
- Kassert utstyr uten kassasjonsdato er utelatt
- Historisk innkjøpskost er i nominelle beløp
- Innkjøpskost inkluderer MVA
- Utstyr hvor anskaffelsesdatoen er etter kassasjonsdato er beholdt i datagrunnlaget

### 4.2.2 Regresjonsmodell

De historiske data fra utstyrsdatabasen ble benyttet til å undersøke i hvilken grad ulike faktorer påvirker utstyrsparkens gjennomsnittsalder via en multivariat regresjon. Siden gjennomsnittsalderen alltid vil være avhengig av fjorårets gjennomsnittsalder, kan vi ikke lage en modell som direkte predikerer gjennomsnittsalderen for et gitt år i fremtiden. Vi valgte derfor heller å lage en modell som predikerer *endringen* av utstyrsparkens gjennomsnittsalder (fra et år til neste år), for å kunne bruke dette til å lage prognoser for utviklingen i gjennomsnittsalder fremover gitt ulike betingelser.

For å lage en slik modell hentet vi ut historiske data fra og med 1997 til i dag via en datafil fra utstyrsdatabasen, og undersøkte sammenhengen mellom endring i gjennomsnittsalder (per krone) og følgende faktorer som er antatt å ha en innvirkning:

1. *Investeringsbeløp*, regnet som summen av prisen (inkl.mva) på alt registrert MTU det aktuelle året
2. *Utstyrsparkens størrelse*, regnet som antallet aktive MTU for det aktuelle året
3. *Utstyrsparkens verdi*, regnet som akkumulert anskaffelseskostnad for aktivt MTU det aktuelle året
4. *Kassasjonsgrad antall*, antall kassert MTU i forhold til antallet anskaffet MTU det aktuelle året
5. *Kassasjonsgrad verdi*, verdien (i kroner) på kassert MTU i forhold til anskaffet MTU det aktuelle året
6. *Kassasjonsalder*, gjennomsnittet av alderen på alt kassert MTU innen det aktuelle året

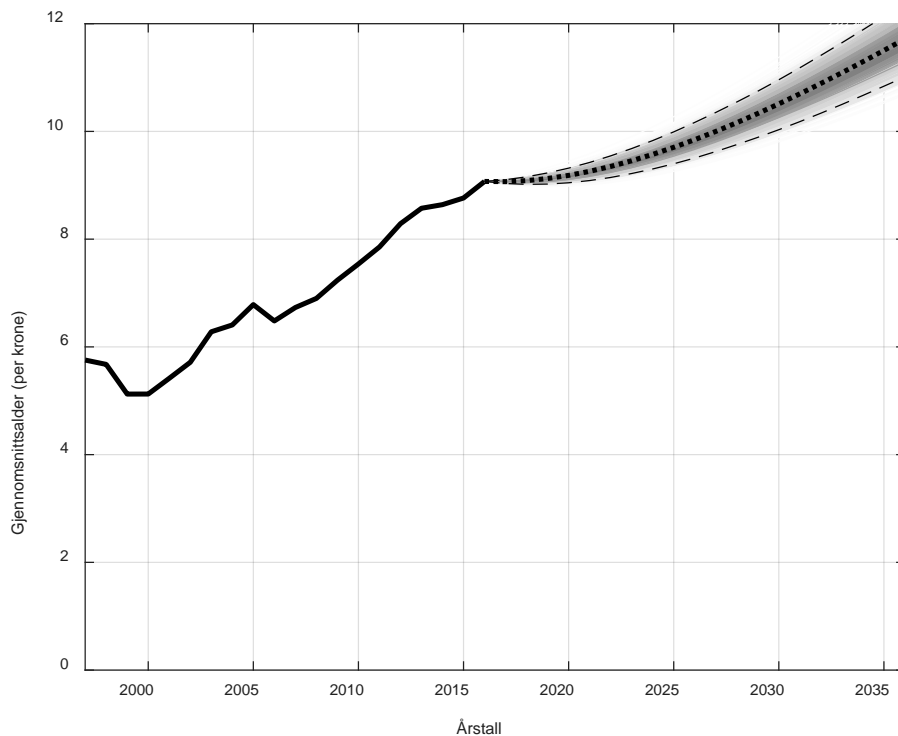
I tillegg til de ovennevnte faktorene ble det også inkludert kombinasjoner av disse faktorene som kan ha bedre lineære sammenhenger med gjennomsnittsalder-endringen:

7. *Investeringsbeløp / Utstyrsparkens verdi*, investeringsbeløpet i forhold til hele utstyrsparkens verdi (i akkumulert anskaffelseskostnad)
8. *Investeringsbeløp / Utstyrsparkens størrelse*, investeringsbeløpet i forhold til utstyrsparkens størrelse (i antall MTU)
9. *Kassasjonsgrad antall \* Kassasjonsalder*, Kassasjonsgraden (i antall) vektet med kassasjonsalderen
10. *Kassasjonsgrad verdi \* Kassasjonsalder*, Kassasjonsgraden (i verdi) vektet med kassasjonsalderen
11. *Investeringsbeløp \* Kassasjonsgrad verdi \* Kassasjonsalder*, et estimat for verdien av gammelt MTU som går ut av parken
12. *Investeringsbeløp \* Kassasjonsgrad antall \* Kassasjonsalder*, et estimat for verdien av gammelt MTU som går ut av parken

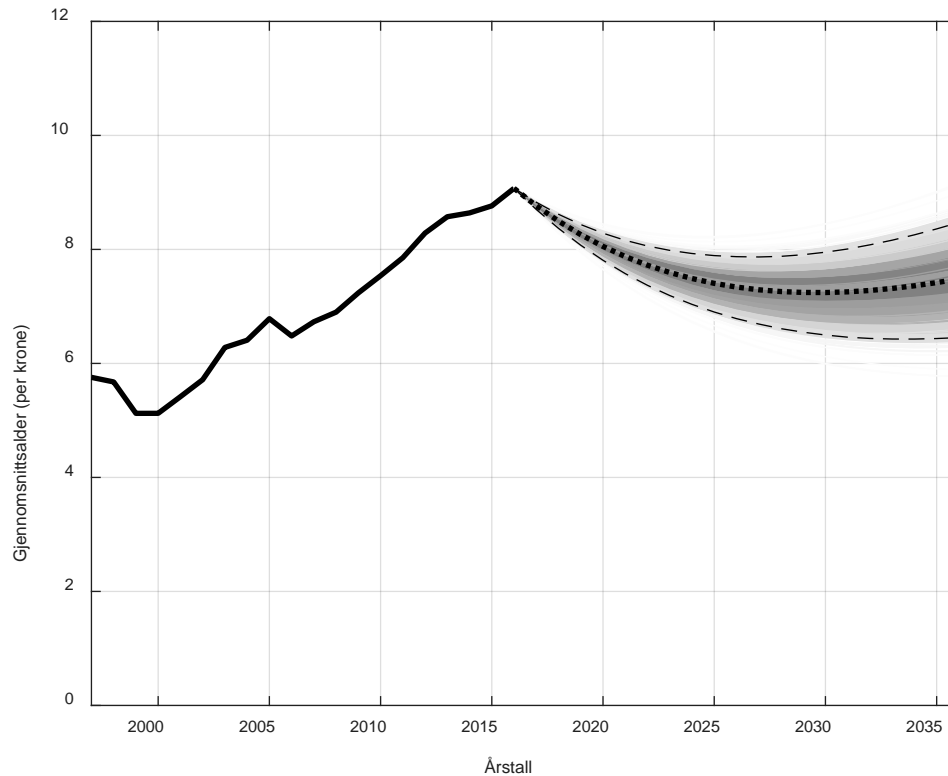


### 4.3 Resultater

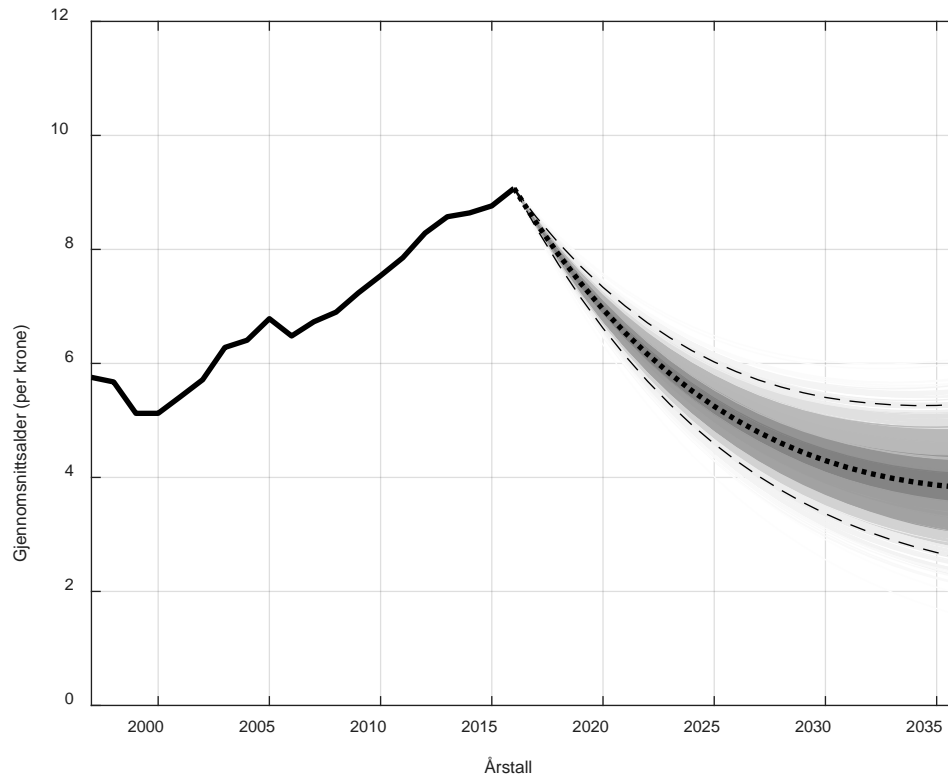
Alle simuleringene er utført med en flat investering over alle årene fra 2017-2036. Dette er naturlig nok ikke en realistisk forutsetning gitt de store endringene som ligger foran i form av nye bygg og endrede driftsformer, men innslaget av disse er vanskelige å forutse nøyaktig og det er snittinvesteringen vi ønsker å belyse i analysen som er av størst interesse.



Figur 3. Prognose med 400 M flatt i årlig MTU investering fra 2017-2036. Prognosen er gjort med en antakelse om en vekst i utstyrsparken på 30% over historisk nivå, med en kassasjonsgrad på 58% i tråd med utviklingen siste 20 år. De stiplede linjene viser et 95% prediksjonsintervall for modellen (beregnet ut ifra residual bootstrap metoden).



Figur 4. Prognose med 500 M flatt i årlig MTU investering fra 2017-2036. Prognosen er gjort med en antakelse om en vekst i utstyrsparken på 30% over historisk nivå, med en kassasjonsgrad på 66%. De stiplede linjene viser et 95% prediksjonsintervall for modellen (beregnet ut ifra residual bootstrap metoden).



Figur 5. Prognose med 600 M flatt i årlig MTU investering fra 2017-2036. Prognosen er gjort med en antakelse om en vekst i utstyrsparken på 30% over historisk nivå, med en kassasjonsgrad på 72%. De stiplede linjene viser et 95% prediksjonsintervall for modellen (beregnet ut ifra residual bootstrap metoden).

#### 4.4 Oppsummering og diskusjon

Man skal være svært forsiktige med å legge for mye vekt på beregninger med så mange forutsetninger og usikkerheter, så langt frem i tid som det gjøres i denne modellen. Som resultatene viser er for eksempel kassasjonsgraden svært avgjørende for utviklingen i utstyrets gjennomsnittsalder, det samme er naturlig nok investeringsnivået. Likevel gir modellen informasjon som vil være av verdi når nivået på MTU-investeringene skal beregnes for årene som kommer, slik som følgende observasjoner:

- Dersom det investeres 400 millioner kr pr. år vil utstyrsparkens gjennomsnittsalder fortsette å øke, og tilstanden og kvaliteten og sikkerheten vil forringes. Hvis det investeres 400 millioner kr pr. år de første årene må beløpet heves tilsvarende etter et gitt antall år.
- Med gjennomsnittlige investeringer på 500 millioner kr pr. år vil utstyrsparkens gjennomsnittsalder synke de første årene før den flater ut og faktisk stiger på slutten av perioden
- Med gjennomsnittlige investeringer på 600 millioner kr pr. år synker utstyrsparkens gjennomsnittsalder signifikant fra første året og forventes å komme ned mot et nivå i nærheten av 4 år ( $\pm$  ca 1 år) i 2036



- d. Med gjennomsnittlige investeringer på 500 millioner kr pr. år synker gjennomsnittsalderen på kassert MTU til 10 år som er i tråd med COCIR-anbefalingene
- e. Basert på b., c. og d. vil det være fornuftig å anbefale et gjennomsnittlig MTU-investeringsnivå på mellom 500 og 600 millioner kr. pr år gitt at beløpet er statistisk de neste 19 årene. Det vil også ligge nærmere 500 millioner kr. enn 600 millioner. Imidlertid kan man tenke seg at investeringsbeløpet ikke er fiksert, og at de første årene kan ha et investeringsbeløp på 600 millioner kr. før det trappes ned når gjennomsnittsalderen når målbildet.

Det er grunn til å gjøre oppmerksom på at dette beløpet må investeres i det som er definert som MTU for å få gjennomsnittsalderen ned, i dag brukes det mye MTU-investeringsmidler på utstyr som ikke er MTU som vaskemaskiner, dekontaminatorer, taksentraler og liknende typer utstyr.

Forutsetningene er at kassasjonsgrad og kassasjonsalder fortsetter etter samme mønster som har vært gjeldende fra 1997 frem til i dag. Er det grunn til å tro at dette vil forandre seg framover? Så lenge produksjonstakten fortsetter å øke ser det vanskelig ut å øke kassasjonsgraden vesentlig. Utstyret er stort sett i bruk hele tiden, og en økt kassasjonsgrad vil ta utstyr ut av produksjonsapparatet som nesten umiddelbart vil ramme evnen til å drive pasientbehandling. Størstedelen av utstyret er etter vår erfaring i jevnlig bruk. Vil produksjonstakten øke? Selv om det skulle bli en utflating i veksten viser den teknologiske utviklingen at utstyrsmengden går opp, det kan også være endringer i pasientgrunnet i retning av tyngre og mer utstyrskrevene pasienter selv om ikke antallet stiger. I begge tilfeller vil utstyrsmengden øke.

Når det gjelder kassasjonsalder er det vanskelig å se hvordan denne skulle avvike fra mønsteret som har vært, med mindre utvalget av kassert utstyr styres fra andre kriterier enn de rent faglige. Dette er ikke å anbefale dersom en ønsker en maksimal utnyttelse av utstyrsparken. Man kan altså ikke utelukke paradigmeskifter eller offensive skift i organisering, lokalisering eller andre rammevilkår som påvirker statistikken radikalt, men med tanke på store talls lov skal det være relativt store bevegelser før de blir statistisk signifikante. Sannsynligheten for en fortsatt utvikling i tråd med trenden de siste 20 år er derfor klart større enn at det ligger et betydelig skifte i utviklingen for utstyrsparken foran oss.

## 4.5 Konklusjon

Oslo Universitetssykehus har en stor og kompleks utstyrspark som er motoren i den spesialiserte pasientbehandlingen som drives ved sykehuset. For at denne skal fungere på en tilfredsstillende måte er det viktig å ha et nivå på MTU-parken som ikke er for dårlig i forhold til behovet. Den beste måten å måle dette nivået på er å se på verdivektet gjennomsnittsalder for hele utstyrsparken, blir den for høy vil det føre til problemer med å holde utstyret i gang, blir den lavere har man relativt stor trygghet for at det er mulig å tilby effektiv og pasientsikker behandling med utstyret. Det er utviklet en statistisk modell for å beregne gjennomsnittsalderen gitt at mekanismene for kassasjonsgrad og kassasjonsalder vil være omtrent de samme i årene som kommer. Basert på denne statistiske modellen som er utviklet og som forklarer den historiske utviklingen som har vært fra 1997 med relativt stor nøyaktighet, er det grunn til å anbefale et gjennomsnittlig investeringsnivå for MTU på ikke mindre enn 500 millioner kr. pr år årlig over den aktuelle tidsperioden for å få en gjennomsnittsalder som er hensiktsmessig med tanke på pasientsikkerhet, produksjonsevne, kvalitet, driftskostnader og driftssikkerhet.



	Dato: 28.03.17	Side: 1 / 11
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan Bygg</b>		

## **1. INNLEDNING**

Oslo Universitetssykehus HF (OUS) har et samlet areal til pasientbehandling på vel 900 000 kvm fordelt på mer enn 40 adresser (nesten 1 mill kvm totalt). Størstedelen av virksomheten er samlet på Gaustad, Ullevål, Montebello og Aker. Mye av virksomheten foregår i gamle og uhensiktsmessige bygg. Dersom en ser bort fra Rikshospitalet, har bygningsmassen i OUS en snittalder på 60 år, som er 20 år høyere enn gjennomsnittet for norske sykehus. Byggenes dårlige tilstand vises bl.a. gjennom den tette oppfølgingen fra ulike tilsyn som eksempelvis; brann- og arbeidstilsyn og direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) samt avvikssystemene internt. I tillegg til alder gjør verne- og fredningshensyn det vanskelig å tilpasse eller videreutvikle de gamle byggene til å møte dagens tekniske og funksjonelle krav. Dette gjelder særlig Ullevål og Radiumhospitalet, samt deler av Aker. Uegnet og lite fleksibel bygningsmasse fører også til at sykehuset driver sin virksomhet på et betydelig større areal enn nødvendig<sup>1</sup>.

Det pågår et omfattende arbeid med å planlegge nye bygg og å samle virksomhet på færre kvadratmeter, på færre steder. Idéfasen for hele OUS ble styrebehandlet sommeren 2016. To prosjekter; Regional sikkerhetsavdeling (RSA) og nytt klinikkbygg Radiumhospitalet er begge i konseptfase, mens videreutvikling av Aker og Gaustad er i såkalte prekonseptfaser med mål om å starte opp i årsskiftet 2017/2018. Byggeperioden forventes å strekke seg frem mot 2033 avhengig av hvilke alternativer man velger å gå videre med. Dette forutsetter at det ikke er vesentlige forsinkelser i beslutningstempo, og/ eller at de forutsetninger som er lagt inn ikke endres vesentlig.

Inntil videre konkretisering av bygg er besluttet, må foretaket planlegge for drift og investeringer i eksisterende bygningsmasse i et omfang som er tilstrekkelig for å opprettholde forsvarlig drift. Dette gjelder også for bygninger som ikke inngår i et fremtidig målbilde. I de innspillene som er gitt i økonomisk langtidsplan så holdes målbildet fast om etablering av et spesialisert kreftssykehus ved Radiumhospitalet, et regionalt sykehus ved Gaustad og et stort lokalsykehus ved Aker. Det er derfor ikke lagt inn investeringer ved Ullevål eller SSE etter 2027. Ettersom det ikke er etablert prekonseptfase for etappe II på Gaustad og etappe III på Aker inngår ikke disse investeringsestimaterne i økonomisk langtidsplan (Ref omtale i wordvedlegg kapittel 5). Disse etappene er forutsetninger for å kunne realisere det vedtatte målbildet for Oslo universitetssykehus HF.

I tallene som er lagt inn i denne økonomiske langtidsplan (ØLP) er det stor usikkerhet om hvor store investeringer som skal legges inn i den delen av eksisterende bygningsmasse som skal videreføres, eksempelvis dagens Rikshospital og deler av Aker og Radiumhospital. Det er i ØLP lagt inn langt lavere tall enn det multiconsult (våre rådgivere) legger til grunn. Dette skyldes særlig to forhold; vurderingen av hva som er realistisk å utbedre i dagens bygningsmasse med full drift, og sykehusets finansieringsevne til denne type investeringer. Det vil først i ØLP 2019-2022 kunne utarbeides investeringsplaner med høyere presisjon for de byggene som skal beholdes. Konseptfasene for Gaustad og Aker kan da være ferdigstilt og danne et grunnlag for disse vurderingene. Primo mai er det for Radiumhospitalet ikke ferdig konkretisert estimerer for nødvendige investeringer i den andelen av eksisterende bygningsmasse som skal gjenbrukes videre.

---





<sup>1</sup> 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 2031.

	Dato: 28.03.17	Side: 2 / 11
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan Bygg</b>		

OUS har i St prop 1 2015 blitt tildelt et lån på 1,2 mrd over 4 år for å kunne lukke avvik knyttet til de største og mest alvorlige tilsynsavvikene fra Arbeidstilsynet, OBRE (Oslo brann og redningsetat) og DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap) i hovedsak. Ullevål, Radiumhospitalet og Aker er de lokalisasjonene der disse midlene er planlagt benyttet både til bygg og infrastruktur. I tillegg har sykehuset en egenfinansiering på 30% som tilsier en totalramme på vel 1,8 mrd nok. Det ligger en tydelig forutsetning fra HSØ RHF om at midlene skal sees opp mot mulige nybygg og utviklingen av Oslo universitetssykehus, slik at man i planperioden må vurdere riktig bruk av disse midlene.

I det etterfølgende omtales først kort bygningsmessig status og tilhørende utfordringer på hver hovedlokalisasjon (Kap 2) . Deretter beskrives prioriteringer innen bygg for planperioden 2018 – 2021, samt tilhørende tallmateriale (Kap. 3 og 4). Til slutt omhandles de mer langsiktige investeringsbehovene knyttet til idéfasearbeidet og Fremtidens OUS (Kap. 5).

Fargekodingen på byggene  
gjenspeiler følgende tilstandsgrader:

Tilstandsgrad	Farge
0 (0,00-0,75)	
1 (0,75-1,50)	
2 (1,50-2,25)	
3 (2,25-3,00)	

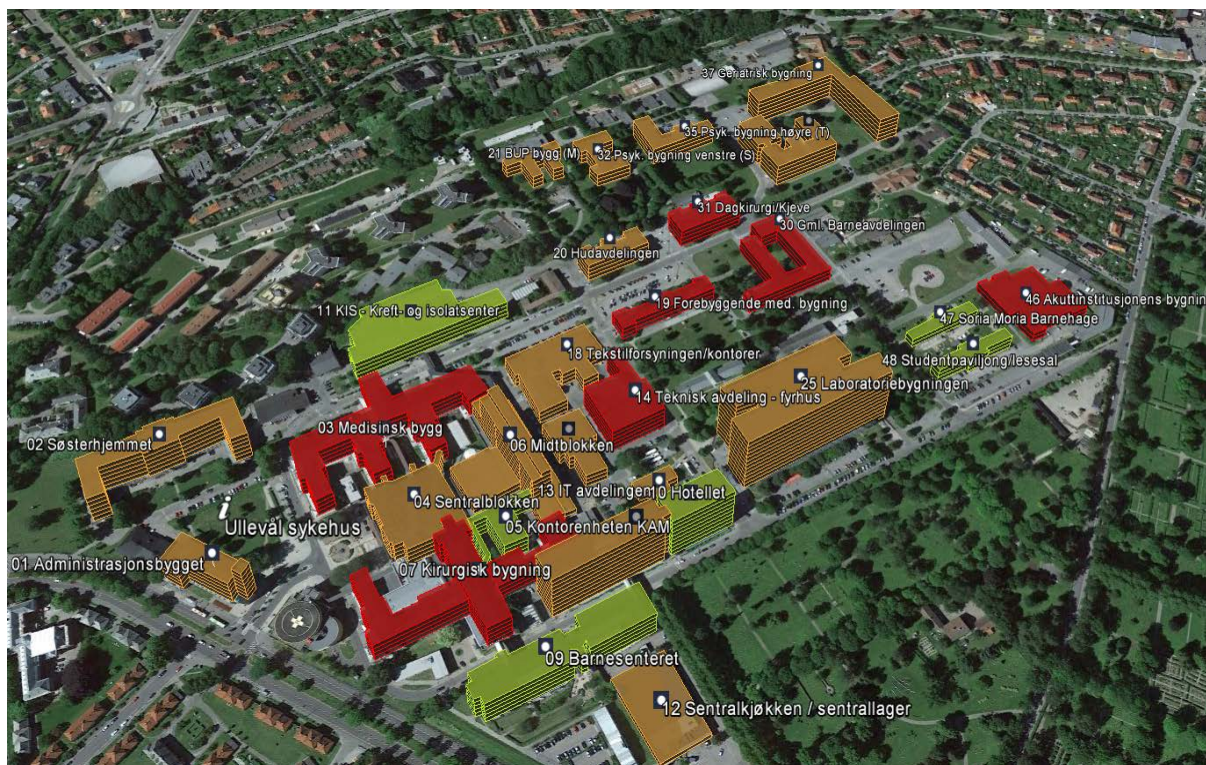
## 2. STATUS FOR BYGG

---

### 2.1. Ullevål sykehus

Ved Ullevål er det stor virksomhet innenfor både somatikk og psykisk helse. Ullevål ivaretar en rekke lokal-, område og regionsfunksjoner inkludert traume/akuttmottak, samt enkelte nasjonale funksjoner. Etter fusjonen er det overflyttet en del regionale funksjoner fra Ullevål til Rikshospitalet, samt flyttet inn døgn og akutfunksjoner fra Aker til Ullevål. I sum har endringene ført til en fortetting og behov for tilpasning av sengeposter, poliklinikkområder og et nytt akuttbygg som ble åpnet i 2014. Bygningsmassen i Kirkeveien er oppført i perioden 1902 – 2007 og utgjør ca 290 000 m<sup>2</sup>. Sentrale deler av dagens pasientbehandling gjennomføres i kirurgisk- og medisinsk bygg fra tidlig 1900. Teknisk sett bærer bygningsmassen preg av den høye alderen og manglende vedlikehold og fornying.

	Dato: 28.03.17	Side: 3 / 11
Oslo universitetssykehus HF Områdeplan Bygg		



Oversikt teknisk tilstand Ullevål sykehus , 2017

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. Store deler av lånepakkegrunnlaget for å lukke brudd på lov og forskrift benyttes derfor på Ullevål både på bygg og på infrastruktur.

Bygningsmassen har svært varierende grad av tilpasningsdyktighet og følgelig også svært varierende grad av levedyktighet sett i forhold til fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift. Noen bygg (Kreft og isolasjonsbygget, Barnesenteret og Akuttmottaket) er av nyere dato og funksjonelle.

Funksjoner fra Ullevål er gradvis forutsatt flyttet til de øvrige lokalisasjonene og det er ikke forutsatt investeringer i noen bygg på Ullevål etter 2027, som er 5 år før målbildet er forventet realisert.

## 2.2. 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. Dette gjelder funksjoner som tidligere var ved hhv Radiumhospitalet og Ullevål. Samlingen av aktivitet har medført fortetting og kapasitetsutfordringer på sengeposter og poliklinikkområder generelt, og spesielt for operasjon, intensiv og postoperativ virksomhet samt for støtteareal, infrastruktur og medisinsk teknisk utstyr med tilhørende bygningsmessige utfordringer.

Bygningsmassen utgjør til sammen ca. 231 000 m<sup>2</sup>, inkludert glassgate, hotell og tekniske mellometasjer. Bygningene er 20 år gamle. Bygningsmassens tilstand fremstår gjennomgående med økende behov for vedlikehold og utskiftninger. Denne lokalisasjonen omfattes ikke av lånepakkegrunnlaget og de såkalte Fase II investeringer for å lukke brudd på lov og forskrift.

	Dato: 28.03.17	Side: 4 / 11
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan Bygg</b>		

Produksjonsstøtteutstyr samt en del øvrig infrastruktur har den felles utfordring at det er investert nytt samtidig. Dette medfører at utstyr og deler som har levetid på 15-20 år nå går ut samtidig. For noe av utstyret er det heller ikke lenger mulig å kjøpe nye deler. Dette gjelder eksempelvis rørpost, alarmsystemer, brannvarslingsanlegg, operasjonsbord og taksøyer etc. På disse områdene er det nødvendig å investere, og det er derfor lagt til grunn et høyere investeringsnivå ved denne lokalisasjonen. Det er også lagt inn betydelige estimater for å oppgradere bygget i planperioden frem til 2037.

Teknisk sett er bygningsmassen forventet å 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 logistikkssystemer, samt tomt og områdeforhold er alle vurdert som akseptable.



**Oversikt teknisk tilstand Rikshospitalet, 2017**



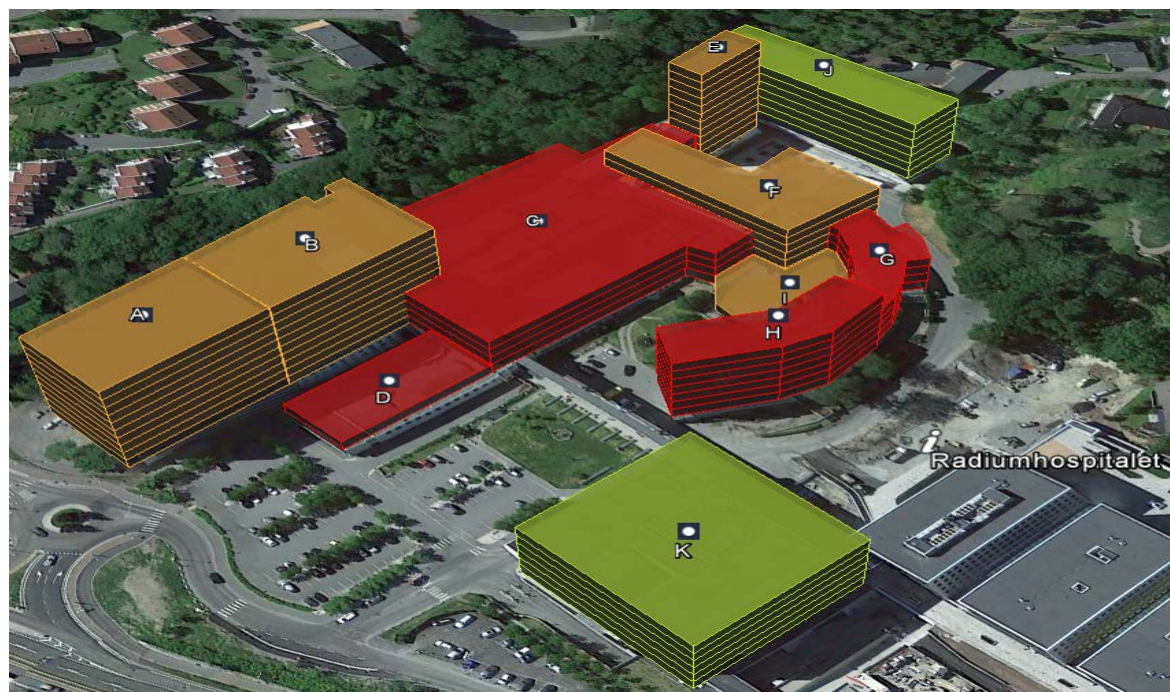
	Dato: 28.03.17	Side: 5 / 11
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan Bygg</b>		

### 2.3. Radiumhospitalet

“Tung” intensivkrevende kirurgisk virksomhet er flyttet fra Radiumhospitalet til Rikshospitalet. Virksomhetsprofilen på Radiumhospitalet er således noe endret. Radiumhospitalet ivaretar 50 % av kreftbehandlingen innen OUS innen en rekke kreftområder. I konseptfasen er det lagt til grunn en virksomhetsmodell som i tillegg til dagens virksomhet samler all bryst-, gynekologisk og prostatabehandling både kirurgisk og onkologisk.

Konseptfasen har utredet muligheten av et nytt klinikkbygg til erstatning for A, B og D bygget, samt deler av C bygget. De byggene som er forventet videreutviklet er deler av C, hele F, J og K. Det er videre lagt til grunn at nytt bygg ikke skal være til hinder for et evt. fremtidig protonsenters.<sup>2</sup>

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 er bygningsmassen i dårlig teknisk tilstand med behov for betydelig oppgradering gitt fortsatt drift i byggene. Lånepakkegrunnlaget for lukking av avvik har lagt til grunn betydelige oppgraderinger spesielt i A, B og C bygget. Oppgradering av sengeposter i A og B bygget forutsettes erstattet av et nytt klinikkbygg. Avhengig av konseptfasens konklusjoner så vil det være nødvendig med oppgraderinger av C bygget som skal drives videre, samt byggene F, J og K. Det er allerede forutsatt en betydelig oppgradering av F bygget. Hovedsakelig til kontorer, men også etablering av nucleærmedisin. Begge deler vil da gå til « fratreck » i nytt klinikkbygg og ikke innlemmes i dette. Argumentasjonen for kontorisering av F bygget er imidlertid primært fraflytting av D bygget. Dette bygget huser i dag poliklinikk og garderober. Bygget har så store avvik at det ikke er drivverdig og det ligger i tillegg på tomt som forutsettes til nye formål, enten nytt klinikkbygg i alternativ 1 eller et evt protonanlegg dersom dette besluttes lagt til Oslo.



#### Oversikt teknisk tilstand Radiumhospitalet, 2017

<sup>2</sup> Protonsentret går som et eget prosjekt i regi av Sykehusbygg med aktiv deltagelse fra OUS. Prosjektet har grensesnitt til, men er ikke inkludert i OUS idéfasearbeid.

	Dato: 28.03.17	Side: 6 / 11
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan Bygg</b>		

Bygg D, E, G, H og I forutsettes revet. Aktiviteten i E er tømt og flyttet ut. Likeledes gjelder dette bygg G og H der aktiviteten er flyttet over i leide lokaler i OCCI bygget. Aktiviteten i D flyttes over i A og B bygget midlertidig eller permanent. Dette gjelder poliklinikk og garderober i hovedsak – Poliklinikken etableres midlertidig, da denne skal inn i klinikkbygget, mens garderober vurderes etablert permanent i annet bygg enn klinikkbygget.

Forsyningsanleggene ved Radiumhospitalet har varierende kvalitet og 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. Det er forutsatt nye tekniske anlegg i forbindelse med klinikkbygget. Hva som står igjen av øvrig virksomhet i AB og C bygget er ikke avklart. J,K og F drives videre.

#### **2.4. Aker**

Det er fortsatt kirurgisk døgn og akuttvirksomhet på Aker, i hovedsak gjelder dette fagområdene karkirurgi og urologi. OUS har også en betydelig elektiv dagkirurgisk virksomhet på Aker samt flere medisinske funksjoner, som eksempelvis endokrinologisk poliklinikk, ME etc., samt en betydelig virksomhet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I 2014 etablerte OUS en 20 års avtale med Oslo kommune om utvikling og drift av en samhandlingsarena på Aker, nå kalt Aker Helsearena. Oslo kommune har vedtatt etablering av en storbylegevakt på Akers område, og dette er i forprosjekt. Aker sykehus for OUS sin virksomhet er i prekonseptfase med planer om oppstart av konseptfase i overgangen mellom 2017/2018. Slik planene foreligger nå, skal det i løpet av 2020 tallet etableres et stort lokalsykehus for både somatikk og psykiatri for mange av Oslos bydeler. Dette sykehuset blir litt mindre enn dagens Ahus, men litt større enn nye Østfold sykehuset på Kalnes.

Også på Aker er det store avvik ift brann, elektro og arbeidstilsyn. Investeringer her er planlagt til maks 120 mill kroner i lånegrunnlaget. Disse må imidlertid sees opp mot planer om nybygg slik at bygg som ikke er en del av målbildet blir oppgradert. Dette blir først klarlagt når konseptfasen er ferdig i 2019. Det er foreløpig forutsatt at ca 50 000 av de 100 000kvm på Aker skal være med i et fremtidig sykehus.

	Dato: 28.03.17	Side: 7 / 11
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan Bygg</b>		



Oversikt teknisk tilstand Aker sykehus, 2017

## 2.5. SSE

Avdeling for kompleks epilepsi (AKS, tidligere SSE), ligger i Sandvika og har et nasjonalt ansvar for barn, ungdom og voksne personer med vanskelig kontrollerbar epilepsi. I idefasearbeidet forutsettes dette samlet til Gaustad i nye bygg. Dette er fortsatt en del av et målbilde og det forutsettes derfor ikke investeringer her etter 2027, på lik linje som for Ullevål. I mellomperioden så forutsettes det relativt lave investeringer for verdibevarende vedlikehold – ca 1 500.000nok over 10 år. Det er ønske om et nytt klinikkbygg for voksensiden spesielt da forholdene der er lite tilpasset moderne sykehusdrift. Det settes i disse dager i gang en utredning for å kartlegge muligheten for dette.

## 2.6. Dikemark

Dikemark huser deler av virksomheten til psykisk helse og avhengighet. Dette dreier seg i hovedsak om psykosebehandling, rus og/eller farlighetsproblematikk. I tillegg ligger regional sikkerhetsavdeling (RSA), lokal sikkerhetsavdeling og avdeling for utviklingshemming/autisme på området.

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 bygningene<sup>3</sup> 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 forhindres i stor grad ved at 30 av 32 bygg er fredet, hvorav 7 både interiør- og eksteriørmessig. Også tomtgrunn på 248 dekar er fredet med unntak av 20 dekar.

<sup>3</sup> Dagali og Kurhus 1

	Dato: 28.03.17	Side: 8 / 11
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan Bygg</b>		

Forsyningsanleggene ved Dikemark er preget av elde, slitasje og underkapasitet. Det er et gjennomgående behov for oppgraderinger og/eller vedlikehold. Bunnledningsnett er nylig utbedret.

Det foreligger en konseptfase som viser at det er mulig og ønskelig å samlokalisere RSA, lokal sikkerhet og PUA ved en ny tomt på Ila (syd for landsfengselet). Dersom man i tillegg flytter alderspsykiatri fra Vardåsen f.eks til Gaustad så vil man kunne avhende hele Dikemark samlet, og trolig oppnå en høyere salgssum, enn om det ble solgt stykkevis. Det er gjennomført en europeisk arkitektkonkurranse for dette området som viser at det er mulig å etablere et samlet boligområde her med skoler, barnehager, eldretilbud mm.

## **2.7. Gaustad og Sognsvannveien**

Virksomheten på Gaustad er hovedsakelig døgnvirksomhet for voksen psykiatri, rus og avhengighet, i tillegg til hoveddelen av forskningsvirksomheten i Klinikk for psykisk helse og avhengighet.

Det foreligger planer om ytterligere samling av funksjoner på Gaustad fra Dikemark og eller andre adresser. Det pågår konkretisering av dette. Dessuten vurderes noen gamle bygg brukt til kontorformål.

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.

I Sognsvannsveien (tidligere statens senter) er det også virksomhet for psykisk helse og avhengighet. Ungdom akutt har to døgnenheter og en skole.

En vurdering av levedyktighet basert på Multiconsults kartlegging i 2011 viser at byggene i Sognsvannveien (ca 12 000 kvm) generelt er middels egnet og lite tilpasningsdyktige. I tillegg har de vernestatus som gjør ombygninger kostbare. Området vurderes for salg med tilbakeleie til det er funnet annet løsninger for virksomheten.

## **3 PRIORITERINGER INNEN BYGG FOR PLANPERIODEN 2017 - 2020**

### **3.1 Inndeling av bygginvesteringer**

#### **3.1.1 Oppgradering for lukking av tilsynsavvik**

I perioden 2012-2015 har OUS brukt ca 650 MNOK på lukking av tilsynspålegg fra henholdsvis branntilsyn, arbeidstilsyn og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). For å trappe opp denne innsatsen i tråd med tilsynenes kommuniserte forventning ble det søkt om og innvilget et ekstraordinært lån for perioden 2016-2019 på 450 mill i året, til sammen 1,8 mrd (inkl. egenfinansiering). Dette kalles Fase II vedlikeholdsinvesteringer / lukking av avvik. Pengene er forutsatt bruk på Aker, Ullevål og Radiumhospitalet. Det ligger en tydelig forutsetning fra HSØ om at bruk av midlene skal vurderes opp mot fremtidig utvikling av OUS og nybygg slik at man ikke investerer unødige i bygg som blir erstattet. Dette gjelder spesielt Radiumhospitalet.

	Dato: 28.03.17	Side: 9 / 11
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan Bygg</b>		

Sammensetningen av investeringer er delt inn i ulike grupper som beskrevet under;

- Planlagte sengeposter og klinikkarealer (brann, elektro og ventilasjon)
- Rene Branntiltak (sikring og varsling)
- Rene HMS tiltak (Avtrekkbenker, ventilasjon )
- Elektro (avvik DSB, i hovedsak gruppe 2 rom ( rom der pasienter får strøm direkte eller indirekte i kropp og nødstrøm)

Forutsetningene er at de alvorligste tiltakene tas først og at prosjektene som planlegges er i henhold til prioritet beskrevet i søknaden. HSØ forutsetter videre at enkeltprosjekter ses opp mot avvik og en oppdatert tilstandsgrad.

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.

Det er gjort oppdaterte vurderinger av tilstandsgrader 2016 av de fleste bygg på de ulike lokalisasjonene. Slik analyseverktøy er bygget opp så får grunnforhold svært høy vektning. Med dårlige grunnforhold slik som eksempelvis bygg 3 og 7 på Ullevål så vil byggene fremstå som røde uansett hvilke tiltak som gjøres. Det er derfor bestilt oppdaterte analyser der grunnforhold tas ut, slik at man kan se reell forbedring av utførte tiltak.

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. Som beskrevet under kapitelet om status på bygg (kap. 2) er situasjonen også på disse områdene utfordrende. Utstyr til produksjonsstøtte og virksomhetskritiske anlegg omfattes i liten grad av lånesøknaden. Her pålegger ikke myndighetene tiltak, men funksjonalitet i utstyr og anlegg er likevel avgjørende for kvalitet i pasientbehandlingen og utskifting/ utbedring må gjennomføres.

Det er også slik at lukking av tilsynsavvik på Rikshospitalet på grunn av type/kategori ikke er inkludert i lånesøknaden, pakke 1. Samtidig er det klart at bygningsmassen på Rikshospitalet inngår i fremtidens OUS uavhengig av alternativ. Det er derfor nødvendig å inkludere investeringer til verdibevarende vedlikehold for denne bygningsmassen i planperioden. Det er også nødvendig å gjøre enkelte tilsvarende tiltak for tekniske oppgraderinger ved andre lokalisasjoner.

I planperioden 2018-2021 er det også satt av midler til oppgradering av virksomhets-kritiske anlegg og vedlikehold av bygg herunder produksjonsstøtteutstyr, nødvendige oppgraderinger som ikke er beskrevet i pakke 2 eller 3, byggkostnader som følge av MTU eller IKT og havarier.

### 3.1.3 Omstillingsinvesteringer

Sykehuset har hittil arbeidet ut fra en ramme på 1,5 mrd NOK til omstilling. Hovedsakelig har dette vært for å tilrettelegge for mulig utflytting av visse døgn- og akuttfunksjoner fra Aker og samling av regionale funksjoner og tyngre intensivkrevene virksomhet ved Rikshospitalet. Størstedelen av denne summen er disponert. Gjenstående omstillingsprosjekter planlegges utført i løpet av 2017 og 2018 og er da ferdig. Pågående prosjekter i denne kategorien er flere sterilsentraler, påbygg av E3 på RH, etablering av hybridstue på RH i D7 for å kunne understøtte flytting av karkirurgi, samt ytterligere samling av PHA funksjoner.

	Dato: 28.03.17	Side: 10 / 11
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan Bygg</b>		

### **3.2 Tilrettelegging for kapasitet god og effektiv pasientbehandling**

Sykehuset har betydelige driftsmessige utfordringer som må løses gjennom arealtiltak på kort og mellomlang sikt frem til nye bygg står klare. Det skal gjennomføres en rekke rokader av virksomheten for å tilpasse driften. Prognoser viser at det forventes ca. 16 % befolkningsvekst i OUS område frem til 2020. Det vil derfor være behov for kapasitetsøkning i sykehuset allerede innen utgangen av planperioden. Det er derfor satt av midler for tilrettelegging av kapasitet for god og effektiv pasientbehandling. Foreløpig er det satt av 50 mill nok per år. Det er mulig at dette er i minste laget og vil trolig justeres ettersom planene konkretiseres.

Det forventes også at Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus øker sin egendekning, noe som vil gi rom for noe kapasitetsøkning.

## **4 BESKRIVELSE AV TALL OG TABELLER 2017-2020**

Som beskrevet under prioriteringer, så settes det av midler til teknisk oppgradering for å lukke myndighetspålagte avvik, oppgradere virksomhetskritiske anlegg og skifte ut teknisk utstyr til produksjonsstøtte samt omstillingsinvesteringer.

I planperioden 2018 – 2021 er kostnader knyttet til tiltak for lukking av tilsynsavvik prioritert i pakke 1<sup>4</sup> fordelt jevnt utover fire år fra 2016 til 2019. Da det har tatt tid å komme i gang og det har vært nødvendig med noen avklaringer underveis, så ser man allerede nå at noen av disse investeringene vil strekke seg ut i 2020. Gjenstående omstillingsinvesteringer på ca 200 mill er fordelt utover med størst forventet pådrag i 2017, og kun 60 mill i 2018.

## **5 VIDERE UTVIKLING FRA 2021 TIL 2036**

### **5.1 Innledning**

Sykehuset har betydelige driftsmessige utfordringer som må løses gjennom arealtiltak på kort og lang sikt. Målsettinger og prioriteringer slik de er beskrevet i kap. 3 og 4 i dette dokumentet løser ikke OUS hovedutfordringer knyttet til bygningsmassens kvalitet og kapasitet, men vil til en viss grad avhjelpes. Virksomhetsutfordringer og effektiviseringsbehov vil bare løses gjennom nye sykehusbygg.

Det er derfor gjennomført en idéfase for framtidens OUS, dokumentert i Framtidens OUS, Idéfaserapport 2.0 (mai 2015) og Framtidens OUS, Idéfase, som ble styrebehandlet sommeren 2016. Sommeren 2017 legges det frem to konseptfaserapporter for hhv Regional sikkerhetspsykiatri(RSA) og et nytt klinikkbygg for kreftbehandling på Radiumhospitalet. For Aker og Gaustad legges det frem en prekonseptrapport som blant annet konkretiserer det virksomhetsinnholdet som skal innberegnes ved disse lokalisasjonene. Dokumentene skal behandles av OUS styre 24 mai 2017 og deretter av HSØ RHF styre 15 juni s.å. Alle prosjektene skal legge til rette for etappevis etablering i tråd med vedtak HSØ.

Det er etablert anslag for etablering av RSA, etappe I og II, Nytt klinikkbygg Rad, etappe I og II på Aker inkludert sykehuspsykiatri og Gaustad etappe I. Til sammen utgjør dette vel 24 mrd nok i 2017 kroner.

<sup>4</sup> Ref. ØLP og omtale av Fase 2

	Dato: 28.03.17	Side: 11 / 11
Oslo universitetssykehus HF <b>Områdeplan Bygg</b>		

Det som da ikke er med er fullføringen av målbildet for OUS. Ved kun å realisere etappe I på Gaustad så står det igjen en rekke funksjoner på Ullevål. Dette er blant annet aktiviteten i Kreftsenteret inkludert stråling, laboratorie, kvinner, fødsler og barn inkl nyfødt, adm, FoU, Øye mm. Dersom man legger virksomhetstall fra idefasen til grunn, så utgjør dette vel 10mrd.

I tillegg er det forutsatt at det skal viderebenyttes en rekke bygg som vil inngå i et fremtidig målbilde for OUS. Dette gjelder blant annet dagens Rikshospital, deler av dagens Aker og deler av Radiumhospitalet. Tall fra Multiconsult viser at det er snakk om betydelige investeringsbehov for å holde de nevnte lokalisasjonene opp til status tilpasset nybygg. Dette er før man tilpasser bygg til evt ny virksomhet, og tilpasset vekst kreves ytterligere midler. Benytter man tallene fra multiconsult så er dette nesten 7 mrd til. Tallene i ØLP er imidlertid betydelig nedjustert. Dette skyldes i hovedsak to forhold; sykehusets finansieringsevne og sykehusets evne til å tåle ombygging og oppgradering med full drift, som reduserer mulighetsrommet for hva som er realistisk å gjennomføre.

## **5.2 Forutsetninger for investeringsanslagene**

I konseptfase beregningene er det gjort anslag på investeringskostnader basert på de ulike alternativene og de ulike skissene for fysiske løsninger. Ved beregning av investeringsanslagene er det skilt mellom nybygg, ombygginger, tekniske oppgraderinger og andre kostnader. Kostnaden for nybygg er basert på prisanslag for kostnad pr. kvm ut fra erfaringstall og ambisjonsnivå.

Ombygging er delt i lett, middels og tung ombygging, som utgjør henholdsvis 25, 50 og 75 % av nybyggkostnad. Teknisk oppgradering er basert på foreliggende estimater knyttet til multimapanalyser, og omfatter både permanente tiltak og tiltak som må gjøres inntil nye bygg er ferdigstilt. Andre kostnader er bl.a. erverv av eiendommer, infrastrukturtiltak, parkeringsanlegg og erstatningsbygg. Riving inngår i investeringsanslaget med en gjennomsnittlig kostnad pr. kvm revet bygg.

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021**

**Investeringsplan for informasjons- og  
kommunikasjonsteknologi i  
Oslo universitetssykehus HF  
2018 - 2021**

Navn	Rolle	Stilling	Dato
		Administrerende direktør	



**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021**

## ***1. STATUS FOR IKT***

---

De neste 10 årene vil det være investeringer i, og riktig bruk av, teknologi, som utgjør de store forskjellene i helsesektoren. Teknologien vil gjennomsyre alt vi gjør og arbeider med innen pasientbehandling, forskning og undervisning, og vil fremstå som et grunnleggende premiss med tanke på kvalitet og effektivitet i arbeidet med å oppfylle sykehusets mandat. Derfor er det av avgjørende betydning at sykehuset har et avklart forhold til *hva, hvorfor, hvordan, og når* på teknologiområdet.

*«Sammen med pasientene utvikler vi morgendagens behandling».*

I perioden frem mot 2021 vil flere forhold påvirke behovet for, og prioriteringene innen, teknologi og IKT ved Oslo universitetssykehus. Føringer fra det politiske miljø, eierstyring, eksisterende strategier på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå, samt endringer innen medisin og teknologi er rammefaktorer vi må ta hensyn til.

Helse Sør-Øst forutsetter at lokale områdeplaner for IKT skal bygge på vedtatt regional "IKT strategi og Gjennomføringsplan", slik at planverkene henger sammen. I den regionale IKT-strategien legges det vekt på regional standardisering, samt, over tid, nasjonale standarder og løsninger. Dette skal bidra til å realisere Helse Sør-Østs overordnede strategiske mål innenfor rammene i økonomisk langtidsplan. I den grad nye systemer kan etableres på regionalt og eventuelt nasjonalt nivå, skal Oslo universitetssykehus understøtte dette. For de områdene hvor Oslo universitetssykehus har oppgaver som krever spesielle systemer, eller der vi er alene om å utføre oppgaven (regions- eller landsfunksjon), skal sykehuset ta høyde for dette og ha kompetanse på området.

Det er spesielt fem områder som representerer betydelige utfordringer for OUS, knyttet til regional strategi på teknologiområdet (2018-2021):

- 1) Arbeidet med å etablere regional løsning for radiologiområdet ligger bak plan, og det er vesentlige utfordringer knyttet til den løsningen som er valgt. Konsekvensen for OUS er at vi fortsatt må basere oss på å drive radiologiområdet med en uhensiktsmessig portefølje av systemer frem mot 2020. I påvente av et regionalt radiologisystem som dekker de behovene OUS har, er det gitt begrensede muligheter for å gjøre en lokal konsolidering mot ett hovedsystem for radiologiområdet i sykehuset.
- 2) Mange av de samme utfordringene som vi ser innenfor radiologiområdet, er også gjeldende for laboratorieområdet. Å få på plass en felles løsning i regional regi, har vist seg mer utfordrende enn antatt ved oppstart av dette prosjektet. Det regionale prosjektet er replanlagt og har nå fokus på å levere en regional løsning for patologiområdet i 2018. Igjen er konsekvensen i OUS å måtte jobbe med å vedlikeholde en uhensiktsmessig portefølje av systemer innenfor de andre laboratedisiplinene.
- 3) Stråleterapiområdet, og mer spesifikt et system for doseplanlegging, er, slik OUS ser det, hensiktsmessig å håndtere på et regionalt nivå da dette er vedtatt breddet fra i dag 3 HF til etter hvert 7. Det er foreløpig ikke

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021**

noen regionale vedtak på dette, men Teknologi og eHelse i Helse Sør-Øst arbeider for å få det inn i budsjettprosessen for 2018.

- 4) Arbeidet med digitale innbyggertjenester har vært et satsningsområde for OUS over flere år. Satsningen har resultert i MinJournal, som i dag leverer en rekke tjenester ut til våre pasienter. Løsningen benyttes også av flere andre sykehus i regionen. For fremtiden er det besluttet at Helsenorge.no skal være plattformen for pasienttjenester. OUS stiller seg fullt ut bak denne beslutningen, men ser at det er langt frem til at nivået på pasienttjenestene vi leverer i dag også kan leveres nasjonalt. Det er derfor viktig at MinJournal driftes og forvaltes på en god måte, frem til Helsenorge.no fremstår som et tilnærmet like godt tjenestetilbud for våre pasienter.
- 5) Oslo universitetssykehus har en omfattende aktivitet innen forskning og innovasjon, men forskningen har ikke tilstrekkelig IKT støtte. Forskernett, som ble etablert på OUS i 2006, har ikke blitt driftet og oppgradert i tråd med beste praksis i påvente av en ny regional løsning. OUS målsetting var at etablering av en nytt forskernett burde ses i sammenheng med Infrastrukturmodernisering (IMP) uten at det har blitt prioritert. Det er derfor viktig at det nye prosjektet for å etablere ny teknisk driftsleverandør (iMod) prioriterer dette høyt slik at forskningens behov kan ivaretas.

Helse Sør-Øst RHF har i dag en tilnærming hvor helseregionen i hovedsak eier, opererer og forvalter sin IKT-infrastruktur og sine IKT-tjenester i egen regi gjennom Sykehuspartner. Sykehuspartners leveransekapasitet har satt klare rammer for hvilken utvikling det har vært mulig å oppnå innenfor teknologiområdet. Etter å ha vurdert ulike alternativer, fant Helse Sør-Øst RHF det riktig å etablere et eksternt partnerskap med en leverandør innen modernisering og drift av IKT-infrastruktur tjenester. Dette innebærer kjøp av infrastruktur tjenester, der leverandøren vil ta ansvar for drift, kontinuerlig vedlikehold og modernisering til en samordnet og standardisert IKT-infrastruktur.

OUS har utarbeidet en områdeplan IKT for OUS 2017-2021 i 2016 som også var vedlegg til styresak 75/2016 15. desember 2016.

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:

- Modernisering og konsolidering tar tid og regionale program er forsinket
- Innføring av regionale løsninger viser at store og kompliserte IKT-prosjekter ved sykehuset gjennomføres på en god måte
- Mange IKT-prosjekter er ferdigstilt de siste årene, spesielt kan ferdigstilling av det regionale infrastrukturmoderniseringsprosjektets (IMP) omlegging av OUS sin infrastruktur trekkes frem
- Stort engasjement både i ledelse (IKT-styring) og ute i klinikkene (etterspør nye løsninger og bidrar til å innføre nye løsninger)

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021****2. MÅLBILDE FOR PLANPERIODEN 2018 - 2021**

Målbildet for teknologiområdet i Oslo universitetssykehus frem mot 2021:

*Standardisering og beste praksis*

I 2015 etablerte Oslo Universitetssykehus HF, på oppdrag fra HSØ, Regionalt senter for kliniske IKT løsninger (RSKI). Senteret skal være tverrfaglig, og ivareta et helhetlig perspektiv for kliniske arbeidsprosesser gjennom standardiserte IKT-løsninger, i samarbeid med helseforetakene (inkludert Sykehuspartner og Helse Sør-Øst RHF). Senteret har ansvar for de felles regionale løsningene som er overlevert til regional forvaltning, og for videre utvikling av disse. Omfanget kan utvides etter avtale med Helse Sør-Øst RHF.

Det er en målsetning at arbeidsprosessene i regionen standardiseres, med basis i beste praksis. Oslo universitetssykehus vil, i tråd med føringer fra RSKI, bidra til å utvikle og tilslutte oss de standardene som er etablert både regionalt og nasjonalt. Fremfor å ta i bruk enda et nytt system, vil vi prioritere gjenbruk av eksisterende løsninger.

*Pasienttjenester*

I 2021 deltar pasientene i egen behandling på en helt annen måte enn i dag. De har innsyn i egen journal, deltar i behandlingsvalg, setter dagsorden for oppfølgingen, gir tilbakemeldinger, kommuniserer og oppdaterer egne data. De utfører selvbetjeningsoppgaver og deltar aktivt i e-konsultasjoner, både som forberedelse til, under, og i oppfølgingen etter behandling. Noen pasientforløp er gjort digitale. Blodgivere registrerer selv avtale for blodgivning via Webbooking, og blodgiverinformasjon på elektroniske spørreskjemaer før konsultasjonen. Nye pasienttjenester utvikles i samarbeid med andre regioner og Direktoratet for e-helse.

*«Vårt felles verdigrunnlag er de nasjonale verdiene for helsetjenesten: Kvalitet, trygghet og respekt»*

*«Oslo universitetssykehus skal ta utgangspunkt i pasientenes perspektiv»*

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021***Pasientbehandling og teknologi*

I 2021 har Oslo universitetssykehus en gjennomgående kurve i alle pasientbehandlernde avdelinger. Kurveløsningen håndterer store datamengder fra medisinskteknisk utstyr (MTU) og sensorer. All legemiddelbehandling foregår her. Forordningene er generiske slik at legene får ferdige doseringsforslag og varsles ved medikamentallergier, eller uheldige medikamentkombinasjoner. OUS bruker lukket medikamentsløyfe, der nøkkelinformasjon skannes og overføres elektronisk til kurveløsningen. Arbeidet med doseveiledning basert på pasienters farmakogenetiske egenskaper er startet. Dette gir økt pasientsikkerhet og kvalitet, samtidig som det gir unike muligheter for gjennomføring av kvalitetsstudier og forskning.

*«Pasientene skal oppleve at vi samarbeider tett med andre i helsetjenestene»*

I 2021 vil strukturert EPJ basert på DIPS Arena være innført, og tett integrert med kurvesystemet. Registreringsarbeidet er mer automatisert, og det er mindre behov for dobbeltregistreringer. Datakvaliteten øker, og Oslo universitetssykehus kan håndtere store datamengder både til primær- og sekundærbruk. IKT-løsningene støtter opp under enhetlig pasientbehandling basert på pakkeforløp og nasjonale retningslinjer. Utveksling av data til samarbeidende helseinstitusjoner og pasienter forenkles, fordi innholdet er mer standardisert. Dette bidrar til mer effektive pasientforløp. Tett samarbeid med DIPS ASA har gitt bedre støtte til det pasientadministrative arbeidet, som, sammen med gode arbeidsrutiner, har ført til færre fristbrudd. OUS oppfylder dermed kvalitetsindikatorerne beskrevet av prosjektet «Glemt av sykehuset».

Et felles multimedialt lager med stor kapasitet er innført, slik at det er enkelt å legge til bilder i journal, finne frem multimedia innhold av alle typer, redigere, merke innhold og håndtere veksten i datamengdene. God billedkvalitet som tillater sammenligning med tidligere undersøkelser bidrar til økt kvalitet i pasientbehandlingen og, i akutte tilfeller, til raskere oppstart av riktig behandling. Samtidig vil sikkerheten øke. Et slikt lager reduserer behovet for spesialistsystemer.

Klinisk datavarehus inneholder strukturerte data fra relevante kliniske systemer, som demografi, opphold, diagnoser/prosedyrer og kurve/medisineringsdata, laboratoriedata, patologi- og radiologidata med mer. Løsningen er skalert for å håndtere store datamengder. Uthenting av data til kvalitets- og forskningsregistre håndteres her, 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 og antibiotikabruk.

Frem mot 2021 skal sykehuset ha gjennomført prosjekter for utvikling og etablering av løsninger for klinisk beslutningsstøtte basert på stordata. Det er etablert et nasjonalt system for Prehospitaltjenester, med sammenhengende journal, beslutningsstøtte og flåtestyring av ambulanser og helikoptre. Økt samhandling og krav til høyere effektivitet medfører behov for bedre logistikk-løsninger, samt bedre løsninger for ledelsesinformasjon, planlegging og styring av virksomheten. Styringsverktøy er videreutviklet, og lederne kan fatte løpende operative og strategiske beslutninger på bakgrunn av akkumulert informasjon fra kliniske og administrative produksjonssystemer.

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021**

Oslo universitetssykehus har en infrastruktur som understøtter forskning gjennom tilgang til kliniske data (klinisk datavarehus), standardiserte registerløsninger (eReg og MedInsight), dokumentasjon og gjenfinning av biologisk materiale (biobank). Viktige verktøy er også elektronisk samtykkeløsning, lagring og håndtering av 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.

*Utvikling av OUS - Muligheter gjennom god bruk av teknologi*

Det er vedtatt en plan for OUS som omfatter endring og utvikling av både bygningsmasse, arbeidsprosesser og teknologisk infrastruktur.

HSØ RHF uttrykker i styresak 053-2016 følgende:

*Det må som del av konseptfasen gjøres en samlet vurdering innenfor IKT- og teknologiområdet, hvor også de økonomiske effekter av det regionale IKT-moderniseringsprogrammet inkluderes i vurderingene av investeringsprosjektene. Den samlede vurderingen må belyse hvordan gjennomføring av hvert enkelt prosjekt eventuelt utløser teknologikostnader innenfor både prosjektets egne kostnadsrammer, for regionens IKT satsning for øvrig og for helseforetaket i form av mottaksprosjekter.*

Det er krevende å etablere koordinerte og realistiske planer for nye bygg. De må ta hensyn til samspillet mellom nye arbeidsprosesser, som vil være nødvendig å utarbeide for nye bygg, og nye (og etablerte) tekniske og systemmessige løsninger.

*«Oslo universitetssykehus skal være et fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon»*

Gartner, et av de fremste analyseselskapene innenfor teknologiområdet, hevder følgende:

*Healthcare providers are facing profound societal and industry changes that bring into question the continued dominance and viability of the in-person care delivery model. Healthcare [leaders] need to help their organizations more fully incorporate virtual care into the care delivery mix.*

Behovet for kompetanse innen utvikling av organisasjoner har, i andre sammenlignbare programmer i HSØ, i betydelig grad vært forsøkt dekket ved ekstern innleie. Erfaringen så langt tilsier at det er uheldig å ikke ha en større andel av denne typen kompetanse i egen organisasjon. OUS vil legge betydelig vekt på å videreutvikle og etablere intern kompetanse på dette området. Det skal gjøres ved en større grad av samordning av dagens kompetanse på teknologiområdet, samt gjennom å vektlegge at rekrutteringsprosesser og kompetanseutvikling fremmer kompetanse innen organisasjonsutvikling der teknologianvendelse er et vesentlig virkemiddel.

*Regionale sentre og oppdrag*

Oslo universitetssykehus HF er tildelt flere oppdrag fra regionen om å opprette og drifte regionale sentre. Regionalt servicemiljø for nasjonale kvalitetsregistre er etablert ved Oslo universitetssykehus, og understøtter nasjonale registre basert på nasjonale standardplattformer (eReg og MRS).

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021**

Service miljøet for Helse Sør-Øst tilbyr:

- Bistand til fagmiljøer i forbindelse med etablering av nye register
- Bistand i søknadsprosessen om nasjonal status og finansiering
- Rådgivning til eksisterende registre
- Veiledning i valg av nasjonale IKT-løsninger
- Bistand knyttet til valg av analysemetoder, rapportering og utarbeidelse av årsrapporter
- Bistand ved bruk av kvalitetsregistrene i kvalitetsforbedringsarbeid

Kvalitetsregistre er nyttig for å forbedre pasientbehandling og effektivisere bruk av ressurser, gjennom kontinuerlig monitorering av helsetrender. I tillegg kan data fra kvalitetsregistre benyttes til forskning.

For Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger vil arbeidet med utvikling av arketyper<sup>1</sup> og standardisering av kliniske arbeidsprosesser være en sentral oppgave. Samarbeidet med regionens fagmiljøer vil bidra til et helhetlig perspektiv på tvers av de enkelte løsninger, og gjør det mulig å hente ut gevinster. Innen feltet digitale pasienttjenester vil senteret være en spyspiss. Oslo universitetssykehus arbeider med å effektivisere og kvalitetssikre arbeidsprosesser, med fokus på regionale og nasjonale kvalitetsindikatorer. I dette ligger også arbeid med tilrettelegging av PAS/EPJ. I tillegg arbeides det for regional forvaltning av mobile enheter (MDM - Mobile Device Management), hvor senteret (RSKI) vil ha en sentral rolle. For å sikre at forvaltningen er operativ ved overleveringer av aktuelle pågående prosjekter i RKL, må det være et nært samarbeid mellom RSKI og programledelsen i RKL. Fra 2017 og 2018 vil dette, i tillegg til DIPS, Partus og Digitale innbyggertjenester (MinJournal), gjelde regional kurve, radiologi og lab. Det forutsetter en utvidelse av dagens oppdrag gitt fra HSØ RHF. I tråd med føringer fra eier, skal også flere sentre knyttet til bruk av ny teknologi etableres.

*«Oslo universitetssykehus skal være en god samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør»*

#### *Gevinstrealisering*

I langtidsplanperioden er det forutsatt et resultat med overskudd i 2017 på 250 millioner kroner, 300 millioner kroner i 2018, 350 millioner kroner i 2019 og 400 millioner kroner i 2020. Et betydelig bidrag til dette skal realiseres gjennom effektivisering ved å ta i bruk digitale verktøy på nye områder, samt å forbedre utnyttelsesgraden i eksisterende systemer.

### **3. PRIORITERINGER I PLANPERIODEN 2018 - 2021**

For å realisere målbildet vil det i neste femårsperiode være nødvendig med en betydelig mengde aktivitet både i form av regionale og lokale prosjekter. I tillegg vil nye, mindre behov i klinikkene, som understøtter målbildet, eller som bidrar til redusert risiko knyttet til stabil og sikker drift, prioriteres ved inngangen av hvert år.

---

1

Nasjonalt pågår det et løp for å definere kliniske informasjonsmodeller. Metoden som er valgt er å definere arketyper, som er modeller av kliniske konsepter. Kodeverk som f.eks. ICD10 eller SNOMED CT kan brukes sammen med slike informasjonsmodeller.

## Investeringsplan IKT for OUS HF 2018-2021

Medisinske kvalitetsregistre er viktige verktøy for oppfølging av kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer. Dette gjelder både tilgang til styrende dokumenter, løsninger for håndtering av avvik og oppfølging av tiltak. Kvalitetsløsningene må gjøre det enklere å dele kunnskap mellom avdelinger og klinikker, samt ta i bruk internasjonale og nasjonale kodeverk for diagnoser, prosedyrekoder og legemidler. Sikker vareflyt for medisinske forbruksvarer må sørge for at de riktige produktene leveres på rett sted til avtalt tid. Dette håndteres ved å videreutvikle eksisterende løsninger og prosesser.

Økt kvalitet i styringsinformasjonen oppnås ved systematisk forbedring av styringsverktøyene. Utvikling av gode indikatorer skal gjøre det mulig for ledere på ulike nivåer i virksomheten å gjennomføre styring på både taktisk og strategisk nivå. 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 bruken kan forbedres.

### 3.1 Klinisk område

De store prosjektene med foreslått tidsplan i tråd med regionale planer for Oslo universitetssykehus vises nedenfor.

Område	2017	2018	2019	2020	2021
Klinisk datavarehus					
Strukturert og prosessstøttende journal					
Gjennomgående kurve					
Multimedialt lager					
Infrastruktur for forskning					
Felles lab.system inkl. digital patologi					
Felles radiologisystem					
Pasienttjenester					
Prehospitaltjenester					

### 3.2 Administrativt område

For å realisere målbildet, vil det i neste femårsperiode være nødvendig med omfattende aktivitet innen det administrative området for Oslo universitetssykehus, vist i tabellen under:

Område	2017	2018	2019	2020	2021
Kvalitetsløsninger					
Kvalitetsindikatorer					
Forbedring av styringsverktøy					
Automatisering av prosesser					
Forvaltning av kodeverk					
Bedre bruk av eksisterende løsninger					
Regional ERP-løsning					

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021**

### 3.3 Forskning og innovasjon

Helse Sør-Øst har etablert et eget program med fokus på IKT for forskning. Oslo universitetssykehus vil spille inn forslag til prosjekter som vil understøtte den omfattende forskningsvirksomheten.

Ny teknologi gir muligheter for innovasjon og endret praksis, eksempler på dette vil kunne være bruk av sensorer, utvidet bruk av hjemmediagnostikk og behandling, utvidet samarbeid mellom forskjellige nivå både innenfor spesialisthelsetjenesten, men også med sykehjem, hjemmesykepleie og fastlegene.

Sykehuset trenger erfaring med ulike måter å understøtte arbeidsprosesser som involverer pasienten direkte. Pasientene forventer å kunne ha en dialog med sykehuset via sikre elektroniske løsninger. Dette betyr det må utvikles løsninger i MinJournal for innovasjon og utprøving, før en eventuell bredding til nasjonale tjenester i helsenorge.no kan gjennomføres. Regionalt senter for kliniske IKT-løsninger vil være en sentral bidragsyter i dette arbeidet, i det Helse Sør-Øst RHF ønsker å videreføre kompetansen og erfaringene i miljøet rundt MinJournal i et nasjonalt perspektiv. Opparbeidet kompetanse på digitale pasienttjenester skal benyttes til å øke kvaliteten på den nasjonale løsning og øke takten på ibruktakelse i Helse Sør-Øst.

### 3.4 Infrastruktur

For å sikre at Oslo universitetssykehus har en teknologisk plattform som kan understøtte den utviklingen og trendene som er identifisert, må det fremdeles gjennomføres store løft i perioden frem til 2021.

Når den planlagte aktiviteten for 2016 er gjennomført, vil Oslo universitetssykehus ha en oppgradert og moderne teknologisk plattform, som kan tilby mulighet for mobilitet i klinikken. Den nye infrastrukturen vil være vesentlig lettere å holde oppgradert og forsvarlig over tid, og gjør sykehuset i stand til å håndtere nye krav og tjenester innen administrative, medisinske og diagnostiske tjenester.

Neste versjon av operativsystem på klientsiden (Windows 10) skal etter planen bli tatt i bruk på sykehuset i løpet av 2017. I tillegg vil det bli startet opp, og gjennomført, prosjekter innen neste generasjons nettverk (IPv6), tilpasning til nye telefoniløsninger og implementering av nye sikkerhetsløsninger.

I løpet av planperioden vil det gjennomføres et prosjekt for å implementere tungregne- og tunglagringskapasitet for brukerne på Oslo universitetssykehus. Et spesielt fokus på infrastruktur for forskning er viktig for å sikre at den store forskningsvirksomheten ved sykehuset understøttes.

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 behovet blir prioritert. Uten en slik prioritering, vil det ikke være mulig å levere den IKT infrastrukturen fremtidig medisinsk og diagnostisk virksomhet krever.

## **4. OVERSIKT OVER INVESTERINGER I PLANPERIODEN**



**Investeringsplan IKT for OUS HF 2018-2021**

Tabellen legger til grunn en fordeling mellom regional og lokal finansiering av investeringsmidlene der alle regionale tjenester finansieres regionalt. Tallene for regionale investeringer er sammenstilt på bakgrunn av tall og planer mottatt fra Helse Sør-Øst og Sykehuspartner.

Estimatene knyttet til behov for lokale investeringer er avhengige av i hvilken grad og med hvilket tempo Helse Sør-Øst regionaliserer tjenester og derav også klargjør hvilke investeringer som vil være regionale og hvilke lokale. Dersom ikke regionale investeringer dekker sykehusets behov, vil lokale investeringer måtte økes. Oslo universitetssykehus er helt avhengig av at Helse Sør-Øst RHF etablerer regionale tjenester i tråd med strategiske føringer også utover planperioden 2018 – 2021. Foreløpig foreligger ikke regionale planer for ØLP-perioden fram til 2037.

Reduksjon i regionale investeringer fra tidligere ØLP, skyldes at Sykehuspartner nå har inngått en samarbeidsavtale med en ekstern tjenesteleverandør av driftstjenester innen datasenter, nettverk, arbeidsflate og telefoni. Helse Sør-Øst vil da ikke lenger eie driftsmidlene slik at disse investeringene med tilhørende avskrivning, ikke lenger vil komme i sykehusene i Helse Sør-Øst sine regnskaper. Dette vil erstattes med tjenestekjøp som regnskapsføres direkte slik at konsekvensene for driftsregnskapene bare påvirkes i den grad den eksterne tjenesteleverandøren produserer dette til en lavere kostnad enn med egenproduksjon hos Sykehuspartner.

#### 4.1 Estimert bruk av investeringsmidler i 2018 – 2021 (Tall i MNOK)

	2018	2019	2020	2021
Lokale investeringer	35	35	35	35
Regionale investeringer	200	200	200	200
<b>Totalt IKT investeringer OUS</b>	<b>235</b>	<b>235</b>	<b>235</b>	<b>235</b>

#### 5.4 Estimert bruk av lokale driftsmidler i 2018 – 2021 (Tall i MNOK)

	2018	2019	2020	2021
Driftsbudsjett til prosjekter	48	43	28	28
Total driftskostnad IKT, utenom prosjekt	1 136	1 165	1 294	1 259
<b>Totalt IKT investeringer OUS</b>	<b>1 184</b>	<b>1 208</b>	<b>1 322</b>	<b>1 287</b>

Behovene innen persontilpasset medisin vil øke, og med det behovene for tungregning og lagring av svært store datamengder, som også innebærer en kostnad på investeringssiden. IKT-langtidsbudsjettet har usikkerhet knyttet til omfang og fremdrift av regionaliseringen av IKT-løsningene og usikkerhet knyttet til hastighet og volum på persontilpasset medisin. I tallene over er det ikke tatt høyde for at volum på persontilpasset medisin øker eksponentielt innenfor denne planperioden.

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021**

## ***5. VIDERE UTVIKLING FRA 2022 TIL 2036***

---

Målsettingen i den første delen av planperioden 2018-2021 er at infrastruktur, alle de store kliniske og administrative systemene er konsolidert, og at hovedsystemer som elektronisk kurve, prehospital systemer og multimedia er innført. Regional standardisering på felles plattform i regionen er planlagt påbegynt i perioden, men 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.

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 alle andre aktører innenfor helsetjenesten, inklusive andre sykehus.

Sensorteknologi, med behandling av pasienter både innenfor og utenfor sykehusets vegger, vil øke med tilhørende krav til MTU og IKT.

For OUS ser vi for oss at spesielt kostnadene knyttet til tungregning og lagring knyttet til persontilpasset medisin vil øke og behov vil måtte løses innenfor planperioden.

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.

Selv om det ikke er vedtatt å bygge et nye sykehusbygg, er det behov for å bygge mye nytt på OUS. En ikke ubetydelig del av investeringene i nye sykehusbygg vil 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.

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021**

## 6. RISIKOBILDE

### 1. Kortsiktig risikobilde

Risiko	Konsekvens	Tiltak
Manglende leveranseevne hos tjenesteleverandør (Sykehuspartner (SP))	Påvirker leveranseevnen til det enkelte prosjekt Påvirker leveranseevnen og kvaliteten på daglig drift Hindrer utvikling, effektiv drift og kvalitetsforbedringer Kostnadsdrivende	SP deltar på foranalyser SP kundeansvarlig involveres i planlegging av hvordan leveransekapasiteten kan sikres SP oppfordres til virksomhetsnær forvaltning SP oppfordres til å skalere aktivitet etter oppgavens størrelse og kompleksitet
Manglende økonomiske ressurser	Stanser pågående og planlagte prosjekter (midlertidig eller permanent) Regionale anskaffelser gjøres ikke og prosjekter som er avhengige av anskaffelsen kan ikke ferdigstilles. Hindrer mulighet for effektivisering og etablering av mer kostnadseffektiv drift	Sikre realistiske planer og nyttige leveranser også om omfanget må nedskaleres og forankre dette hos prosjektets eier Sikre helhetlig og langsiktig planlegging
Avhengigheter til løsning eller ressurser mellom prosjekter eller fagområder løses ikke	Prosjekter forsinkes, fordyres eller leveres med redusert kvalitet om ikke <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riktige ressurser er tilgjengelige</li> <li>• Fysisk IKT-infrastruktur ikke blir bygd ut raskt nok til å understøtte IKT-behov</li> <li>• Løsninger som prosjektet er avhengige av kommer på plass</li> </ul>	Etablerer avhengighetsmatrise både på prosjekt og porteføljnivå. Klare mandater, forankring og reell fristilling av ressurser. Realisme!
Manglende avklaringer av finansieringen av prosjekter som involverer regionale løsninger	Regionale løsninger skal finansieres regionalt. Hvis regionen ikke ønsker å prioritere videreutvikling av regionale løsninger i tråd med OUS' behov vil det være vanskelig å finansiere disse utviklingsbehovene lokalt.	Sikre realistiske planer definere tydelige leveranser som kan forankres hos HSØ RHF og foretaksgruppen for øvrig.
Manglende avklaringer av hvilke regionale løsninger som skal tas i bruk, samt hvilke konsekvenser en ibrukstagelse medfører.	Enkelte regionale prosjekter medfører så store økonomiske, organisatoriske og praktiske konsekvenser at ibruktagelse vil få svært store konsekvenser for resten av aktiviteten i sykehuset	Gjennomføre realistiske konsekvensanalyser av hva prosjektgjennomføring/ ibruktagelse vil innebære for resten av foretaket.

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021**

	(eksempelvis regional ERP)	Vurdere og hensynta samtlige konsekvenser ifm. Beslutning om gjennomføring
Manglende evne til å etablere gode og effektive rutiner i samarbeid med ny strategisk samarbeidspartner	Redusert kvalitet og kvantitet på leveransene. Redusert motivasjon hos alle parter til å finne fram til gode løsninger	Ha stort fokus på å etablere effektive rutiner  Høyt ledelsesmessig fokus på utviklingen
Regionale løsninger innenfor laboratorie- og radiologiområdet blir ikke implementert ved regionssykehuset før i 2021-2022.	Stadig ingen mulighet for samhandling, funksjonsfordeling og effektiv drift som ett HF. Ressurskrevende og kostbart med mange integrasjoner til andre systemer/aktører (DIPS, PHT, KHT, andre HF, IHR etc). Utfordringer knyttet til pasientsikkerhet. Utfordrende forhold til eksisterende leverandører pga sterkt forsinkede planer noe som vanskeliggjør prioritet og support fra leverandørene.	Regionssykehuset vurderer konsekvens av og mulighet ved en evt. regional beslutning om utsatt implementasjon ved regionssykehuset.

## 2. Langsiktig risikobilde

Risiko	Konsekvens	Tiltak
Manglende evne til å tilpasse seg endring i OUS	Klarer ikke å hente ut planlagte effekter	En sterk ledelsesmessig vilje til å drive gjennom endring
Manglende økonomiske ressurser	Stanser pågående og planlagte prosjekter (midlertidig eller permanent) OUS får ikke konsolidert til et system innenfor en rekke fagområder Flere utrangerte IKT-løsninger (bl.a. EndOfLife problematikk) Ineffektiv drift med dårligere kvalitet, kostnadsdrivende. Makter ikke å oppfylle regionale og nasjonale oppgaver på en god måte	Sikre realistiske planer og nyttige leveranser også om omfanget må nedskaleres og forankre dette hos prosjektets/ programmets eier Sette i verk tiltak som gir mer kostnadseffektiv drift

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021**

Manglende koordinering av fagområder i OUS som totalt sett skal understøtte teknologiutvikling i sykehuset	Suboptimalisering innen hvert fagområde i stedet for at 1 + 1 er mer enn 2 Redusert læring på tvers av fagområdene	Ses på i pågående organiseringsprosjekt i OUS Ta frem rapporten etter delprosjekt 2 (organisering av IKT og teknologiområdet)
Høy kompleksitet i det regionale målbildet gjør at løsninger ikke realiseres	Prosjekter igangsettes uten at avhengigheter er kartlagt og forstått/ håndtert Prosjekter igangsettes uten at behov eller ønskede effekter er tilstrekkelig utredet/kartlagt Urealistiske fremdriftplaner Dårlig forankring i brukermiljøer som gir utfordringer for ibrutakelse	Foranalyser gjennomføres regionalt på programnivå Regionale løsninger må utvikles og implementeres ved regionssykehuset OUS og breddes ut til resterende HF. (Se til andre RHF.) Involvere rett kompetanse, ikke lage for store og komplekse prosjekter.
Regionssykehuset prioriteres ikke høyt nok i arbeidet med å realisere regionale løsninger	Regionale løsninger dekker ikke behovene til alle sykehusene i regionen (feil løsning velges ved anskaffelser; standardisering tar ikke hensyn til alle behovene) Feil bruk av ressurser, kostnadsdrivende	Regionale løsninger utvikles og realiseres først ved regionssykehuset for å sikre at de mest komplekse behovene også er dekket Ikke spre samme oppgaver utover flere HF når det faglig og kostnadseffektive er at oppgaver utføres ved regionssykehuset, „samlet.“ (Se til andre RHF som lykkes)
Valgte regionaliseringsstrategi blir for kompleks eller økonomisk krevende innenfor teknologiområdet for Helse Sør-Øst	Fokus for teknologiutviklingen blir kun på fellesbehovene for alle HF-ene og ikke på helheten i den helsetjenesten Helse Sør-Øst skal levere.	En realistisk og tydelig regional strategi som strekker seg utover en tidshorison på 4-5 år.
Nasjonale føringer om å ta i bruk nye nasjonale løsninger uten at disse er koblet opp mot realistiske planer (datoer, innhold og kostnader)	Helse Sør-Øst og OUS settes i en posisjon som vanskeliggjør prioriteringer og prioriterte behov risikerer å bli skjøvet i tid eller OUS må leve med løsninger som ikke dekker behovene unødige lenge i påvente av nasjonale løsninger.	Realistiske og tydelige nasjonale planer og føringer som tar hensyn til helseregionenes og sykehusenes behov for å kunne planlegge og gjennomføre slike endringer. Gode planer for dette i Helse Sør-Øst og i OUS.

**Investeringsplan IKT for  
OUS HF 2018-2021**

Manglende kompetanse til å håndtere ny teknologi og nye krav Manglende forståelse og til å håndtere teknologiperspektivet i utvikling av fremtidens sykehus	Ny teknologi blir ikke tatt i bruk på en hensiktsmessig måte i behandling og diagnostikk Muligheter i og krav fra (ny) teknologi blir ikke kommunisert ved utvikling av fremtidens sykehus	Et faglig sterkt og samlet kompetansemiljø tilknyttet regionssykehuset som også omfavner forsknings-/innovasjonsaspektet
--	---	--

	Dato: 18.05.17	Side: 1 / 3
<b>Investeringsplan øvrige investeringer for Oslo universitetssykehus HF</b>		

## ***I. INVESTERINGSPLANER FOR ØVRIGE INVESTERINGER***

---

Planen består av investeringer innenfor senger, vaskeri, behandlingshjelpemidler (BHM), kjøkkenutstyr, ambulanser og andre kjøretøyer. Planen dekker alle investeringsbehov utover de behov som er beksrevet i investeringsplanene for IKT, MTU og bygg.

### ***1.1 Lastebiler/biler/trucker***

Sykehuset disponerer i 2017 ca 100 stk rullerende utstyr (eksklusive ambulanser) med en gjennomsnittsalder på ca 9 år. De siste årene er det investert i henhold til 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***

Sykehuset anskaffer nå vaskeritjenester fra eksternt part og investeringer knyttet til virksomheten er ikke lenger aktuelt.

### ***1.4 BHM***

Behovet for behandlingshjelpemidler (BHM) har vært økende de senere årene. Hjemmebehandling er blitt en mer aktuell behandlingsform enn tidligere ettersom pasienter sendes hjem tidligere fra sykehusene. Fra august 2014 overtok sykehuset ansvaret for behandlingshjelpemidler til pasienter i kommunale institusjoner. Det pågår nå en kartlegging av utstyrbehov ved institusjonene hvor utskiftninger vil foregå over tid.

### ***1.5 Ambulanser***

Områdene som Ambulansetjenesten betjener, opplever en sterk befolkningsvekst.

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.

### ***1.6 Kjøkken***

Oslo universitetssykehus HF 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.

	Dato: 18.05.17	Side: 2 / 3
<b>Investeringsplan øvrige investeringer for Oslo universitetssykehus HF</b>		

## ***II. MÅLBILDE FOR PLANPERIODEN 2017 - 2020***

### **2.1 Lastebiler/biler/trucker)**

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	2018	2019	2020	2021
Investering (mnok)	3,9	3,6	4,2	4,2

Figur 1

### **2.2 Senger**

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

År	2018	2019	2020	2021
Investering (mnok)	7	7	7	7

Figur 2

### **2.3 Behandlingshjelpemidler (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 omsorgsdepartementet og det er stor sannsynlighet for at BHM vil få nye ansvarsområder i løpet av perioden. Figur 3 angir antatt investeringsnivå knyttet til BHM i planperioden.

År	2018	2019	2020	2021
Investering (mnok)	23,5	28,5	30	30

Figur 3

### **2.4 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 av 12 kjøretøy til en pris av om lag 18 mnok per år. Figur 4 angir antatt investeringsnivå knyttet til ambulanser i planperioden.

År	2018	2019	2020	2021
Investering (mnok)	27	27	27	27



	Dato: 18.05.17	Side: 3 / 3
<b>Investeringsplan øvrige investeringer for Oslo universitetssykehus HF</b>		

Figur 4

### 2.5 Kjøkken

Oslo universitetssykehus HF sine to hovedkjøkken er ikke tilrettelagt for moderne og effektiv 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 (2018-2021) da det er antatt at denne type investeringer vil komme lenger frem i tid. Figur 5 angir antatt investeringsnivå knyttet til kjøkken i planperioden. Investeringsnivået er nødvendig for å opprettholde drift og gi tilstrekkelig kapasitet i planperioden.

År	2018	2019	2020	2021
Investering (mnok)	2	2	2	2

Figur 5

### 2.6 Aggregert investeringsnivå for øvrige investeringer

Figur 6 viser aggregerte investeringsnivået for å nå målbildet i perioden.

År	2018	2019	2020	2021
Investering (mnok)	63,4	68,1	70,2	70,2

Figur 6

## **III. VIDERE UTVIKLING FRA 2022 TIL 2037**

Det er betydelige investeringsbehov innenfor øvrige investeringer fra 2022 til 2036. Det er spesielt kjøkkendrift som krever en oppgradering. Et alternativt er at servicebygg etableres med kjøkken 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 logistiksenter for samlasting. Investeringskostnaden kan variere mellom 100 og 500 mill kroner avhengig av omfanget av tjenester som legges til et slikt bygg. Dette må sees i sammenheng med konseptfaseutredningene for Aker og Gaustad.

## PROTOKOLL

Det er avholdt drøftingsmøte i henhold til hovedavtalen kap. 7, jf arbeidsmiljøloven kap. 8

<i>Dato:</i>	15.05.17
<i>Sted:</i>	Oslo universitetssykehus
<i>Sak:</i>	Sak 1 Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (2037)
<i>Tilstede fra arbeidsgiver:</i>	Morten Meyer (Stab HR), Øyvind Wøllo (ØK), Morten Reymert (ØK), Bjørn Erikstein (adm.dir.) Referent: Mari Torset (Stab HR)
<i>Tilstede fra arbeidstaker:</i>	Eli Skorpen (NRF), Julie Dybvik(NITO), Bjørn Wølstad-Knudsen (Fagforbundet), Knut Sandli (Fagforbundet), Bergljot Fuhr Lunde (Foretaksverneombud), Morten Sommerstad (NSF), Aasmund Bredeli (Dnlf)

### Sak 1 Økonomisk langtidsplan 2018-2021 (2037)

Utkast til styresak Økonomisk langtidsplan med vedlegg var sendt ut før drøfting. Øyvind Wøllo presenterte hovedområdene i økonomisk langtidsplan i hovedtrekk. Bjørn Erikstein og Morten Reymert supplerte underveis. Saksdokumentene inneholdt punktene nedenfor

- Økonomiske rammer og aktivitetsforutsetninger for budsjett 2017-2020
- Planlagte investeringer
- Resultatkrav og resultatbudsjett
- Forslag til vedtak i styret for OUS

Arbeidsgiversiden understreket at planen er krevende men at man må ha et høyt ambisjonsnivå for effektivisering av drift. Det ble også redegjort for de to prosjektene som går som konseptfaser; nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og som er lagt inn i den økonomiske langtidsplanen.

#### **Arbeidstakersidens kommentarer**

Arbeidstakersiden peker risiko for at sykehuset ikke klarer å gjennomføre økonomisk langtidsplan med forutsetningene lagt i planen og det ble stilt spørsmål om ikke risikoen i denne planen er for høy. Arbeidstakersiden mener det ikke er beskrevet godt nok hvordan dette håndteres i årene fremover. Blant annet er det ikke redegjort for hvordan aktivitetsøkningen skal skje eller for forutsetningene for bemanningsutviklingen; hvordan skal arbeidet organiseres om aktivitetsforutsetningene skal møtes.

*Protokolltilførsler fra NRF og Delta, DNLf, Fagforbundet, NITO, NSF og Tekna er lagt ved.*

### Konklusjon

Protokoll med tilførsler legges ved styresaken om økonomisk langtidsplan 2018-2021 (2037) som presenteres for styret 24. mai 2017.

**Arbeidsgivers signatur**  
(godkjent per epost)

**Arbeidstakers signatur**  
(godkjent per epost)

*Protokolltilførsler vedlagt*

## **Drøfting ØLP 15.5.2017**

### **Protokolltilførsel fra Norsk Radiografforbund.**

Det er særdeles utfordrende å ha en meningsfull dialog og konstruktivt samarbeid med eier, styrer og øverste ledelse når det kommer til behandling av økonomiske planer. Vår påstand er at dagens tilnærming er fullstendig meningsløs og kontraproduktiv. Den har også gjennom årenes løp skapt en stor mistillit mot eier, styrer og sykehusets ledelse sin styringsevne i økonomisk planlegging.

I saksfremlegget til ØLP OUS 2018-2021 er det en beskrivelse av kostnadsberegninger for å opprettholde en god og effektiv MTU-flåte, og kompleksiteten blir også belyst av enkelte problemstillinger. Med forbehold om eventuelle feil i regnestykket, viser det at det er fullt mulig å fremstille god økonomisk kontroll på denne virksomheten.

I ØLP finner man likevel ikke rom til å sette av midler til å drifte en forsvarlig MTU-aktivitet. Man har i OUS gjennom flere år i all hovedsak kun skiftet ut havarerte MTU. Dette demonstrerer en svært dårlig forståelse av god økonomisk drift. Det er uøkonomisk fordi man får mange driftstanser, undersøkelser og behandlinger tar lengre tid enn nødvendig, og ved havari får man ikke planlagt hensiktsmessig med tanke på anbudsrunder og driftsstans i utskiftingen. Det burde også være innlysende at det er økonomisk at man har de verktøyene som man trenger for å opprettholde flyt i aktiviteten. Her viser eier de ansatte uforstand i den økonomiske planleggingen.

Man blir vel i denne sammenheng invitert til å kommentere realismen i saksfremlegget til ØLP 2018-2021. Underforstått at man godtar premissene.

Vi kan ikke se at det demonstreres en helhetlig beskrivelse for aktiviteten som gir tillit til gjennomføring. Fremstillingen synes mer som at man prøver å tvinge terrenget inn i et kart, og det blir da fort synlig hvor dette ikke lar seg gjøre. Det uutholdelige i dette er at de ansatte må være med på disse øvelsene, siden eier, styrer og sykehusledelsens øverste ledelse nekter å innse dette.

Det blir fremhevet at man vil søke å redusere utgiftene på innleid arbeidskraft med 20 % hvert år de tre første år. Det vil bety omtrent en halvering av denne kostnaden. Man grunngir at denne reduksjonen vil kunne la seg gjennomføre i og med at man nå har satt i gang program for å få på plass nok ressurser i spesialistsykepleierbehovet. Samtidig ser man ikke en tilsvarende økning på lønnskostnaden for fast ansatte. Det er også hittil i år noe større utgifter på lønn- og innleiekostnader enn budsjettert, så vi ser ikke at denne budsjetteringen i ØLP er realistisk.

Det er noen momenter vi ønsker å påpeke i denne sammenhengen. Det er for eksempel uøkonomisk å komme i den situasjon at man mangler kompetanse til å opprettholde den forventende aktiviteten. Videre i saksfremlegget er det ikke godt nok drøftet økningen i aktivitet grunnet endringer i pasientgrunnlaget og endringer i områdeansvar i de kommende år. Dette forringer sterkt tilliten til at lønnsutgiftene er realistisk fremstilt.

Det må drøftes hva optimal drift, eller økonomisk, eller effektiv, vil bety. Det må rettes oppmerksomhet mot hvilken kompetanse det trengs hvor og når. Dersom planleggingen blir gjort der aktiviteten er, vil man kunne få kunnskap og følgelig kontroll. Slik det gjøres i dag, med en virkelighetsfjern overordnet tallek, er det ikke mulig å drifte økonomisk. For å belyse dette med et eksempel; det er gjort et stort arbeid med å tilstrebe god pasientflyt, der pasienten skal gjennom flere undersøkelser på kortest mulig tid. Dette er selvsagt et godt stykke arbeid som er bra for pasient og økonomisk for driften. Samtidig kommer det pålegg om at man ikke skal ta inn vikarer for portørene ved sykdom. Dette stikker kjepper i hjulet god pasientflyt, og viser den manglende økonomiske forståelsen.

Man skaper heller ikke tillit til behandlingen av organiseringen av sykehusdriften der man tar forbehold i ØLP sitt resultat i sammenheng med avvikling av driften ved Ullevål sykehus innenfor et angitt tidsvindu. Det er ikke fremlagt en troverdig fremstilling av at dette faktisk vil la seg gjøre. Vi kan ikke se at disse forventningene er realistiske.

Tvert imot er OUS siden vedtaket om en sammenslåing påført store økonomiske belastninger av eier og styrer uten at man kan se at det er gitt sykehuset noen kompensasjon for fleislått politikk. Vedtaket om nedleggelse av Aker sykehus har kostet virksomheten dyrt, både i den prosessen å tvinge dette gjennom og i ettertid i å bygge opp organisasjonen igjen. Det er opplagt at et velfungerende Aker sykehus i OUS ville ha betydd en styrke i å drifte økonomisk.

Videre er manglende IKT kompetansen i HSØ en stor økonomisk belastning for OUS. Et felles IKT system i Klinikk for radiologi og nukleærmedisin, KRN, ville ha økt effektiviteten betraktelig. Dette demonstrerer også for ansatte en manglende forståelse av god økonomisk drift, og svekker tilliten til eier, styrer og sykehusledelsen.

I ØLP er det angitt en sum for hva man regner med i IKT kostnader. Vi kan ikke lese i saksfremlegget hvorvidt dette er realistisk, og vil mene at dette ikke møter de alvorlige utfordringene man har i forhold til felles IKT system i KRN. Med den erfaring og kunnskap vi pr i dag har, kan vi ikke se at det er realistisk med gjennomføring av felles IKT for KRN 2021 innenfor de kostnadsrammene som er gitt.

Slik vi forstår god økonomisk drift der man har kontroll, er det grunnleggende å få kunnskap om hvordan man bruker den kompetansen som aktiviteten fordrer. Det må synliggjøres hva økt effektivisering vil innebære, hvor den vil kunne la seg gjøre, og hvilke forutsetninger som må være på plass for å kunne gjennomføre den. For å illustrere det så er det ikke mulig å lage bedre pasientlogistikk derom det ikke er kapasitet på MR, eller hvor man nå trenger kapasiteten. Dette må man ha kunnskap om, ellers blir det papirøvelser og driftsresultatet blir uforutsigbart.

Videre er det essensielt for økonomisk drift å ha lokal kompetanse i alle ledd, være seg IKT, bygg, elektro, innkjøp, økonomi og så videre. Det burde være innlysende for god økonomisk drift siden det vil gi mer hensiktsmessig tjenester og raskere utbedringer. Det har tidligere blitt bygget opp kompetanse på flere av disse områdene, en kompetanse som ble overført Sykehuspartner. Vi erfarer nå at Sykehuspartner verken har kompetansen eller kapasitet til å levere de tjenestene som det er behov for. Dette er også uttrykk for dårlig økonomisk planlegging. Det er også essensielt for sikker drift å inneha høy kompetanse på avansert og sentral infrastruktur. Dette har også betydning for samfunnssikkerheten.

Vi etterlyser at samfunnssikkerhet og beredskap skal være en del av vår strategi siden OUS har ansvar for en svært stor del av den norske befolkningen. Med den kunnskapen som er i vår organisasjon vil det være naturlig og hensiktsmessig at vi også påtar oss dette ansvaret.

Takk for oppmerksomheten.

Eli Benedikte Skorpen  
Foretakstillitsvalgt Norsk Radiografforbund  
Oslo universitetssykehus

### Protokoll drøftingsmøte 15. mai 2017

Viser til drøftingsmøte 15. mai 2017

Undertegnede organisasjoner finner ikke å kunne støtte fremlagte økonomisk langtidsplan slik den foreligger. Vi finner den i overkant ambisiøs, og vanskelig realiserbar i dagens situasjon.

Oslo universitetssykehus fremstår for tiden underfinansiert, og momenter i økonomisk langtidsplan forutsetter grep Oslo universitetssykehus ikke har kontroll over. Vi opplever derfor risikobildet som svært utfordrende.

Fagforbundet

Bjørn Wølsted-Knudsen/sign

NITO

Julie Dybvik/sign

Tekna

Even S. Røst/sign

Norsk Sykepleierforbund

Svein Erik Urstrømmen/sign

DNLF

Aasmund Bredeli/sign

Delta

Nina Bøe/sign

*Merk at protokolltilførselen er støttet av Parat, NEF, NFF og NRF.*

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 24. mai 2017

Saksbehandler: Medisinsk direktør Einar S. Hysing

Vedlegg: Konseptfaserapport Ny regional sikkerhetsavdeling  
Oslo universitetssykehus HF (versjonen som er  
sendt til ekstern kvalitetssikring)  
Hovedprogram, utrykt vedlegg  
Delrapport Økonomiske analyser, utrykt vedlegg  
Mandat for konseptfasen RSA, utrykt vedlegg

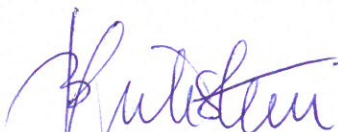
---

### SAK 37/2017 REGIONAL SIKKERHETSAVDELING

#### Forslag til vedtak:

- 1. Styret mener det er svært viktig å realisere ny Regional sikkerhetsavdeling på Ila så raskt som mulig.*
- 2. Styret vurderer alternativ 1A – samtidig etablering av Regional sikkerhetsavdeling, Lokal sikkerhetspsykiatri, Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme og Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri som det beste alternativet både økonomisk og faglig.*
- 3. Styret ser at det er knyttet gjennomføringsrisiko til prosjektet, og at det skal inn i en total prioritering i Helse Sør-Øst, men ber om at forprosjekt startes opp så raskt som mulig innen de rammer som er mulig å realisere.*

Oslo, den 18. mai 2017



Bjørn Erikstein

## 1. SAMMENDRAG

Denne saken gjelder konseptfasen for Regional Sikkerhetsavdeling. Konseptrapporten, slik den er sendt til ekstern kvalitetssikring, ligger vedlagt.

Arbeidet med videreføring av idefasen til konsept startet høsten 2016. Endelig rapport legges frem for styret i Helse Sør-Øst den 15. juni i år som en egen styresak. Ansvar for prosjektet ligger hos Helse Sør-Øst som har engasjert Sykehusbygg HF til prosjektledelse. Oslo universitetssykehus har i dette prosjektet hatt ansvar for medvirkning og avklaring av virksomhetsinnhold. Det har vært medvirkning fra alle berørte miljøer der både ledere, ansatte, tillitsvalgte, brukere og verneombud har vært med. Det er oppsummert en rekke innspill både fra møtene og fra enkeltpersoner.

Som eier av prosjektet er det Helse Sør-Øst som skal ta endelig stilling til videreføring av konseptet og videre fremdrift. Målet er at konseptrapporten, etter innspill fra ekstern kvalitetssikring og styret i Oslo universitetssykehus, besluttet videreført og at det etableres et forprosjekt med ett valgt alternativ. Dette vil være grunnlaget for søknad om lån til Helse- og omsorgsdepartementet. Forutsatt godkjenning og finansiering viser foreløpige planer at bygget kan stå ferdig høsten 2022. Denne saken gjelder behandling av foreliggende konseptfaserapport.

### 1.1 Status og tidligere vedtak i saken.

Idéfasen for *Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner* inngår som et delprosjekt i hovedprosjektet *Oslo universitetssykehus idéfase*. Idéfasen for delprosjektet er beskrevet i rapport *Framtidens Oslo universitetssykehus, Idéfase: Konkretisering etter høring*, versjon 1.0 datert 28. januar 2016 og i egen rapport *Oslo universitetssykehus Idéfase RSA med tilgrensende funksjoner*, versjon 0.9 datert 8. desember 2015.

Styret i Oslo universitetssykehus behandlet idéfaserapporten i sak 8/2016 som ble oversendt Helse Sør-Øst. Ett av flere vedtak i saken var:

*Styret ber om at idéfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og idéfaserapporten for Radiumhospitalet oversendes til Helse Sør-Øst RHF og anbefales ført videre som egne konseptfaser. Styret ber Helse Sør-Øst vurdere finansieringsform for disse prosjektene.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF ga i møtet 16. juni 2016 (sak 53-2016) tilslutning til målbildet for videre utvikling av Oslo universitetssykehus. Dette innebærer at Oslo universitetssykehus HF utvikles som tre sykehus med klar profil; et lokalsykehus på Aker, et regionsykehus på Gaustad og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

I styresak 53-2016 *Videreutvikling av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF* vedtok styret i Helse Sør-Øst RHF følgende (vedtakspunkt 8):

*Idéfase regional sikkerhetsavdeling videreføres til konseptfase. Videre programmering og prosjektering gjennomføres når tomtevalget er gjort. Prosjektet skal vurderes for trinnvis utvikling. Ansvar for konseptfasen overføres til Helse Sør-Øst RHF. Mandat for konseptfasen godkjennes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.*

## **2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING**

I denne saken skal styret i Oslo universitetssykehus ta stilling til anbefaling om godkjenning av konseptrapport og ta stilling til hvilket av de fremlagte alternativene som er det beste å videreføre. Vurderingen må ta stilling til konsekvenser for virksomheten og drift av denne, men også økonomisk bærekraft både for dette prosjektet og helseforetaket for øvrig. Vurderingen må ta stilling til konsekvenser for samfunnet (samfunnsbeskyttelse), pasienter og pårørende, ansatte (spesielt sikkerhet) og fagutvikling.

### **2.1 Vurdering av alternativer**

Det er utarbeidet tre alternativ for utbygging og analysene viser at alle tre alternativene har økonomisk bæreevne på prosjektnivå. Oslo universitetssykehus mener at det både faglig og økonomisk vil en full samling av alle funksjoner på samme sted samtidig, alternativ 1A(Basisprogrammet), være det beste alternativet. Dette alternativet har best økonomisk bæreevne, samt høyest nåverdi og internrente. Alternativ 1A er estimert til å ha lavere investeringskostnad enn etappevis utbygging i to etapper. Gevinstene vil også kunne realiseres fra et tidligere stadium i prosjektets levetid, sammenlignet med etappevis utbygging

Alternativ 1A er også alternativet som fagmiljøet ved Oslo universitetssykehus anbefaler. Felles nybygg for denne virksomheten gir både størst driftsgevinst og faglige synergier slik at dette fremstår som det beste alternativet.

Helse Sør-Øst RHF har stilt krav om at prosjektet skal vurderes for etappevis utvikling, med muligheter for å legge etappe 2 på Aker. Det er flere argumenter for dette, for eksempel periodiseringen av investeringsmidler og tilpasning til økonomisk handlingsrom på regionalt nivå. For RSA vil en forskyvning av etappe 2 i 5 år eller mer, frigjøre midler til andre prioriterte formål.

Samlokalisering av etappe 2 med sykehuspsykiatri for øvrig samsvarer med praksis ved andre sykehus i regionen. Oslo universitetssykehus er imidlertid det eneste sykehuset i regionen som har både regional sikkerhetsavdeling og lokal sikkerhet i tillegg til et regionalt ansvar for tilbudet til deler av gruppen psykisk utviklingshemmede og autister. De andre sykehusene i Helse Sør-Øst har ikke et regionalt tilbud og kan derfor ikke organisere tjenesten på den måten fagmiljøet ved Oslo universitetssykehus anbefaler. De andre helseregionene som har et slikt tilbud velger den modellen Oslo universitetssykehus foretrekker, en samling av funksjonene.



Det viktigste er å få realisert Regional sikkerhetsavdeling nå. Hvis Helse Sør-Øst ikke støtter Oslo universitetssykehus i å få gjennomført alternativ 1A med samtidighet i etapper og sted, så ønsker Oslo universitetssykehus alternativ 1B etappevis etablering på Ila. Styrebehandlingen i Helse Sør-Øst må allerede nå ta stilling til sted dersom de velger etappevis utbygging. Dette fordi tomten på Ila er trang og man vil måtte ta høyde for helheten i løsningen selv om bare etappe 1 realiseres i første omgang. Dette har konsekvenser for dimensjonering av fellesbyggets funksjoner, kantine, garderober, felles rom, mottak med mer. Tomten på Ila vil ved valg av alternativ 2 (kun RSA) ha større frihet i plassering av bygget. Konsekvenser av plassering av etappe 2 på Aker er ikke tilsvarende utredet.

Samlet sett mener administrerende direktør det er viktig å realisere ny regional sikkerhetsavdeling så raskt som mulig. Lønnsomhetsanalysene viser at fullskala utbygging med både RSA, LSA, PUA og KPS er det mest lønnsomme alternativet, men alle alternativ har en positiv lønnsomhetsvurdering. Det er også visse forhold som kan være utfordrende for gjennomføring av fullskala utbygging; blant annet tomtens beskaffenhet, og de nære omgivelsene til boligområde i tillegg til finansiering. Det anbefales at prosjektet videreføres innenfor de rammer som er mulig å realisere.

### 3. FAKTABESKRIVELSE

Konseptfaseutredningen regional sikkerhet omfatter selve Regional sikkerhetsavdeling (RSA), men den omfatter også tilgrensende funksjoner som er;

- Lokal sikkerhetspsykiatri (LSA)
- Regional seksjon for psykiatri og psykisk utviklingshemming/ autisme (PUA)
- Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (KPS)

I senere omtale benyttes forkortelsene. Alle prosjekter skal som krav utredes for etappevis utbygging. Etappene er inndelt som følger;

#### **Etappe 1 – RSA og KPS:**

- Regional sikkerhetsavdeling (RSA) – 32 døgnplasser
- Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (KPS)

#### **Etappe 2 – PUA og LSA:**

- Regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA) – 12 døgnplasser
- Lokal sikkerhetspsykiatri (LSA) – 25 døgnplasser

Følgende alternativer er vurdert:

**Alternativ 1A:** Samtidig etablering av RSA, KPS, LSA og PUA på samme sted, Ila Syd

**Alternativ 1B:** Etappevis etablering av RSA, KPS, LSA og PUA på samme sted, Ila Syd

**Alternativ 2:** Etappevis utbygging - kun etappe 1: Etablering av kun RSA og KPS på Ila Syd

I alternativ 2 ligger det en forutsetning om at etappe to (PUA og LSA) skal legges sammen med øvrig sykehuspsykiatri på Aker. Konsekvensene av et slikt valg er ikke utredet med hensyn til virksomhetsvurderinger eller økonomiske vurderinger slik at det som står i konseptfaserapporten om dette i stor grad er prosjektets syn og antagelser.

På de neste sidene er det en vurdering av de ulike alternativene sett fra Oslo universitetssykehus sin side. De er beskrevet i prioritert rekkefølge.

**Pri 1) Alternativ 1A- full utbygging samtidig for RSA, LSA, PUA og KPS på Ila.**

Oslo universitetssykehus ønsker denne løsningen av følgende hovedgrunner:

*Pasientforløp-* Det er et ønske om å få en dynamisk sikkerhetspsykiatrisk fleksibilitet. De to andre regionale sikkerhetspsykiatriske avdelinger i Norge (St. Olav, Helse Bergen) har dette ved kombinasjon av regionale og lokale sikkerhetsplasser. Hovedtyngden av pasientforløpene går mellom disse to nivåene, mer enn mellom akuttpsykiatri og Lokal sikkerhetspsykiatri, LSA. Det innebærer felles legevaktordning, gjensidig veiledning og kompetanseutvikling og beredskapsmobilisering mellom enhetene. Samling av sterke og gode fagmiljø samtidig vil bygge videre et trygt og godt arbeidsmiljø og også bedret rekruttering. Det er viktig for alle med nærhet til kompetansesenter for systematisk evaluering, forskning og kompetanseoppbygging.

PUA har pasienter med alvorlig psykisk tillegglidelse og høy voldsrisiko. Både for PUA pasienter og lokal sikkerhetspasienter er godt samfunnsvern viktigst. Disse to avdelingene har i tillegg til tett innbyrdes samarbeid, tett samarbeid med RSA. Mange av de innsatte på Ila landsfengsel har i tillegg til sin voldelige adferd også psykiatriske problemstillinger eller faglige utfordringer på linje med PUA pasienter eller pasienter i LSA/ RSA. Sett fra faglig hold i kriminalomsorgen er det derfor en fordel at etappe 2 også plasseres på Ila.

*Økonomi* - Full utbygging er det klart økonomisk beste alternativet (se konseptrapporten). Nye bygg tilpasset virksomheten gir en betydelig effekt på bemanning med nærmere 30 % reduksjon. Nybygg og samling gir lavere bemanningsbehov i form av redusert transport, vaktbaser med oversikt, bruk av vaktgående personell, mobilisering og beredskap etc. Også for ikke medisinske tjenester er det synergier som for vare og lagerhåndtering, sikkerhet, matforsyning etc. Bruk av fellesarealer (felles møterom, aktivitetsrom osv.), mottaksfunksjoner mm. Samtidig utbygging av etappe 1 og 2 vil gi denne effekten fra oppstart. Samtidig utbygging vil gi de laveste byggkostnadene og minst total ulempe for pasienter, innsatte, ansatte og beboere. Samtidig

etablering av begge etapper gir muligheter for et samlet og tidligere salg av Dikemark.

### **Pri 2) Alternativ 1B- Etappevis utbygging på Ila (etappe 1 og 2)**

Det gir på lang sikt samme måloppnåelse som alternativ 1 A, men med utsatt effekt av synergier og effektivisering. Den faglige kvalitetshevingen som ligger i en samlet virksomhet utsettes. I et utsettelsesalternativ påløper det en rekke ulempekostnader. Dette er i tillegg til selve etableringen av byggprosjektet med rigg og drift to ganger også kostnader til midlertidige lokaler/ brakker, ekstra sikkerhet og vakthold. Til sammen er dette beregnet til ca 50 mill som beskrevet i vedlegget. Redusert driftseffekt er beregnet til 209 mill (personell og drift). I tillegg kreves det investeringer i eksisterende bygg tilsvarende 25 mill over 5 år, samt at det utsetter en potensiell salgsgevinst av eiendommer Dikemark med 5 år. Mange faglige gevinster utsettes og en etappevis utbygging vil ha negativ effekt på arbeidsmiljøet. Det må bygges med klinisk drift i nabobygg. Opprinnelige naboer utsettes for ulemper med støy og støv og andre ulemper to ganger.

### **Alternativ 2- Etappevis utbygging, etappe to til Aker.**

Dette alternativet er ikke fullverdig utredet. Som argument brukes Nasjonal helse og sykehusplan som angir at psykiatri og somatikk bør samlokaliseres. Det gjelder ordinær psykiatri. For Oslo universitetssykehus sine pasienter på LSA og PUA så er samfunnsvernet det viktigste. Fagmiljøet er usikre på om samfunnsvernet kan bli tilfredsstillende på Aker innenfor en akseptabel økonomisk ramme. Det er lagt opp til et sikkerhetsopplegg på et høyere nivå for gruppene i etappe to i alternativ 1A enn det som vil være mulig i alternativ 2. Fagmiljøet er helt klar på at faglig og driftsmessig samarbeid med og nærhet til RSA og kompetansesenter er mye viktigere enn samarbeid med og nærhet til somatikken. Det antas likevel at det er synergier mellom akuttpsykiatri og Lokal sikkerhet langs en del av de samme argumentene som i 1A med felles vaktordninger, tilsyn osv. Det vil være noen fordeler av fellesfunksjoner.

### **Nybygg gir driftsøkonomiske-, faglige- og sikkerhetsgevinster uansett valg av alternativ**

- Nytt bygg medfører etablering av en vesentlig mer robust drift, både med hensyn til pasientbehandling og administrativ virksomhet.
- Nytt bygg medfører bedre ivaretagelse av oppgaver og ansvar av oppdragene til den enkelte seksjon, både med hensyn til pasientbehandling generelt, inkludert sikkerhet og sikkerhet i pasientbehandlingen, samt ivaretagelse av ansattes sikkerhet.
- Nytt bygg medfører totale redusert kostnader i forhold til videreføring av dagens drift i klinikk PHA. Ved full drift i et samlet bygg i 2030 vil årlige kostnader være 115,5 mill. mindre enn i dag gitt den fremskrevne kapasiteten. Tilsvarende vil antall årsverk være 158 lavere. Reduksjonen kommer som en følge av samlokaliseringer og bedre funksjonalitet i nytt bygg og gjelder alle stillingskategorier.

- Samtidig felles utbygging medfører positive samlokaliseringseffekter med utnyttelse av ressurser på tvers av seksjonene. Dette gjelder for alle områder innenfor turnus og legevaktordninger, pasient-behandling og aktivitetssenter, merkantile funksjoner, håndtering av ulike typer sikkerhet, samt øvrige fellesfunksjoner som matforsyning, kjøkken og renhold.
- Etappevis utbygging medfører en utsettelse av samlokaliseringseffekter og utbygging kun for RSA og KPS medfører et bortfall av ovennevnte samlokaliseringseffekter. Effektene av nybygg gjelder imidlertid også RSA alene.

### **Vurdering av plassering av etappe to nødvendig nå**

Det viktigste for Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst er at RSA realiseres tidlig og dette er en del av alle de alternativ som legges frem. Det er likevel viktig at man allerede nå bestemmer seg for om man vil gå for Ila eller Aker for etappe to dersom man ikke kan gå for Oslo universitetssykehus prefererte alternativ 1A- full samling samtidig. Dette fordi tomten på Ila er trang og man må jobbe videre med plassering av byggene for å finne mer optimale løsninger av hensyn til naboer uansett løsning.

### **4. LØNNSOMHETSVURDERING OG GJENNOMFØRINGSRISIKO**

I konseptrapporten er lønnsomheten i de forskjellige alternativene, 1A, 1B og 2 beskrevet. Alle alternativ har en positiv lønnsomhet, men alternativ 1A er det mest lønnsomme. Med dette vil aktiviteten kunne økes betydelig uten tilsvarende økning i antall ansatte som følge av moderne bygg for tre utfordrende pasientgrupper.

Gjennomføringsrisiko er knyttet til reguleringsforhold og tomtens beskaffenhet. Tomten er relativt smal og med høydeforskjeller. I tillegg ligger tomten tett på et boligfelt og fengsel. Mulighet for full finansiering av hele prosjektet (Alt 1A), kan også være en utfordring og konkurrerer med andre prosjekter i regionen.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 24. mai 2017

Saksbehandler: Medisinsk direktør Einar S. Hysing

Vedlegg: Konseptfaserapport Nytt klinikkbygg  
Radiumhospitalet Oslo universitetssykehus HF  
(versjonen som er sendt ekstern kvalitetssikring)  
Hovedprogram Samlet versjon, utrykt vedlegg  
Usikkerhetsanalyse, utrykt vedlegg  
Delrapport økonomiske analyser, utrykt vedlegg

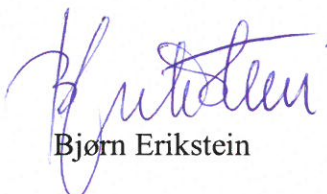
---

**SAK 38/2017 KONSEPTFASE NYTT KLINIKKBYGG  
RADIUMHOSPITALET**

**Forslag til vedtak:**

- 1. Styret anbefaler Helse Sør-Øst RHF å vedta videreføring av prosjekt nytt klinikkbygg Radiumhospitalet.*
- 2. Styret anbefaler at alternativ 2 legges til grunn for etablering av nytt klinikkbygg Radiumhospitalet.*

Oslo, den 18. mai 2017



Bjørn Erikstein

## 1. SAMMENDRAG

Denne saken gjelder konseptfasen for Nytt klinikkbygg for Radiumhospitalet. Konseptrapporten, slik den er sendt til eksternt kvalitetssikring, ligger vedlagt.

Arbeidet med videreføring av idéfasen til konsept startet høsten 2016. Endelig rapport legges frem for styret i Helse Sør-Øst den 15. juni i år som en egen styresak. Ansvar for prosjektet ligger hos Sykehusbygg HF etter oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF. Oslo universitetssykehus har i dette prosjektet hatt ansvar for medvirkning og avklaring av virksomhetsinnhold. Alle berørte miljøer har vært involvert; ledere, ansatte, tillitsvalgte, brukere og verneombud.

Som eier av prosjektet er det Helse Sør-Øst som skal ta endelig stilling til videreføring av prosjektet og videre fremdrift. Målet er at konseptrapporten, etter innspill fra kvalitetssikring og styret i Oslo universitetssykehus, besluttet videreført og at prosjektet videreføres i konseptfase del II med ett valgt alternativ. Dette vil være grunnlaget for søknad om lån til Helse- og omsorgsdepartementet. Forutsatt godkjenning og finansiering viser foreløpige planer at bygget kan stå ferdig høsten 2022. Denne saken gjelder behandling av foreliggende konseptfaserapport.

Denne saken omhandler omfanget av prosjektet og hvilke valg styret i Oslo universitetssykehus må ta stilling til.

### **Status og tidligere vedtak.**

Idéfasen for Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet inngikk som et delprosjekt i hovedprosjektet *Oslo universitetssykehus idéfase*. Idéfasen for delprosjektet er beskrevet i rapport *Framtidens Oslo universitetssykehus, Idéfase: Konkretisering etter høring*, versjon 1.0 datert 28.01.16 og i egen rapport *Oslo universitetssykehus Idéfase Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet* versjon 0.9 datert 8. desember 2015.

Styret i Oslo universitetssykehus behandlet idéfaserapporten i sak 8/2016. Ett av flere vedtakspunkt i saken var at:

*Styret ber om at idéfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling med tilgrensende funksjoner og idéfaserapporten for Radiumhospitalet oversendes til Helse Sør-Øst RHF og anbefales ført videre som egne konseptfaser. Styret ber Helse Sør-Øst vurdere finansieringsform for disse prosjektene.*

Styret i Helse Sør-Øst RHF ga i møtet 16. juni 2016 tilslutning til målbildet for videre utvikling av Oslo universitetssykehus HF (Styresak 53-2016 Videreutvikling av planer for utviklingen av Oslo universitetssykehus HF). Dette innebærer at Oslo universitetssykehus HF utvikles som tre sykehus med klar profil; et lokalsykehus på Aker, et regionsykehus på Gaustad og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok følgende (Sak 53-2016, vedtakspunkt 7):

*Idéfase Radiumhospitalet videreføres til konseptfase. Videre programmering og prosjektering gjennomføres når avklaring av kapasitetsbehov knyttet til*

*virksomhetsmodellen på Radiumhospitalet som er beskrevet i denne saken er gjort. Dette inkluderer også behov for universitetsarealer. Som første del av konseptfasen skal det lages en plan som viser utnyttelsen av sykehustomten over tid, herunder innplassering av et protonterapisenter dersom dette legges til Oslo universitetssykehus HF. Ansvar for konseptfasen overføres til Helse Sør-Øst RHF.*

*Det skal i tillegg gjøres en nærmere vurdering av om finansiering og gjennomføring av utbyggingen skal skje på ordinær måte eller i et samarbeid med private aktører basert på skisseprosjektet gitt som gave til Oslo universitetssykehus HF.*

*Mandat for konseptfasen godkjennes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.*

Mandatet for denne fasen forelå i mars 2017.

## **2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING**

I denne saken skal styret i Oslo universitetssykehus ta stilling til anbefaling om videreføring til konseptfase del II - skisseprosjekt og hvilket av de fremlagte alternativene som er det beste å videreføre sett fra Oslo universitetssykehus sitt ståsted. Det er vurdert konsekvenser for virksomheten og drift av denne og økonomisk bærekraft både for dette prosjektet og for foretaket for øvrig.

Involveringen av fagmiljøene har vært god. Det har vært dialog med eier underveis vedrørende virksomhetsmodell.

Alle Helse Sør-Øst sine byggprosjekter skal planlegges med mulighet for trinnvis utbygging. Nytt klinikkbygg er trinn 1 i utbygging på Radiumhospitalet. Rapporten beskriver muligheten for videre utvikling av Radiumhospitalet.

Det foreligger tre alternativer som styrene i hhv Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst skal ta stilling til og som er beskrevet i vedlagte rapport.

**0 alternativet** å bli i dagens bygninger med ny virksomhetsmodell som i virkeligheten er et såkalt 0+ alternativ

**Alternativ 1** syd- plassering av et nytt klinikkbygg der dagens D bygg ligger (tilsvarende plasseringen skissert i gaven)

**Alternativ 2** nordøst- plassering av et nytt klinikkbygg der dagens G og H bygg ligger

Alle alternativer tar høyde for en fremtidig plassering av et eventuelt protonsentersenter og videreutvikling av Radiumhospitalet. Kostnadene i 0 alternativet er høyere enn for nybygg. Alternativ 1 og 2 er tilnærmet like kostnadmessig.

Vurderingen er at Alternativ 2 med plassering av klinikkbygget i nordøst er det beste alternativet. Det er lagt avgjørende vekt på at dette gir den beste fordelingen

av sengeposter og kortere avstand mellom behandlings- og kontorarealer for personell som leger etc. opp mot kontorbygg. I tillegg åpner det for en plassering av et protonbygg i sør som gjør at sykehuset arkitektonisk fremstår som noe mer åpent sett fra Ringveien.

En plassering etter alternativ 1 gir andre nærheter mot A og B bygget avhengig av hva dette skal brukes til i fremtiden.

Begge løsninger forutsetter bruk av eksisterende bygningsmasse og konsekvenser av dette er hittil ikke vurdert av virksomheten, da det ikke er endelig klart hvilke arealer dette gjelder. Endelige lønnsomhetsberegninger og gjennomføringsrisiko vil vurderes i det videre prosjektarbeidet.

Administrerende direktør anbefaler videreføring av prosjekt nytt Radiumhospitalet og at prosjektet tar utgangspunkt i alternativ 2.

### **3. FAKTABESKRIVELSE**

Konseptfasen Nytt klinikkbygg Radiumhospitalet gjelder dette bygget med noen tilhørende funksjoner i øvrig bygningsmasse. Konseptfasen skal videre vise at det er mulig å plassere et protonbygg og videre utvikling av bygningsmassen.

Det har vært en dialog mellom Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst om virksomhetsmodell våren 2016 og i konseptfasen. Det har vært utført kapasitetsberegninger ved bruk av NPR-data fremskrevet til 2030. Ved omregning til areal legges Helse Sør-Øst sitt styrevedtak i sak 90-2014 til grunn. Det sier at høy utnyttelsesgrad skal benyttes som grunnforutsetning (se rapport). Oslo universitetssykehus erkjenner vedtaket og at det legges til grunn for beregningene. Det innebærer ikke at Oslo universitetssykehus er enig i vedtaket. Oslo universitetssykehus mener at vedtaket ikke gir optimal drift av et elektivt sykehus og ikke er mulig å gjennomføre med nåværende avtaler i arbeidslivet. De ansatte har påpekt tilsvarende. Nytt klinikkbygg er ett av flere bygg på Radiumhospitalet og Radiumhospitalet er en del av Oslo universitetssykehus. Det er viktigere for Oslo universitetssykehus å få et nytt klinikkbygg snart enn at det har optimal størrelse.

Det har pågått en prosess om optimalisering/prioritering av areal i nytt klinikkbygg innenfor rammene og hva som skal ligge i nytt klinikkbygg og i eksisterende bygg. Denne prosessen har pågått samtidig med at planleggerne har laget løsninger basert på de beregnede arealer. Det er enighet om at denne prosessen fullføres i konseptfase del II – skisseprosjektet innenfor de rammer som Helse Sør-Øst bestemmer for prosjektet. Det har vist seg at en del av C-bygget er så dårlig fundamentert at det må rives. Hvordan arealene i C-bygget skal erstattes, avklares i konseptfase del II – skisseprosjektet.

Universitetet i Oslo har deltatt i brukervedvirkningen og har kommet med en oversikt over ønsket areal. Dette vil bli innarbeidet i konseptfase del II – skisseprosjektet. Det forutsetter avklaring av finansiering.



Det foreligger tre alternativer som styrene i Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Øst skal ta stilling til og som er beskrevet i vedlagte rapport. Kapasitetsmessig er alternativene likeverdige.

- 0 alternativet – å bli i dagens bygninger med å ta med ny virksomhetsmodell som i virkeligheten er et såkalt 0+ alternativ.
- Alternativ 1 -syd- plassering av et nytt klinikkbygg der dagens D bygg ligger. (dette tilsvarer plasseringen i gaven)
- Alternativ 2 -nordøst- plassering av et nytt klinikkbygg der dagens G og H bygg ligger

Både Alternativ 1 og 2 har plassering av diagnostikk og operasjon på samme sted og kobler seg begge på dagens C bygg på samme sted. Forskjellene er kort forklart; ulik fordeling av sengeposter, noe ulike avstand til kontorer, støttearealer som varelager etc., og distribusjonspunkter.

Alle alternativer tar høyde for en fremtidig plassering av et eventuelt protonsentersenter på Radiumhospitalet.

Slik vurderer prosjektet alternativene: Begge nybyggalternativene har en lett og oversiktlig funksjonsoppdeling og interne forbindelser i behandlingsbygg og sengebygg, men Alternativ 2 vurderes som best grunnet lettere lesbarhet i bygget og enklere adkomst til avdelinger med høyt antall pasienter og pårørende. Alternativ 2 har også en enklere forbindelse til et eventuelt fremtidig protonsentersenter enn alternativ 1. Nullalternativet har en mindre funksjonell og mer spredt plassering av områdene.

I Alternativ 2 er sengebygget mer tilbaketrukket på tomten, har bedre dagslysforhold og er mer skjermet for støy enn alternativ 1. Plasseringen gir også en god fordeling av bygningsvolumer, med lavere bygninger nederst på tomten og høyere bygninger lenger opp.

Begge alternativene har gode forbindelsesmuligheter til eksisterende bygg, men Alternativ 2 har langt bedre forbindelsesmuligheter til eksisterende bygg F med nukleærmedisin og kontorer for klinisk personell. Alternativ 2 har også best forbindelse til strålebehandling i bygg J og bygg C. I Alternativ 2 skapes det en sirkulær forbindelse mellom de byggene hvor tyngdepunktet av klinisk virksomhet vil være i fremtiden. For nullalternativet vil forbindelse til funksjoner i øvrige eksisterende bygg måtte foregå via et delvis utflyttet C-bygg.

Den største forskjellen mellom alternativene med tanke på funksjonalitet er fordeling av senger per etasje, hvor alternativ 2 har den mest driftseffektive løsningen med to sengeposter per etasje. I Alternativ 1 er det to etasjer med bare en sengepost. Nullalternativet har den minst driftseffektive løsningen.

Når det gjelder etablering av protonsentersenter på Radiumhospitalet, vil dette med all sannsynlighet bli et nasjonalt senter med pasienter og besøkende fra hele landet og utlandet. Plasseringen i front av sykehuset som i Alternativ 2, gir både en bedre

tilgjengelighet for pasienter og pårørende og også en mer synlig plassering av et nasjonalt prestisjebygg.

En senere etablering av protonsender i Alternativ 1 vil være komplisert grunnet en inneklemt plassering. For nullalternativet er plassering av protonsender enklere.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 24. mai 2017

Saksbehandler: Medisinsk direktør Einar S. Hysing

Vedlegg: Rapport: Videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF. Avklaring av videre arbeid med utbygging på aker og Gaustad

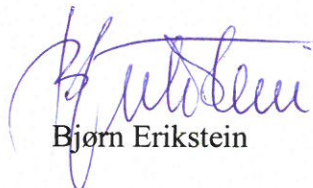
---

**SAK 39/2017      OPPSTART AV KONSEPTFASEUTREDNING FOR  
AKER OG GAUSTAD**

### Forslag til vedtak:

*Styret anbefaler Helse Sør-Øst RHF å starte opp konseptfaseutredning for Aker og Gaustad.*

Oslo, den 18. mai 2017



Bjørn Erikstein

## 1. SAMMENDRAG

Denne saken gjelder å ta stilling til anbefaling til Helse Sør-Øst om oppstart av konseptfaseutredning Aker og Gaustad på bakgrunn av vedlagte rapport: "Videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF. Avklaring av videre arbeid med utbygging på Aker og Gaustad".

Styret i Helse Sør-Øst RHF vedtok i sak 053-2016 (vedtakspunkt 6):

*Med utgangspunkt i det gjennomførte idéfasearbeidet, skal første trinn i utviklingen av Aker og Gaustad avgrenses og dimensjoneres før det kan besluttes oppstart av konseptfaser. Som en del av arbeidet skal det også utarbeides planer som viser hvordan sykehustomtene kan utvikles over tid. Helse Sør-Øst RHF skal lede dette arbeidet og resultatet presenteres for styret sammen med beslutning om oppstart av konseptfaser.*

Den vedlagte rapporten er resultatet av dette arbeidet. Rapporten viser at en utbygging som beskrevet i rapporten (se 3. Faktabeskrivelse) er innenfor Helse Sør-Øst sitt økonomiske handlingsrom. Det anbefales å gjennomføre konseptfase i 2018 slik at denne kan gi grunnlag for søknad om lån til Helse- og omsorgsdepartementet i statsbudsjettet for 2020. Det innebærer at prosjektet kan gjennomføres i perioden 2020-2027.

## 2. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Denne saken må sees i sammenheng med sak 36/2017 Økonomisk langtidsplan 2018-2021.

En oppstart av konseptfase etappe 1 utbygging på Aker og Gaustad er helt nødvendig for å oppfylle vedtatt målbilde for Oslo universitetssykehus. Det er en forutsetning for å lykkes at utbygging av somatikk på Gaustad og Aker foregår samtidig. Det er viktig med to, ikke tre, akuttmottak som målsetting for etappe 1.

Etappe 1 er ikke nok for å fullføre målbildet for Oslo universitetssykehus. Det er viktig at det vises i budsjettssammenheng. Det er viktig at det i konseptfasen lages et delprosjekt som ser på konsekvensene for de funksjoner på Ullevål som ikke er tatt med i etappe 1.

Administrerende direktør vil påpeke at prosjektet så langt har gjort en begrenset kvalitetssikring. Utredningsarbeid med brukermedvirkning vil først starte ved start konseptfase.

Administrerende direktør støtter rapportens anbefaling om at konseptfaseutredning for Aker og Gaustad starter opp.

## 3. FAKTABESKRIVELSE

Avklaring av virksomhetsinnholdet er idéfaserapporten fra Oslo universitetssykehus og Helse Sør-Østs styresaker 053-2016 og 052-2016. Den siste sier at bydel Alna flyttes

fra Akershus universitetssykehus til Oslo universitetssykehus i 2020, bydelene Stovner og Grorud flyttes fra Akershus universitetssykehus til Oslo universitetssykehus i 2030. Helse Sør-Øst har avklart at bydelene Søndre Nordstrand, Nordstrand, Østensjø, Alna, Stovner og Grorud skal til Aker, Nordre Aker, Sagene og Bjerke til Gaustad, St. Hanshaugen, Grünerløkka og Gamle Oslo til Lovisenberg og Vestre Aker, Ullern og Frogner og Bygdøy til Diakonhjemmet. Lovisenberg og Diakonhjemmet skal øke sin egendekning inklusiv innen akutt kirurgi. Dette legges til grunn for kapasitetsberegninger.

Ved dimensjonering benyttes Helse Sør-Øst sitt styrevedtak 090-2014 om høy utnyttelsesgrad (se styresak 38/2017). Høyspesialiserte lands- og regionsfunksjoner krever mer personell, tid og ressurser enn lokalsykehusfunksjoner. Helse Sør-Øst har derfor bestemt å bruke middels utnyttelsesgrad for disse funksjoner (se rapport).

Etappe 1 har som mål at ved ferdigstilling har Oslo universitetssykehus to, ikke tre, akuttmottak. Det er helt nødvendig for effektiv drift og bærekraftig økonomi. Det innebærer at utbygging på Gaustad og utbygging for somatikk på Aker må skje i parallell. Aktivitet på Ullevål som ikke er knyttet til akuttmottaket medtas ikke. Dette er først og fremst føde, kvinne, barn, øye og stråleterapi sammen med administrasjon, laboratoriefag og forskningsarealer. Det anbefales et eget delprosjekt som må ta for seg konsekvensene for funksjonene som ikke flytter ut av Ullevål i etappe 1.

Analysen viser at etappe 1 krever ca. 19 milliarder i investering som tilsvarer ca. ett års driftskostnader for Oslo universitetssykehus.

Det er laget en skisse for alternativ løsning på henholdsvis Aker og Gaustad. For Aker innebærer det plassering av somatikk nord på tomten nær eksisterende bygg og planlagt Storbylegevakt. Bygg for psykisk helse vil da bli lokalisert syd på tomten. For Gaustad er det plassering av bygningsmassen nord-øst på tomten eller syd på tomten de to alternativene I konseptfasen må det foreligge mer enn ett alternativ i tillegg til 0-alternativet.

Det er startet regulerings sak på Gaustad og Aker. Det er startet dialog med Riksantikvar. Det er startet dialog med Statsbygg om tomter.

Det har vært et godt samarbeid med Universitetet i Oslo (UiO) for å få frem areal for universitetsfunksjonene i sykehuset. Disse arealene inngår ikke i kostnadsoverslaget. Arealene vil bli innarbeidet etter endelig avklaring av omfang og finansiering.

#### **4. VIDERE ARBEID**

I konseptfaseutredningen vil Oslo universitetssykehus få ansvaret for medvirkningsprosessen. Det vil bli bygget opp et apparat for det. Det forventes at den etablerte styringsgruppen fortsetter. Det vil bli et eget delprosjekt som ser på konsekvensene for de funksjoner som ikke flytter ut av Ullevål i etappe 1.

Det vil bli arbeidet videre med universitetsarealer. Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus vil sammen gjennomgå Universitetet i Oslo sin nåværende bruk av arealer på Rikshospitalet.

Konseptfaseutredning gjennomføres for å avklare innhold, rammer og utbyggingsløsning. I konseptfaseutredning foreslås fremdrift og gjennomføring av de enkelte prosjekter. Styret vil holdes løpende orientert om arbeidet.

# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

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

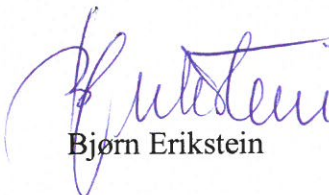
---

### SAK 40/2017 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

#### Forslag til vedtak

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, den 18. mai 2017



Bjørn Erikstein

**Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF**

<b>Møte</b>	<b>Vedtaksaker</b>	<b>Orienteringssaker</b>
22. juni 2017 kl 10-16	Tidspunkt for styremøter i 2018 Ledelsens gjennomgang 1. tertial	Rapportering per mai Plan for styret Budsjett 2018 Utdanning av leger i spesialisering
29. september kl 10-16	Eierskap i selskaper	Tertialrapportering 2. tertial Plan for styret Oppfølging styresaker Møte med Brukerutvalget Budsjett 2018
26. oktober 2017 kl 10-16	Ledelsens gjennomgang 2. tertial Budsjett 2018	Rapportering per september Plan for styret
26. oktober 2017 kl 16-20	Styreseminar Styreevaluering	Styreinstruks
15. desember 2017 kl 10-16	Budsjett 2018	Rapportering per november Plan for styret



# Oslo universitetssykehus HF

## Styresak

Dato møte: 24. mai 2017

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg: Protokoll fra Brukerutvalgets møte 3.mai 2017  
Foreløpig protokoll ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF 5. mai 2017  
Foreløpig protokoll ekstraordinært styremøte i Helse Sør-Øst RHF 3. mai 2017  
Foreløpig protokoll styremøte i Helse Sør-Øst RHF 27. april 2017

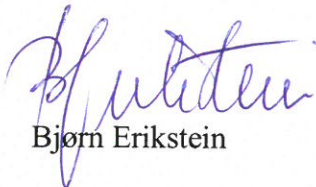
---

### SAK 41/2017 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

#### Forslag til vedtak:

*Styret tar saken til orientering.*

Oslo, 18. mai 2017



Bjørn Erikstein

# PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 20. mars 2017**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Anne Margrethe Svanes

Dato dok: 25.4.2017

Dato møte: 25.4.2017

Referent: Stine Arntzen Selfors

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

Forfall: Stine B. Dybvig, Tommy Sjøfjell, Tayyab Chaudri

Sak nr	
19/2017	<b>Godkjenning av innkalling og agenda</b> <b>Vedtak</b> Innkalling og agenda er godkjent
20/2017	<b>Direktørens time</b> Administrerende direktør Bjørn Erikstein redegjorde kort for saker som skal opp i styret 4. mai og svarte på innsendte spørsmål. Skriftlige svar ettersendes.  Viseadministrerende direktør Lisbeth Sommervoll presenterte seg selv og ny stabsorganisering.  <b>Vedtak</b> Tas til orientering
21/2017	<b>Konseptfase for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet</b> Einar Hysing ga en rask orientering om status i konseptfasen for nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og viste tegninger av to alternativer.  <b>Vedtak</b> Tas til orientering
22/2017	<b>Orienteringssaker</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Regional konferanse om brukermedvirkning 2018</li><li>- Dialogmøtet 22. mai</li></ul> <b>Vedtak</b> Eventuelle innspill sendes til koordinator for brukerutvalget.
23/2017	<b>Rapport om behov for nye finansieringsordninger</b>

	<p>Kari Skredsvig ga en orientering om funn og forslag i rapport om behov for nye finansieringsordninger.</p> <p><b>Vedtak</b> Tas til orientering</p>
24/2017	<p><b>Konferanser, råd og prosjekter</b> Det ble ikke tid til denne runden. Aktuelle saker kan formidles via epost.</p>
25/2017	<p><b>Konseptfase for den nye regionale sikkerhetsavdelingen</b> Marit Bjartveit ga en orientering om bakgrunnen og status i konseptfasen for Regional sikkerhetsavdeling, lokal sikkerhetsavdeling og Regional seksjon psykiatri, utviklingshemning og autisme. Randi Nerstad ønsket vegne av Brukerrådet i KPHA støtte fra Brukerutvalget på sitt innspill til prosjektet.</p> <p><b>Vedtak</b> Brukerutvalget ønsker at faglige hensyn legges til grunn i vurderingene i konseptfasen og ønsker at RSA, Lokal sikkerhetsavdeling og PUA lokaliseres samlet og at alt bygges i en etappe og vil lage et notat til styret om dette.</p>
26/2017	<p><b>Handlingsplan for reduksjon av tvang</b></p> <p><b>Vedtak</b> Saken utsettes til et senere møte</p>
27/2017	<p><b>Eventuelt</b> Ingen saker</p>

## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Telefonmøte  
**Dato:** Ekstraordinært møte 5. mai 2017  
**Tidspunkt:** Kl 09:30

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Ann-Kristin Olsen	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bernadette Kumar	
Geir Nilsen	
Truls Velgaard	
Sigrun E. Vågeng	
Svein Øverland	

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus  
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen  
Kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>053-2017</b>	<b>GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>054-2017</b>	<b>STYRESAMMENSETNINGEN I SYKEHUSPARTNER HF</b>
-----------------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Det er viktig at styret i et helseforetak til enhver tid har nødvendig legitimitet til å ivareta sitt lovpålagte ansvar.
2. Styret i Helse Sør-Øst RHF ga i foretaksmøte 15. september 2016 Sykehuspartner ansvar for å forvalte avtalen med den eksterne leverandøren som skal drifte IKT-infrastrukturen i foretaksgruppen. Det har nå blitt reist betydelig tvil om dette har blitt håndtert på en god måte.
3. Styret i Helse Sør-Øst RHF tar til etterretning at nåværende styreleder i Sykehuspartner har trukket seg med øyeblikkelig virkning. Nestleder i styret for Sykehuspartner HF fungerer som styreleder inntil videre.

Møtet hevet kl 09:55

Oslo, 5. mai 2017

---

Ann-Kristin Olsen  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
nestleder

---

Eyolf Bakke

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bernadette Kumar

---

Geir Nilsen

---

Truls Velgaard

---

Sigrun E. Vågeng

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær

## Møteprotokoll

---

**Styre:** Helse Sør-Øst RHF  
**Møtested:** Telefonmøte  
**Dato:** Ekstraordinært møte 3. mai 2017  
**Tidspunkt:** Kl 16:00

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Ann-Kristin Olsen	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	
Bernadette Kumar	Forfall
Geir Nilsen	
Truls Velgaard	
Sigrun E. Vågeng	
Svein Øverland	

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus  
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen  
Kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>051-2017</b>	<b>GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>052-2017</b>	<b>INFRASTRUKTURMODERNISERING. ORIENTERING FRA ADMINISTRERENDE DIREKTØR</b>
-----------------	---

Saken ble behandlet i lukket møte, jf helseforetakslovens § 26a

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar redegjørelsen fra administrerende direktør om infrastrukturmodernisering til orientering. De innspill som ble gitt i møtet tas med i den videre oppfølgingen av saken.



Møtet hevet kl 17:25

Oslo, 3. mai 2017

---

Ann-Kristin Olsen  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
nestleder

---

Eyolf Bakke

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bernadette Kumar

---

Geir Nilsen

---

Truls Velgaard

---

Sigrun E. Vågeng

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær

## Møteprotokoll

---

<b>Styre:</b>	Helse Sør-Øst RHF
<b>Møtested:</b>	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
<b>Dato:</b>	Styremøte 27. april 2017
<b>Tidspunkt:</b>	Kl 0830-1500

---

### Følgende medlemmer møtte:

---

Ann-Kristin Olsen	Styreleder
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder
Eyolf Bakke	
Kirsten Brubakk	
Christian Grimsgaard	Fra kl 0930
Bernadette Kumar	
Geir Nilsen	
Truls Velgaard	Forfall
Sigrun E. Vågeng	
Svein Øverland	

---

### Fra brukerutvalget møtte:

---

Øistein Myhre Winje
Rune Kløvtveit

---

### Følgende fra administrasjonen deltok:

---

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, kst. fagdirektør Geir Bøhler, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og direktør teknologi og eHelse Thomas Bagley

---

**Saker som ble behandlet:**

<b>035-2017</b>	<b>GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

<b>036-2017</b>	<b>GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 9. MARS 2017</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Protokoll fra styremøtet 9. mars 2017 godkjennes.

<b>037-2017</b>	<b>ÅRSBERETNING MED REGNSKAP OG NOTER 2016</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**VEDTAK**

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2016.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen og årsregnskapet for 2016, basert på innspill gitt i møtet.

<b>038-2017</b>	<b>KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER FEBRUAR OG MARS 2017</b>
-----------------	---

I tilknytning til behandlingen av saken ble det gitt en presentasjon av den særskilte oppfølgingen Helse Sør-Øst RHF gjennomfører i forhold til Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF, Sykehuset Østfold HF og Sykehuset Telemark HF.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapporten per februar og mars 2017 til etterretning.

<b>039-2017</b>	<b>GJENNOMFØRING AV FORETAKSMØTER I JUNI 2017</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret ber styreleder avholde foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst i juni 2017 med behandling av følgende saker:

- Godkjenning av helseforetakenes årsregnskaper og årsberetninger for 2016
- Honorar til revisor i 2016
- Behandling av helseforetakenes årlige meldinger 2016

<b>040-2017</b>	<b>REVIDERT NASJONAL TRAUMEPLAN – TRAUMESYSTEM I NORGE 2016</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar saken om «*Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge 2016*» til orientering og ber om at planen legges til grunn for videreutvikling og organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Sør-Øst.
2. Styret understreker betydningen av at oppfølgingen av traumeplanen skjer i et tett samarbeid mellom de regionale helseforetakene for å sikre pasienter i hele landet størst mulig likhet i spesialisthelsetjenestetilbudet.

<b>041-2017</b>	<b>ANSKAFFELSE AV DIGITALT MULTIMEDIEARKIV</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret godkjenner at det iverksettes konkurranse for anskaffelse av løsning for digitalt multimediearkiv.
2. Styret ber om å bli holdt orientert om anskaffelsesprosessen.

3. Styret skal forelegges sak om innføringsløp for regional løsning for digitalt multimediearkiv med tilhørende kost-nytteanalyse og kostnadsramme.

<b>042-2017</b>	<b>INNFØRING AV REGIONALT LABORATORIEDATASYSTEM – STATUS OG VIDERE PLANER</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret tar redegjørelsen om status i prosjekt for innføring av regionalt laboratedatasystem til orientering.
2. Styret godkjenner innføring av laboratorieløsning for patologi ved alle helseforetak i regionen innenfor en kostnadsramme på 239 millioner kroner.

<b>043-2017</b>	<b>FELLES RETNINGSLINJER OG ENHETLIG PRAKSIS FOR BRUKERMEDVIRKNING PÅ SYSTEMNIVÅ</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

1. Styret i Helse Sør-Øst RHF godkjenner felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak som retningsgivende for foretaksgruppen.
2. Styret ber administrerende direktør om å følge opp retningslinjene og bidra til harmonisering av honoreringspraksis.

<b>044-2017</b>	<b>MØTEPLAN FOR STYRET I HELSE SØR-ØST RHF I 2018</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret godkjenner møtekalender 2018 der følgende styremøter inngår:

- Torsdag 1. februar 2018 - Hamar
- Torsdag 8. mars 2018 - Oslo
- Onsdag 25. (seminar) og torsdag 26. april 2018 - Hamar
- Torsdag 14. juni 2018 - Oslo
- Torsdag 13. september 2018 - Hamar
- Torsdag 18. oktober 2018 - Oslo

- Onsdag 14. (seminar) og torsdag 15. november 2018 - Hamar
- Torsdag 13. desember 2018 - Oslo

I tillegg planlegges det en samling med alle helseforetaksstyrene i februar/mars.

<b>045-2017</b>	<b>ENDRET STYRESAMMENSETNING I STYRER FOR HELSEFORETAK</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret gir valgkomiteen fullmakt til å supplere styrene i de aktuelle helseforetakene med eieroppnevnte styremedlemmer.

<b>046-2017</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: RAPPORT FOR HMS OG SAMFUNNSANSVAR 2016</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar Rapport for HMS og samfunnsansvar for Helse Sør-Øst 2016 til orientering.

<b>047-2017</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: SPESIALISTUTDANNINGEN FOR LEGER – STATUS FOR INNØRING AV NY MODELL I HELSE SØR-ØST</b>
-----------------	--

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar redegjørelsen om spesialistutdanningen for leger – status for innføring av ny modell i Helse Sør-Øst til orientering.

<b>048-2017</b>	<b>ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING</b>
-----------------	---

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med mars 2017 til orientering.

049-2017

**ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2017**

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Årsplan styresaker tas til orientering.

050-2017

**ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA  
ADMINISTRERENDE DIREKTØR**

I tillegg til de utsendte orienteringer ble det i møtet orientert om følgende:

- Foretaksmøte 24. april 2017 med Helse- og omsorgsdepartementet om akuttfunksjoner ved Sørlandet sykehus HF, Flekkefjord
- Tildeling av «Sløseriprisen»
- IKT-infrastruktur. Virksomhetsoverdragelse fra Sykehuspartner til ekstern leverandør. Denne orienteringen ble gitt i lukket møte jf helseforetakslovens § 26a.

**Styrets enstemmige**

**V E D T A K**

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

**Andre orienteringer**

- Styreleder orienterer
- Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 5. april 2017
- Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 7. - 8. mars 2017
- Uttalelse fra årsmøtet 2017 i Ski Sykehus' Venner.

Møtet hevet kl 1455

Hamar, 27. april 2017

---

Ann-Kristin Olsen  
Styreleder

---

Anne Cathrine Frøstrup  
nestleder

---

Eyolf Bakke

---

Kirsten Brubakk

---

Christian Grimsgaard

---

Bernadette Kumar

---

Geir Nilsen

---

Truls Velgaard

---

Sigrun E. Vågeng

---

Svein Øverland

---

Tore Robertsen  
styresekretær