

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 9. Februar 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg: Sakliste

SAK 1/2012: GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 30. januar 2012

Stener Kvinnsland
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

| | |
|------------|---|
| Møtenavn: | Styremøte |
| Dato møte: | 9. februar 2012 |
| Møtetid: | Kl. 8.00 – 14.00 |
| Møtested: | Oslo universitetssykehus, Ullevål sykehus, Søsterhjemmet Bygg 2, rom 461, 4.etg. |

- Sak 1/2012 Beslutning: Godkjenning av innkalling og saksliste
- Sak 2/2012 Beslutning: Godkjenning av protokoll styremøte 15.12.2011
- Sak 3/2012 Beslutning: Rapport og ledelsens gjennomgang 3. tertial 2011
- Sak 4/2012 Beslutning: Årlig melding
- Sak 5/2012 Beslutning: Mål og budsjett 2012
- Sak 6/2012 Beslutning: Vedlikeholdsplan og pålegg fra Arbeidstilsynet og branntilsynet
- Sak 7/2012 Orientering: Arealplan for Oslo universitetssykehus
- Sak 8/2012 Beslutning: Valg av styret i Kreftregisteret
- Sak 9/2012 Beslutning: Avtaler med Oslo kommune etc.
- Sak 10/2012 Orientering: Administrerende direktørs orienteringer

Stener Kvinnsland
sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 9. februar 2012

Saksbehandler: Styresekretær

Vedlegg Utkast til protokoll styremøte 15. desember 2011.

**SAK 2/2012: GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA STYREMØTE 15.
DESEMBER 2011.**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 15. desember 2011.

Oslo, den 2. februar 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

UTKAST

Protokoll

| | |
|-----------|-------------------|
| Møtenavn: | Styremøte |
| | 15. desember 2011 |
| | kl. 08.00 – 14.40 |
| | Radiumhospitalet |
| Referent: | Randi Borgen |

Til stede:

Stener Kvinnsland, leder

Göran Stiernstedt, nestleder, gikk kl. 11.25, var med til og med sak 143

Marianne Borgen

Aasmund Magnus Bredeli

Ellen Christine Christiansen, gikk kl. 14.20. Deltok ikke på sak 149, 150, 151, 152.

Rita von der Fehr

Nina Tangnæs Grønvold

Tor Ingebrigtsen, kom kl. 09.25, ikke til stede på sakene 138,139,141,142.

Merete Norheim Morken

Svein Erik Urstrømmen

Anders Utne

Bjørn Wølsted-Knudsen

Forfall: Barbro Lill Hætta, Ole Petter Ottersen

Til stede fra Brukerutvalget: observatør Nina Adolfsen

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Rolv Økland, Jørgen Jansen, Erik Carlsen, Einar Hysing, Tove Strand, Sølvi Andersen, Jonette Øyen, Erlend B Smeland, m.fl.

Sak 138/2011 Godkjenning av innkalling og saksliste

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner innkalling og saksliste.

Sak 139/2011 Godkjenning av protokoll styremøte 24.11.2011

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 24. november 2011.

Sak 140/2011 Godkjenning av protokoll lukket behandling styremøte 29.09.2011

Behandlet i lukket møte.

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra lukket behandling styremøte 29.09.2011.

Sak 141/2011 Godkjenning av protokoll ekstraordinært styremøte 06.12.2011

Enstemmig vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra ekstraordinært styremøte 6. desember 2011.

Sak 142/2011 Orienteringssak Aktivitet- og økonomirapport per november

Saken beskriver rapportering av aktivitet i virksomheten for november med årsaksanalyse med utgangspunkt i mål og krav for virksomheten innen pasientbehandling og aktivitetsdata, økonomisk resultat og ressursbruk, bemanning og sykefravær samt investeringer og likviditet. Rapporteringen inkluderer situasjonen ut fra utvalgte styringsparametre som korridorpasienter ventelisteutvikling og fristbrudd.

Det er gjennomgående høy aktivitet på de fleste områder. Andel fristbrudd har vært stabilt siden våren, og er noe redusert i november. Ventelistene viser at en økt andel av de som venter mer enn 12 måneder er pasienter uten rett til prioritert helsehjelp. Det har vært en svak nedgang og avflating i ventetid for pasienter med rett til prioritert helsehjelp. Det arbeides løpende med å styrke kvaliteten på datagrunnlag og rydding i ventelistene. Andel korridorpasienter i somatiske sengeposter er på samme nivå som tidligere.

Det negative økonomiske resultatavviket er på 361 mill kroner eller 236 mill kroner når ekstraordinære tapsavsetninger (klinisk arbeidsflate) holdes utenfor. Aktivitetsutviklingen i klinikkens drift viser at foretaket går inn i 2012 med for høye kostnader. En har ikke klart å ta ned bemanning og kostnader i klinikkene og redusert budsjett og aktivitet slik det har vært forutsatt.

Bemanningen har vært redusert med 823 årsverk i forbindelse med endret pasientgrunnlag fra årsskiftet. Antall brutto årsverk er senere redusert med om lag 245. Bemanningsreduksjonen fra november til desember er vesentlig lavere enn forutsatt. Status for tiltak i klinikkene gjennomgå og det er særlig oppmerksomhet mot reduksjon av antall månedsværk for leger.

Sykefraværet hittil i år er 7,4 pst.

I forkant hadde styret fått tilsendt kopi av utdrag (overordnet) fra rapportering sendt Helse Sør-Øst RHF 09.12.

Viseadministrerende direktør Morten Reymert gav en presentasjon av saken.

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporteringen per november til orientering.

Sak 143/2011 Beslutnings sak Budsjet 2012

I saken fremmes forslag til budsjett for drift og investeringer for Oslo universitetssykehus HF i 2012. Budsjettene vil være grunnlag for rapportering gjennom året. Budsjettet er basert på rammetildeling, aktivitetsmål og resultatkrav fra Helse Sør-Øst RHF samt likviditet til investeringer. Det er betydelige utfordringer i å gjennomføre det foreslåtte budsjettet, som bl.a krever reduksjon i antall årsverk fra 2011 til 2012. Hovedoppgaven i økonomistyringen for 2012 er å unngå at det økonomiske resultatet blir ytterligere svekket. Det foreligger ikke tilstrekkelig med tiltak for å styre mot det økonomiske resultatkravet for 2012. Det legges derfor opp til at det må arbeides med ytterligere tiltak. Saken viser også at foretaket har svekket sin økonomiske situasjon siden fusjonen 1.1.2009, og at dette vil fortsette gjennom 2012. Oppdrag og bestilling 2012 og kommunikasjon med Helse Sør-Øst RHF om budsjettet kan føre til endringer i forslaget.

Viseadministrerende direktør Morten Reymert gav en presentasjon av saken.

I diskusjon av saken ble administrerende direktør bedt om å komme tilbake med en egen sak om det samlede rus og psykiatri tilbudet i 2012, sett i lys av bestillingen fra eier, endrede opptaksområder og økt ansvar hos kommunen. Styret ønsket også og få belyst konsekvenser av budsjett tiltakene i 2012 for pasienttilbudet.

Det ble stemt over forslag til vedtak.

Styrerepresentantene Stener Kvinnsland, Göran Stiernstedt, Marianne Borgen, Anders Utne, Tor Ingebrigtsen, Nina Tangnæs Grønvold og Ellen Christine Christiansen stemte for (7) og styrerepresentantene Svein Erik Urstrømmen, Merete Norheim Morken, Aasmund Bredeli, Bjørn Wølsted-Knudsen og Rita von der Fehr semte mot (5).

Etter denne stemmegivningen ble følgende vedtatt:

Vedtak:

1. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2012 slik det fremgår av tabellene 4 (driftsbudsjett) og 8 (investeringsbudsjett) i vedlegg I i styresak 143/2011. Styret tar til etterretning at avstemning i foretaksgruppen kan føre til endringer i budsjettet.
2. Styret har merket seg at det ikke foreligger tilstrekkelig med tiltak som gir sikkerhet for gjennomføring av driftsbudsjettet for 2012 for Oslo universitetssykehus HF. Styret ber på denne bakgrunn administrerende direktør komme tilbake med en samlet tiltakspakke for å sikre gjennomføring av budsjettet.

Mindretallet; styrerepresentantene Svein Erik Urstrømmen, Merete Norheim Morken, Aasmund Bredeli, Bjørn Wølsted-Knudsen og Rita von der Fehr gav følgende protokolltilførsel:

”Ansatte representantene stemmer i mot det fremlagte budsjettforslaget. Fremlegget inneholder vesentlige mangler og uavklarte forutsetninger og dels mangler det konkretisering av tiltak i de ulike klinikkene, dels foreligger det usikkerhet knyttet til de identifiserte tiltak, og disse er for en stor del ikke innbyrdes avstemt. Den fremlagte risikovurderingen inneholder vesentlige mangler og budsjettfremlegget mangler tiltak eller avsetninger nødvendige for å imøtekomme blant annet Arbeidstilsynets pålegg. Den samlede usikkerhet svekker fremlegget i den grad at det ikke er mulig for ansatte representantene og bidra til å vedta budsjettforslaget. Ansatte representantene viser til vedtak i AMU, protokolltilførselene fra vernetjenesten og de ansattes representanter i sykehusets drøfting av budsjettfremlegget.

Ansatte representantene er kjent med at sykehuset er i en særdeles vanskelig økonomisk situasjon. Driften inneværende år har vært krevende, og sykehuset vil få et stort underskudd som bidrar til økte utfordringer i 2012. Til tross for et intensivt arbeid gjennom høsten har klinikkene ikke klart å finne tiltak som imøtekommer de tildelte rammer. Budsjettforslaget er derfor basert på en reduksjon av årsverk fordelt i de ulike klinikker uten at klinikkene har redegjort for hvordan hele denne utfordringen skal håndteres. I budsjettforslaget er det lagt til grunn en omfattende nedbemanning fordelt ut i de ulike klinikkene. Ansatte representantene kan ikke se at dette er gjennomførbart uten at dette vil få uakseptable følger for pasienter, arbeidsmiljø eller gjennomføring av de lovpålagte oppgaver. Dette bekreftes av bruken av innleie og overtid har den senere tid vært økende til tross for iherdige anstrengelser på å begrense unødig bruk. Ansatte representantene kan ikke på noen måte akseptere oppsigelser.

Ansatte representantene mener at sykehusets ledelse gjennom budsjettfremlegget dokumenterer et misforhold mellom de tildelte rammer og oppgavene sykehuset skal ivareta. Ansatte representantene kan ikke se at det er mulig å løse oppdraget innenfor den økonomiske rammen som er lagt til grunn.”

Sak 144/2011 Orienteringssak
Helhetlig plan for samlokaliseringer,
arealutviklingsplan og vedlikeholdsplan

Saken gir en status av arbeidet med planer som omhandler samlokalisering, status for arealutviklingsplan og foretakets arbeid med vedlikeholdsplan på bakgrunn av blant annet Arbeidstilsynets pålegg. Planene for den videre utviklingen av sykehuset begynner og ta form. Det arbeides også med kvalitetssikring av investeringsbehovet for 2013 for å sikre fremdrift i utviklingsplanen. Helhetlig plan for samlokaliseringer inneholder tiltak som planlegges gjennomført i eksisterende bygningsmasse. I arealutviklingsplan er det nybygg og ombygninger for å oppnå ytterligere samlokalisering.

Til saken forelå brev til Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehov 2012 knyttet til samlokalisering.

Prosjektdirektørene Andreas Moan og Cathrine Lofthus presenterte saken.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelsen om helhetlig plan for samlokaliseringer, arealutviklingsplan og vedlikeholdsplan til orientering.

Sak 145/2011 Beslutnings sak
Prosjekt Helsearena Aker

Saken omhandler sentrale premisser for foretakets arbeid med utvikling av Aker sykehus. Det redegjøres for profil og særtrekk ved den framtidige virksomheten på Aker sykehus og prosessene med utflytting av sykehusvirksomhet. Det gis også en oversikt over arbeidet med å avklare på hvilken måte lokaler og bygninger skal disponeres og utvikles, og derved investeringsbehovet. Det ble gitt en presentasjon ved klinikkleder Lena Gjevvert og viseadministrerende direktør samhandling og internasjonalt samarbeid Tove Strand.

Enstemmig vedtak:

Styret tar til orientering redegjørelsen om utvikling av virksomheten ved Aker sykehus. Styret ber om å bli oppdatert jevnlig.

Styret forutsetter videre at administrerende direktør utarbeider en samlet arealplan for Aker sykehus som fremlegges for styret, herunder disponering og eventuell eiendomsutvikling av de delene av Aker sykehus tomt som ikke skal brukes til helseformål.

Styret ber administrerende direktør gå i dialog med Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehovet på Aker sykehus. I denne sammenheng bør det også vurderes alternative modeller for eierskap for områder som skal benyttes av andre enn Oslo universitetssykehus HF.

Sak 146/2011

Orienteringssak

Rapport om Oslo universitetssykehus HF håndtering av terrorhendelsene i Oslo og på Utøya 22. juli 2011

Saken beskriver foretakets håndtering av beredskapssituasjonen i forbindelse med terrorhendelsene 22. juli. Rapporten i saken har som formål og beskrive hendelsesforløpet, dokumentere hvordan helseforetaket håndterte oppgaven og påpeke lærings- og oppfølgingspunkter som det skal jobbes videre med. Rapporten konkluderer med at foretaket løste oppgavene på en tilfredsstillende måte. Alle pasientene fikk god behandling, håndtering av pårørende og psykososial støtte ble også ivaretatt på en god måte.

Enstemmig vedtak:

Styret tar rapporten om Oslo universitetssykehus HF håndtering av terrorhendelsene i Oslo og på Utøya 22. juli 2011 til orientering.

Sak 147/2011

Beslutningssak

Valg av styre i Barnestiftelsen, sammenslåing av stiftelser m.m.

Saken omhandler flere forhold i helseforetakets løpende forhold til stiftelser for å sikre en god og optimal forvaltning:

- Valg av styre i Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus HF
- Sammenslåing av stiftelsen Gave fra Oslo hjemmenes vel inn i en felles fondsstiftelse for Oslo universitetssykehus HF
- Orientering om status vedrørende stiftelsen Det Norske Radiumhospital.
- Orientering om arbeidet med å inngå samarbeidsavtaler med de store stiftelsene med Oslo universitetssykehus HF som formål.

Klinikkleder Terje Rootwelt gav en presentasjon av Barnestiftelsen.

Enstemmig vedtak:

1. Som representantskap i stiftelsen velger styret i Oslo universitetssykehus HF følgende medlemmer i styret for Barnestiftelsen ved Oslo universitetssykehus HF for perioden 1.1.2012 til 1.1.2016:

| | |
|---------------------------|--------|
| Erik Thyness | leder |
| Sverre Olav Lie | medlem |
| Kristin Helene Jahre Ramm | medlem |

2. Styret vedtar å slå stiftelsen Gave fra Oslo hjemmenes Vel inn i en felles fondsstiftelse for Oslo universitetssykehus HF.

3. Styret tar til orientering status for dialog med stiftelser, herunder arbeid med få på plass avtaler for samarbeidet mellom Oslo universitetssykehus HF og større stiftelser som har helseforetakets virksomhet i sitt formål.

Sak 148/2011 Orienteringssak
Strategi for kreftregisteret 2012-2015

Det har vært arbeidet med en strategi for Kreftregisterets virksomhet som er utformet med utgangspunkt i Kreftregisterforskriften. I samsvar med tidligere styrevedtak forelegges strategien styret for diskusjon.

Det ble gitt en presentasjon ved leder av Kreftregisteret Giske Ursin.

Enstemmig vedtak:

Styret tar redegjørelse om Kreftregisterets strategi 2012-2015 til orientering.

Sak 149/2011 Beslutningssak
Status på tiltak etter revisjon av system for
rapportering og oppfølging av styringskrav

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF gjennomførte medio 2011 revisjon av system for rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier som sikrer forankring og gjennomføring. Revisjonen omfattet både styrets ansvar og administrerende direktørs ansvar for å ivareta intern styring og kontroll i foretaket. Saken presenterer funn og arbeidet som er i gang for å forbedre de områdene der konsernrevisjonen påpekte feil/svakheter.

Det ble gitt en presentasjon ved konsernrevisor Liv Todnem.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Styret ber om oppfølging av tiltaksplanen og ber om å få fremlagt ny status vår 2012.

Sak 150/2011 Beslutningssak
Årlig melding 2011

Saken beskriver prosessen med ferdigstillelse og beslutning av Årlig Melding.

Enstemmig vedtak:

1. Styret tar saken til etterretning.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å sende rapporteringsdelen av årlig melding til Helse Sør-Øst RHF den 20. januar 2012 med påfølgende fremleggelse for styret ved første anledning.

Sak 151/2011 Beslutningssak
Møteplan for styret i 2012

På grunn av endringer i styrets sammensetning er det behov for en ny gjennomgang av møteplan til neste år. Styret diskuterte forslag til justert møteplan.

Enstemmig vedtak:

Møteplan 2012

| Ukedag | Dato |
|---------------|---------------|
| Torsdag | 9. februar |
| Torsdag | 29. mars |
| Torsdag | 3. mai |
| Onsdag | 20. juni |
| Torsdag | 20. september |
| Torsdag | 25. oktober |
| Mandag | 17. desember |

Kl.tid: 8-16.

Det settes av følgende tidspunkter som reserve:

Torsdag 31. mai

Torsdag 22. november

Seminar

Onsdag 8. februar, (ettermiddag og kveld)

Torsdag 20. september (ettermiddag og kveld i etterkant av møte)

Sak 152/2011

Orienteringssak

Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktørs orienteringer inneholder presentasjon av forskjellige saker og tema som gjelder drift og utvikling av sykehusets virksomhet.

Enstemmig vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Stener Kvinnsland
Styreleder

Göran Stiernstedt
Nestleder

Marianne Borgen

Barbro Lill Hætta

Ole Petter Ottersen

Nina Tangnæs
Grønvold

Tor Ingebrigtsen

Ellen Christine Christiansen

Anders Utne

Merete Norheim Morken

Aasmund Magnus Bredeli

Bjørn Wølstad-Knudsen

Svein Erik Urstrømmen

Rita von der Fehr

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 9. februar 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans
Direktør fag og pasientsikkerhet

Vedlegg: Tabellvedlegg:

1. Overordnede nøkkeltall - med mål og krav til Oslo universitetssykehus HF
2. Pasientbehandling
3. Forskning og innovasjon
4. Økonomi og finans
5. Bemanning og arbeidsmiljø (HMS)
6. Tilsyn og revisjoner
7. Kommunikasjon og omdømme

SAK 3/2012 LEDELSENS GJENNOMGANG / RAPPORTERING PER DESEMBER 2011 (3. TERTIAL)

Forslag til vedtak:

Styret tar rapporteringen per desember, herunder ledelsens gjennomgang for 3 tertial 2011, til etterretning.

Oslo, den 2. februar 2012

Bjørn Erikstein

1. INNLEDNING OG BAKGRUNN

Styret har tidligere fått egne saker for Ledelsens gjennomgang og ordinær rapportering. På grunn av disse sakenes felles karakter og felles bruk av tallgrunnlag mv legges resultatene fra disse nå frem i en felles sak.

Ledelsens gjennomgang for 3. tertial 2011 ble som ved tidligere tertial gjennomført i dialog mellom administrerende direktør, stabsdirektørene, klinikkledere og avdelingsledere. Møtene var basert på innrapportering til årlig melding og administrerende direktørs bestilling til klinikkene på utvalgte tema.

Temaene for ledelsens gjennomgang 3. tertial var:

1. Ordinær rapportering (Aktivitet, kvalitet, økonomi, bemanning mv)
2. Særskilte temaer; risiko i pasientbehandlingen, internkontroll av det pasientadministrative systemet og ventelistebehandling, harmonisering av arbeidsprosesser og dokumentasjon, sikring av ledelsesmessig fokus og avdelingenes tiltak etter Branntilsynets rapport.
3. Budsjett 2012.

Det er utarbeidet en ny risikoanalyse, og denne benyttes både i forhold til Budsjett 2012 og Ledelsens gjennomgang / rapportering per 3. tertial 2011 (jf vedlegg III til styresak 5/2012).

2. SAMMENDRAG

Gjennomgangen av status og resultater viser kortfattet følgende:

- Aktiviteten i 2011 var høyere enn budsjettert innenfor somatikken. Innenfor psykisk helsevern ble det skrevet ut flere pasienter enn budsjettert, mens den samlede polikliniske aktiviteten var noe lavere enn budsjettert. Innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var aktiviteten samlet omtrent som budsjettert.
- Foreløpig regnskap viser et negativt resultat på 600 mill kroner og et negativt budsjettavvik på 200 mill kroner (1,1 pst av samlede inntekter). Isolert for desember er det et positivt resultatavvik på 160 mill kroner. Dette skyldes flere forhold av ekstraordinær karakter (blant annet bidrag til finansiering av nedskrivning klinisk arbeidsflate og tilskudd til prehospitaltjenester fra Helse Sør-Øst RHF). Videre gir tiltak iverksatt via P500 og andre ekstraordinære tiltak høsten 2011 kostnadsreduksjoner i siste del av 2011. Den underliggende driften har negative avvik også i desember.
- Likviditetsbeholdningen per utgangen av 2011 var mindre negativ enn tidligere varslet. Dette skyldes i stor grad forskjøvet betaling av pensjonspremier, forsinket gjennomføring av investeringer, forskyvninger av konserninterne oppgjør, samt bedre resultat i desember enn tidligere lagt til grunn.
- Bemanningen ble redusert med drøyt 1.000 årsverk i begynnelsen av 2011. Antallet årsverk har vært forholdsvis stabilt gjennom 2011, men noe fallende de siste månedene.
- Klinikken viser forbedringer når det gjelder fristbrudd og ventelister med noen unntak (ortopedi, nevrologi, øye, plastikk).

- Alle klinikkene har også gjennom 3.tertial hatt stort fokus på de pasientadministrative prosedyrene for å sikre korrekt praksis, men det rapporteres fortsatt enkelte feil knyttet til registreringer og usikkerhet vedrørende datakvalitet. Det kontinuerlige arbeidet med opplæring, riktige prioriteringer og systemforbedringer fortsetter. Det vil bli satt ytterligere fokus fra ledelsens side på sikring av god logistikk ved interne og eksterne henvisninger, samt opplæring i pasientrettighetsloven og i de pasientadministrative systemene.
- Kapasitet og tilgjengelighet på tjenester fra klinikk for radiologi og intervensjon er et område som ved tertiales slutt fortsatt er fremhevet som utfordrende med fare for flaskehals i de kliniske miljøene. Sykehusets ledelse vil arbeide videre med problemstillingen og vurdere ulike mekanismer for bedre å kunne tilpasse tjeneste og behov.
- Manglende integrasjon av IKT og nye arbeidsprosesser for å kompensere mangelfulle systemer vil være en vedvarende frustrasjon blant de ansatte inntil dette bedres. Risiko er derfor ikke redusert fra tidligere rapporter. Organisasjonen er fortsatt preget av mange suboptimale løsninger som indirekte medfører kostnader i mange ledd. Det vises til områdeplanen for IKT (vedtatt på styremøte 27.10.2011).

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Gjennomføringen av virksomheten i 2011 fremstod ved årets inngang som svært krevende for Oslo universitetssykehus HF. Helseforetaket skulle overføre virksomhet til andre nærliggende helseforetak, fortsette arbeidet med å integrere de tre tidligere helseforetakene til en driftsorganisasjon og arbeidet med store utviklingsprosjekter innenfor arealområdet og IKT. Ved årets start var den anslåtte økonomiske utfordringen svært stor og gjennomføring av budsjettet stilte store krav nedbemanning.

De økonomiske resultatene for de siste månedene viser noen bedre tendenser samtidig som utfordringsbildet framover ikke er vesentlig endret. Administrerende direktør er fornøyd med at det økonomiske resultatet og dermed gjeldsutviklingen for helseforetaket ser ut til å ha blitt klart bedre enn forventet for bare en måned siden. På den annen side skyldes forbedringen i stor grad engangsforhold slik at situasjonen med for høy bemanning og for høye kostnader ved årsskiftet 2011/2012 ikke er vesentlig endret.

Administrerende direktør konstaterer også at det arbeides godt i organisasjonen med sikte på å bedre pasientsikkerhet og kvaliteten på de tjenestene sykehuset utfører. Fristbrudd og antall ventende med rett til helsehjelp er redusert. Oslo universitetssykehus HF har også vært godt forberedt på gjennomføringen av samhandlingsreformen.

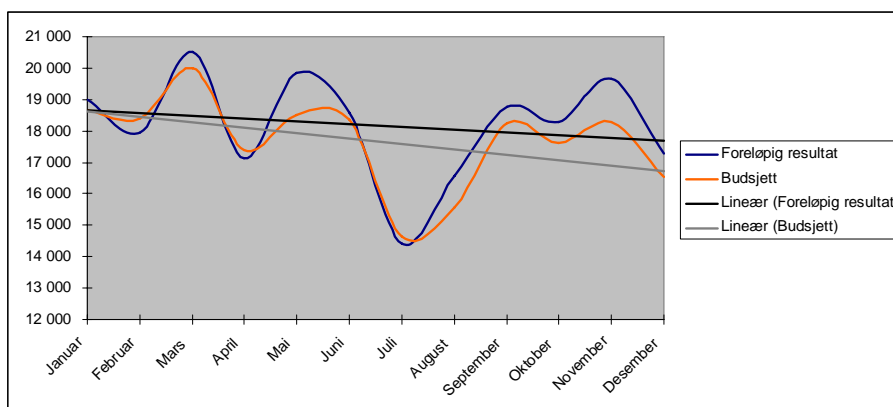
4. PASIENTBEHANDLING

4.1. Aktivitet somatikk

Aktiviteten har vært høy også i desember selv om rapportert aktivitet for desember inkluderer etterregistrering av aktivitet for hele 3. tertial. Foreløpig antall DRG-poeng i 2011 var 2,8 pst (5.892 poeng) høyere enn budsjettet. Dette er en ytterligere økning positivt avvik fra november (fra 2,5 pst). For pasienter fra regionen var det positive avviket på 3,7 pst (7.245 poeng). Effekt av grupper 2011 (anslått effekt til en økning i

DRG-poeng med om lag 1,4 pst fra 2010 til 2011 for uendret reell aktivitet) forklarer om lag halvparten av det positive avviket for antall DRG-poeng samlet og vel en tredjedel av avviket knyttet til pasienter fra egen helseregion.

Den såkalte haleaktiviteten for overføringsområdet var forutsatt avviket fra august 2011. Aktivitetsbudsjettet for somatikken var periodisert ut fra tidligere erfart aktivitetsprofil gjennom året, korrigert for forventet overføring av aktivitet (pasientgrunnlag) fra 1.1.2011 og forventet avvikling av ventelister for elektive pasienter (haleaktivitet). Resultatene viser at aktiviteten innenfor somatikken er redusert i siste halvår, men ikke så mye som forutsatt i periodisert budsjett. DRG-avviket har således økt gjennom året.



For 2011 var det beregnet en overføringsandel til Akershus universitetssykehus HF på 9,9 pst. Som beskrevet ovenfor er aktiviteten redusert i siste halvår, men ikke så mye som forutsatt i budsjettet. De siste månedene av 2011 økte overføringsandelen noe (til 8,1 pst i desember). I forbindelse med analyser av endringer i aktivitet etter overføringen viser det seg at det er gjort endringer i hvilken aktivitet som skal overføres innenfor to områder, som var inkludert i beregnet overføringsgrad på 9,9 pst. Dette gjelder :

- Karkirurgi: Som nå i regi av Helse Sør-Øst RHF har fått formalisert sitt primære opptaksområde til hele Oslo.
- Fødsler og nyfødte i område og lokalsykehusfunksjon skjer i et samarbeid innen hovedstadsområdet. Dette betyr at disse gruppene ikke kan innlemmes i volumet som skal overføres, men kapasiteten skal avstemmes mot de primære oppgavene innen Oslo sykehusområde.

Hensyntatt disse forholdene ville beregnet overføringsgrad blitt noe redusert.

Videre har det i 2011 har vært en betydelig økt aktivitet innenfor enkelte områder hvor Oslo universitetssykehus HF har lands-, region- og flerområdefunksjoner. Dette gjelder særlig innenfor transplantasjonsområdet, øyefaget og nevrokirurgi. Videre har det vært en økning i antall traumealarmer. Den samlede høye aktiviteten kan også skyldes relativt sett høyere aktivitet i overføringsområdene.

Sammenlignet med 2010 er det en reell reduksjon i den somatiske aktiviteten utført ved Oslo universitetssykehus HF (beregnet med samme års grupper) målt i antall DRG-poeng på om lag 7 pst.

4.2 Aktivitet innenfor prehospitale tjenester

Ambulansevirkomheten har hatt en økning i antall oppdrag på 2,7 pst fra 2010 og en økning i antall kjørte kilometer med 7,1 pst. AMK (113) har en vekst i 2011 på 5,7 pst. Pasientreiser har hatt en økning på 1,3 pst. Det vektlegges å samkjøre oppdrag (samle flere bestillinger til en tur) for å redusere reisekostnadene. Det ble samkjørt oppdrag for 82 mill kroner i 2011 og 75 mill kroner i 2010. Overføringen av pasienter fra Aker sykehus til Akershus universitetssykehus HF har medført økt aktivitet og lengre distanser fra Follo-området. Antall intensivtransporter mellom Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF har også økt markant. En betydelig del av kostnadene til prehospitale tjenester er relatert til oppdrag i Akershus universitetssykehus HF's sitt opptaksområde med store avstander.

4.3 Aktivitet psykisk helsevern

For *voksenpsykiatrien* er antall utskrevne pasienter i 2011 høyere enn budsjettert, mens antall liggedøgn er lavere. Reduksjon i liggetid er en ønsket utvikling. Innenfor *alderspsykiatrien* har det vært en endring i henvisningspraksis som medfører at pasientene i større grad kanaliseres via poliklinikk, noe som gir en reduksjon i antall innleggelser.

Poliklinisk aktivitet innenfor *voksenpsykiatrien* var i 2011 om lag 3.000 konsultasjoner høyere enn budsjettert. Samtidig var det et stort negativt avvik for antall oppholdsdager innenfor dagbehandling. Dette gjenspeiler en ønsket endring med mer poliklinisk virksomhet i stedet for dagbehandling ved *alderspsykiatrisk poliklinikk*. Ved inngangen til 2011 ble denne virksomheten lagt om slik at all aktivitet er inntektsgivende polikliniske konsultasjoner. Økningen i polikliniske konsultasjoner tilsvarer imidlertid ikke helt reduksjonen i antall oppholdsdager dagbehandling. Samlet er dagaktivitet og poliklinikk noe lavere enn budsjettert.

Den polikliniske aktiviteten innenfor *barne- og ungdomspsykiatrien* var i 2011 1.268 (-2,6 pst) lavere enn budsjettert. Videre var det 722 dagopphold (-16 pst) færre enn planlagt. Innenfor *døgnvirksomheten* ble det skrevet ut 9 (6,9 pst) flere pasienter enn plantall, mens det var et negativt avvik for antall liggedager på 1.210. Hoveddelen av budsjettavvikene innenfor dag- og døgnvirksomheten skyldes redusert aktivitet som følge av redusert opptaksområde. Dette var ikke hensyntatt i budsjettet for 2011.

4.4 Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Dag- og døgnaktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var i 2011 høyere enn budsjettert, mens den polikliniske aktiviteten var noe lavere. Negativt avvik for poliklinisk aktivitet kompenseres delvis av høyere aktivitet for ikke-refusjonsberettigede konsultasjoner.

4.5 Ventelisteutvikling og fristbrudd

Andel fristbrudd start helsehjelp har holdt seg forholdsvis konstant de siste månedene, med en liten nedgang i november og desember 2011. Andel fristbrudd i somatikken for desember var på 9,9 pst som ligger under den totale gjennomsnittsverdien på 12,2 pst for 2011. Andel fristbrudd i psykiatrien var på 9,0 pst i desember. Andelen ligger under gjennomsnittsverdien (11,1 pst) for 2011. Det arbeides for ytterligere nedgang i antall fristbrudd ved fokus på optimalisering av ordinær drift i avdelingene. Følgende tiltak har vært iverksatt i 2011:

- Etablering klinikkvise ventelisteansvarlige på avdelings- og klinikknivå
- Kontinuerlig ledelsesoppfølging og rapportering
- Rapportering på kritisk dato (nærstående fristbrudd) og fristbrudd
- Ventelistenettverk for gjensidig kompetanseoverføring mellom klinikkene
- Opprettelse råd for ventelisteadministrering ved fagdirektør
- Sjekkliste for ventelisteadministrering

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling for de med rett har hatt en svak nedgang i 2011 og ligger litt under måltallet for summen av ventetid for de med og uten rett. Ventetiden for de uten rett er lengre og økende. Når det gjelder de med rett minker gruppen som har ventet > 12 måneder, mens den øker for de uten rett. Antall ventende har minnet i 2011 både for de med og uten rett. Antall nyhenviste har blitt redusert om lag 10 pst fra 2010 til 2011. Antall nyhenvisninger fra overføringsområdet til Akerhus universitetssykehus HF har falt markert gjennom 2011. For året under ett var nedgangen om lag 63 pst og i desember alene 83 pst sammenliknet med tilsvarende periode året før. En del av nedgangen i antall nyhenviste skyldes sammenslåing av pasientadministrative systemer, endret registreringspraksis og en ganske stram praksis for oversending av henvisninger til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF for pasienter fra overføringsområdene.

Det har i 2011 vært betydelig fokus på ventelisteadministrering og fristbrudd, og dette har vært tatt opp på alle oppfølgingsmøtene med klinikkene.

4.6 Timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning

Oslo universitetssykehus HF har ikke tallmessig oversikt på dette området. Denne rapporteringen er avhengig av en større oppgradering av PasDoc. Dette er så langt ikke gjennomført og vil sannsynligvis ikke komme i gang før til sommeren.

4.7 Andel korridorpasienter

Andelen korridorpasienter i somatiske sengeposter er på et lavere nivå (0,5 pst) i desember enn tidligere. Gjennomsnittsverdien var på 1 pst for 2011. Dette viser en positiv trend i forhold til reduksjon av antall korridorpasienter. Det er ikke rapportert korridorpasienter innen psykisk helsevern.

Korridorpasienter i somatiske sengeposter er problematisk av bemanningsmessige, etiske og brannsikkerhetsmessige årsaker. Tiltak i klinikkene for å redusere omfanget er å benytte senger på tvers mellom avdelinger i klinikken, tidligere legevisitter og utskrivinger av pasienter, og overføre døgnpasienter til dagbehandling eller poliklinisk behandling. Det er forventet at en kan avlaste somatiske sengeposter med økt utnyttelse av Samhandlingsarena Aker.

4.8 Klager fra pasienter og pårørende

Sykehuset registrerer og følger opp alle mottatte henvendelser der pasient, pårørende, pasientombud eller Helsetilsyn klager på behandling eller etterspør informasjon i forbindelse med pasientrettet virksomhet.

| Registrert mottatt | 1. tertial 2011 | 2. tertial 2011 | 3. tertial 2011 |
|---------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Fra Helsetilsynet | 63 | 65 | 65 |
| Fra pasient / | 85 | 69 | 96 |

| | | | |
|------------------|----|----|----|
| pårørende | | | |
| Fra pasientombud | 18 | 17 | 32 |

Kilde sykehusets avvikssystem

Andel klager på informasjon, ventetid og rettigheter har økt noe siden forrige tertial.

Sykehuset tilstreber en profesjonell og korrekt håndtering i besvarelsen av alle klager. Pasientopphold kan inkludere opphold i flere avdelinger og klinikker. Sykdomsbilder er ofte komplekse. Saksbehandling av enkeltklager kan derfor ta tid og medfører mye arbeid med innsamling av informasjon og uttalelser fra involverte avdelinger/medarbeidere. Da sykehuset anser at klager kan være en viktig kilde til læring og forbedring blir avvikssystemet benyttet som oppfølgingssystem i det praktiske arbeidet.

4.9 Pasienthendelser

Ledelse og medarbeidere har et høyt fokus på pasientsikkerhet i Oslo universitetssykehus. Sykehusets utvikling og omstilling skal gjennomføres på en trygg og forsvarlig måte. Økning av registrerte pasienthendelser gjennom tredje tertial bekrefter personalets ansvarlighet ved å melde om nesten-uhell og uheldige pasienthendelser, og tolkes først og fremst som en stadig bedre meldekultur. Høstens medarbeiderundersøkelse bekrefter også at Oslo universitetssykehus har god kultur for pasientsikkerhet.

Antall registreringer i avvikssystemet øker jevnt. Klinikkenes evne til å bruke avviksregistreringer i eget forbedringsarbeid er økende.

Vedlegg 2.6 viser den tertialvise utvikling i 2010 – 2011 for registrering av pasientrelaterte hendelser og avvik fordelt på reell alvorlighetsgrad. Ca 50 pst av registreringene er uten faktiske konsekvenser for pasienten. Dette representerer såkalte ”nesten-uhell”, der forskjellige forhold som rask identifisering av mulig hendelse og riktige kompenserende tiltak har avverget skade. Noen er også registrert som ”risikoforhold”, der for eksempel mangler ved teknologi, organisering eller rutiner etter melderens oppfatning kan medføre økt risiko for pasienter, men uten at en konkret pasient er involvert. Denne type registreringer er meget viktige i forbedringsarbeidet da sykehuset får en reell mulighet til å avdekke risikoforhold og iverksette forebyggende tiltak.

Det var i 3. tertial 39 registrerte dødsfall, hvorav 26 er kategorisert i sammenheng med den medisinske pleie og behandling. En stor andel av disse hendelsene blir videre vurdert som forårsaket av kjente og påregnelige komplikasjoner eller at pasientens sykdom og korte leveutsikter er vesentlig for utfallet. De registreres rutinemessig for dokumentasjon av faktaforhold og vurderinger, samt at Politi og eventuelt Statens helsetilsyns utrykningsgruppe blir varslet etter gjeldende retningslinjer.

Antallet registrerte ”dødsfall og betydelige skader” sammenlagt har økt fra 69 i 2. tertial til 96 i 3. tertial. Prosentvis er andelen slike hendelser av totalantallet registrerte pasienthendelser likevel identisk i 2. og 3. tertial tilsvarende 3,9 pst. Andelen avviksregistreringer med ingen faktisk konsekvens er gått noe opp, fra 47 pst i 1. og 2. tertial til en andel på 50 pst i 3. tertial.

Vedleggene 2.7 og 2.8 viser pasienthendelser 3. tertial 2011 fordelt på type og konsekvens. Størst andel hendelser med forholdsvis alvorlige konsekvenser er innenfor diagnostikk, behandling og pleie. Avvik i forordning av legemidler og blodprodukter er nest største kategori (18 pst). Kjente bivirkninger står for høyest risiko. 97 pst av hendelsene i denne kategorien har mindre alvorlige eller ingen observerbare konsekvenser, noe som er i tråd med internasjonale erfaringer. Den tredje største kategorien er pasientadministrative avvik og samhandlingsavvik (17 pst). Antatte årsaker er introduksjon av nye systemer, ulike IKT-løsninger, endrede arbeidsprosesser og organisatoriske endringer.

Fall / andre ulykker utgjør 8 pst av pasienthendelsene. 7 av 194 registrerte hendelser medførte bruddskader. Fallhendelser kan oppstå på alle avdelinger i sykehuset men en registrerer en overhyppighet for enkelte pasientgrupper. Det arbeides målrettet med risikoreduserende tiltak både lokalt og på sykehusnivå.

Avvik og mangler i den medisinske dokumentasjon utgjør 8 pst av pasienthendelsene. Manglende felles klinisk informasjonsgrunnlag i Oslo universitetssykehus HF er en utfordring. Dette gjelder både journal og flere fagsystemer som for eksempel innen radiologi.

Hendelser i kategorien medisinsk utstyr utgjør 7 pst av pasienthendelsene.

Hendelser knyttet til pasientadferd utgjør 2 pst av pasienthendelsene. I alt 57 hendelser hvorav 7 selvmord og ett drap. Ved alle selvmord hos pasienter som har vært under sykehusets behandling vurderes rutinemessig behandlers vurderinger og behandlingsopplegg grundig av fagmiljøet for å sikre læring og kvalitetsforbedring. Dette utføres også når pasienten ikke har vært innlagt på sykehuset når hendelsen oppstår.

Sykehusinfeksjoner utgjør bare 0,5 pst av pasienthendelsene og viser at det er underrapportering av denne kategorien i avvikssystemet.

Prevalensundersøkelser, som er en øyeblikksregistrering av antall helsetjenesteassosierte infeksjoner hos inneliggende pasienter, er i perioden utført fire ganger i 2011. Den gjennomsnittlige prevalensraten i Oslo universitetssykehus HF var 5,9 pst i 2011.

| Lokalisasjon | Gjennomsnittlig prevalensrate |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Aker | 3,8 % |
| Rikshospitalet/Radiumhospitalet | 5,7 % |
| Ullevål | 6,8 % |

Resultatene fra prevalensundersøkelsene av helsetjenesteassosierte infeksjoner meldes til nasjonalt folkehelseinstitutt.

4.10 Varsler til Statens helsetilsyn

Alvorlige hendelser skal i tillegg til meldeplikten varsles Statens helsetilsyn i en prøveperiode på to år fra 1. juni 2010. Helseforetakene skal umiddelbart (snarest og senest påfølgende dag) varsle Statens helsetilsyn. Se vedlegg 2.9 for oversikt over antall varslinger ved Oslo universitetssykehus HF.

Ett varsel fra Oslo universitetssykehus HF førte til utrykning til annet sykehus. Det har ikke vært tilsynsmessig oppfølging av Oslo universitetssykehus HF i forbindelse med den hendelsen.

4.11 Sikkerhetsanbefalinger

I 3. tertial 2011 har sykehuset innført sikkerhetsanbefalinger basert på analyser og erfaringer fra hendelser og avvik som redskap for å sikre lærings- og kunnskapsoverføring på tvers mellom avdelinger og klinikker. De tre første omhandler forebygging av luftembolier, sikkerhet ved bruk av elektromedisinsk utstyr og bruk av perorale sprøyter (se vedlegg 2.10).

4.12 Pasientsikkerhetskampanjen

Oslo universitetssykehus HF har i perioden deltatt aktivt i det regionale kampanjearbeidet gjennom innføring av deler av kampanjens tiltak og virkemidler.

Baseline for journalgjennomgang med "Global Trigger Tool" (GTT) registrerte hendelser i 2010 ble ferdigstilt og levert innen frist 25. august. Oslo universitetssykehus HF fant pasientskade ved 10 pst av alle pasientopphold, noe som tilsvarer resultater i flere studier utført ved andre sykehus i Europa og USA. Sykehuset er i startfasen for bruk av GTT metodikk og antar at en vil finne høyere tall når metoden er bedre innarbeidet.

Vedlegg 2.11 viser resultatene for Oslo universitetssykehus HF sett i forhold til de regionale og nasjonale resultatene. Fordelingen på skadekategoriene er avvikende ved at Oslo universitetssykehus HF har forholdsvis færre mindre alvorlige skader enn på regionalt og nasjonalt nivå. En mulig forklaring kan være at terskelen for pasientskade er tolket høyere i Oslo universitetssykehus HF. En annen at det reelt sett er en større andel alvorlige pasientskader ved Oslo universitetssykehus HF i og med at sykehuset mottar svært syke pasienter med kompliserte og risikofylte behandlingsbehov.

Sjekkliste og metodikk for "Trygg kirurgi" er gjennomført i viktige deler av den operative virksomheten og man er nå nær en aksept i alle miljøer for at denne skal benyttes ved all operativ virksomhet.

I Medisinsk klinikk er det iverksatt et prosjekt for sikker legemiddelbruk, der avstemming av pasientenes legemiddelbruk og kontakt med kommunale helsetjenester (spesielt sykehjem og primærleger) inngår. Oslo universitetssykehus ved klinikk for psykisk helse og avhengighet leder kampanjens nasjonale referansegruppe på området selvmordsforebygging og reduksjon i bruk av tvang. Oslo universitetssykehus HF deltar i kampanjens referansegruppe på reduksjon av postoperative infeksjoner. På andre deler av Pasientsikkerhetskampanjen er det behov for en forsterket innsats i 2012.

4.13 Nasjonale brukererfaringsundersøkelser (PasOpp) 2011

De foreløpige resultatene fra den nasjonale pasientundersøkelsen 2011 er oversendt helseforetakene for kommentarer. Tallene vil bli endelig publisert av Kunnskapscenteret i 1. tertial 2012 og vil bli kommentert i ledelsens gjennomgang 1. tertial 2012.

4.14 Vedtak - Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Oslo universitetssykehus HF registrerer rutinemessig status i erstatningssaker vurdert gjennom Norsk Pasientskadeerstatning. Tallene er stabile (vedlegg 2.12). Det er vanskelig å kunne avlese trender og iverksette tiltak basert på disse tallene alene da de er små og påvirket av en rekke andre faktorer.

5 FORSKNING OG INNOVASJON

5.1 Vurdering av forskningsaktiviteten

Etter flere år med jevn vekst i forskningsaktivitet samlet for Oslo universitetssykehus HF og summen av de tidligere helseforetakene, viser de siste perioders aktivitetstall og risikoanalyser tegn til avflatende forskningsaktivitet. Klinikkene rapporterer om økende press på ressurser til forskning - særlig mangel på tid og arealer. Dette forventes å gi større utslag på aktivitetstall i senere perioder. Det langsiktige målet for Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF er økt forskningsaktivitet og økt ressursbruk til forskning.

Vedlegg 3.1 gir en foreløpig oversikt over forskningsvirksomheten (antall publiserte artikler) i 2011. Antall publiserte artikler akkumulert for 3. tertial 2011 er trolig noe for høyt registrert pr januar 2012 og den reelle endringen ikke betydelig (kvalitetssikring trekker erfaringsmessig antall artikler ned). Antall publikasjonspoeng (vedlegg 3.2) viser en oppgang i poeng totalt, men ligger imidlertid lavere enn økningen i antall artikler skulle tilsi. Poengene vil antakelig øke noe etter kvalitetssikringen, men det kan også være at et økt antall forfattere/adresser gir utslag på fordelingen mellom institusjonene. Utvikling og årsaker til endringer vil bli analysert nærmere. Antall doktorgrader, med arbeid hovedsakelig utført ved Oslo universitetssykehus, øker fortsatt noe, som en konsekvens av økt eksternt finansiering i de foregående årene.

Dersom sykehuset skal nå målene om økt forskningsaktivitet og ressursbruk, må særlig prioritet gis til planlegging av tid til forskning, skjerming av interne forskningsbudsjetter, økt kvalitet på søknader om eksternt finansiering og tilstrekkelige forskningsarealer i de løpende omstillings- og flytteprosessene.

5.2 Innovasjon

Tallene for innovasjon fra 3. tertial er svært positive sett i forhold til det lave antall DOFI fra 2. tertialrapport, men det totale antall er lavere enn fjorårets tall. To klinikker peker seg særlig positivt ut i forhold til innmeldte oppfinnelser: Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken og Klinikk for diagnostikk og intervensjon. Innovasjonsaktiviteten gjennom den interne Idépoliklinikken er tilfredsstillende i forhold til de ressursene som disponeres. Idépoliklinikken har tatt i bruk mini-HTA (Health Technology Assessment) i vurderingen av nye prosjektideer og metodikk for å måle kost/nytte (inkludert pasient nytte og ansatt nytte) ved implementering av nye produkter/tjenester.

6 UTDANNING AV HELSEPERSONELL

Oslo universitetssykehus HF samarbeider med flere høgskoler i Oslo og Akershus. Høgskolen i Oslo og Akershus er vår største samarbeidspartner når det gjelder mottak av sykepleie- og helsefagstudenter i praksis. I 2011 har Oslo universitetssykehus HF samlet sett hatt 1651 bachelor studenter, hvorav 1.217 sykepleiestudenter. I tillegg har det vært 212 studenter i praksis innen ulike videreutdanninger for sykepleiere. Det er innført en årlig kartlegging av klinikkens behov for kompetanse og som skal danne grunnlaget for videre satsningsområder innen videreutdanningene.

Sykehuset har videre arbeidet med overordnede avtaler med samarbeidende utdanningsinstitusjoner (Høgskolen i Oslo og Akershus og Lovisenberg diakonale høyskole). En avtale med Sykehjemsetaten i Oslo om mottak av helsefagarbeiderlæringer er inngått.

Det tette samarbeidet med Universitetet i Oslo er videreutviklet. Ved Oslo universitetssykehus HF skjer undervisning av medisinstudenter i form av forelesninger, klinisk undervisning, kliniske smågrupper, kurs (for eksempel ved laboratorier), seminarer og problembasert læring. Om lag 85 pst av denne type undervisning av medisinstudenter ved Universitetet i Oslo skjer ved Oslo universitetssykehus HF.

Oppfølgingen av spesialistutdanningen av leger er blitt trappet opp. Et eget forum for lederne av utdanningsutvalgene i våre 41 spesialistutdanninger er etablert.

Sykehuset har i 2011 etablert en liten strategisk koordinerende enhet for utdanning, som i samarbeid med Utdanningsutvalget har fokusert på å kartlegge styrker, svakheter, muligheter og trusler (SWOT analyse) innen grunn-, videre- og etterutdanning. Dette har gitt grunnlag for arbeidet med helseforetakets første utdanningsstrategi. Arbeidet er gjort i nært samarbeid med universitet og høyskoler. Etter høring vil strategien bli forelagt styret.

For å sette fokus på sykehusene som utdanningsarena har Oslo universitetssykehus HF i 2011 arrangert en utdanningskonferanse for hele regionen, fagforeninger, universitet og høyskoler. Konferansen reiste viktige problemstillinger og møtte stor interesse på tvers av institusjoner og profesjoner.

7 OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE

Ansvar for opplæring av pasienter og pårørende er lagt til hver klinikk og den enkelte avdeling. Virksomheten er en forutsetning både for et vellykket behandlingsresultat og for å kunne mestre en hverdag med kronisk sykdom. Virksomheten inneholder både informasjon, undervisning, veiledning og opplæring, og omfatter både de individuelle møtene og den gruppebaserte opplæringen. Flere klinikker har dedikerte lærings- og mestringsansvarlige som ivaretar den gruppebaserte opplæringen.

Sykehuset har definerte mål og en strategiplan for opplæring av pasienter og pårørende. De strategiske valgene er knyttet til igangsettelse av nye tilbud for brukerne, utvikling av samarbeidsformer som sikrer reell brukervedvirkning, tiltak for å bidra til styrende dokumentasjon for å sikre likhet i tilbudet, kompetansehevingstiltak for helsepersonell og brukere, og har fokus på gjennomføring av samhandlingsreformen.

I 3. tertial 2011 fullførte sykehuset en opplærings- og motiveringsmodul for personer som er i risikozonen for å utvikle KOLS. Erfaringene fra kurspakken er meget positiv. Piloten ble gjennomført i samarbeid med Oslo kommune og brukerrepresentanter. Sykehuset utviklet et nytt læringstilbud til personer med muskelskjelett problematikk og startet rekrutteringen fra venteliste til behandling i sykehuset. Kurstilbudet er et "Raskere tilbake" - prosjekt som starter som en pilot våren 2012.

Et pilotprosjekt ble utviklet som et lærings- og mestrings kurs for nydiagnostiserte HIV smittede. Tilbudet ble utviklet med representanter fra ulike pasientorganisasjoner, en rekke fagpersoner langs hele pasientforløpet og representanter fra Helsedirektoratet. Tilbudet planlegger oppstart våren 2012.

Det er videre tildelte midler til 11 prosjekter i klinikkene for å stimulere til utvikling og gjennomføring av nye læringstilbud.

Samtlige klinikker har oppnevnt barneansvarlige. Et eget nettverk for koordinering, kompetanseheving og utvikling av rollen som barneansvarlig er etablert.

8 ØKONOMISK RESULTAT

8.1 Foreløpig resultat 2011

Per desember 2011 viser foreløpig årsregnskap for Oslo universitetssykehus HF et negativt resultatavvik på om lag 200 mill kroner. Det økonomiske resultatet er -600 mill kroner mot budsjettert -400 mill kroner (styregodkjent budsjett). Resultatavviket utgjør vel 1 pst av samlede inntekter.

Det understrekes den foreløpige karakteren til årsregnskapet på dette tidspunkt. Foreløpig regnskap er ikke revidert og gjennomgang med revisor og enkelte forhold som så langt ikke er slutført (blant annet overføring av ferie) kan påvirke resultatet fram mot endelig årsregnskap. I rapportert resultat er det tatt hensyn til kjente forhold, mens der det ennå ikke foreligger tilstrekkelig dokumentasjon er det er lagt til grunn estimater

8.2 Periodens resultat (desember)

Sammenlignet med rapportert resultat per november innebærer det foreløpige årsregnskapet en resultatforbedring på hele 160 mill kroner i desember isolert. Resultatforbedringen i desember skyldes i hovedsak følgende forhold:

| Moment | Beskrivelse | Resultateffekt i desember |
|-----------------------------------|--|---------------------------|
| Klinisk arbeidsflate (KA) | Helse Sør-Øst RHF dekker 75 pst av tapet på KA for den delen som skulle balanseføres. I tillegg var deler av kostnadene dobbeltført. | 100 mill kroner |
| Prehospitaltjenester | Ekstraordinær inntekt fra Helse Sør-Øst RHF til erstatning for manglende avtale med tilhørende betaling fra Akershus universitetssykehus og Vestre Viken HF. | 15 mill kroner |
| Diverse årsoppgjørsvurderinger | Redusert forpliktelse for overlegepermisjoner (blant annet som følge av redusert antall overleger etter overføring av aktivitet til AHUS) og andre forhold (blant annet ISF-avregning 2010 og årsskiftepasienter). NB! Det gjenstår enkelte årsoppgjørsvurderinger. Det kan også komme endringer som følge av revisors revidering av årsregnskapet. | 30 mill kroner |
| Reduserte IKT-kostnader | Avstemming av kostnader mot Sykehuspartner gir en ytterligere reduksjon i kostnader innenfor IKT-området. | 25 mill kroner |
| Korrigerings av feil fra november | I novemberregnskapet ble AS'enes resultat feilført. Dette er korrigert i desember og gir en positiv resultateffekt. | 9 mill kroner |

Uten en resultatforbedring knyttet til forholdene nevnt ovenfor ville periodens resultat vist en resultatforverring på om lag 20 mill kroner. Resultatet for desember viser således at det fortsatt er betydelige negative avvik knyttet til den underliggende driften i klinikkene. Dette gjelder både innenfor psykisk helsevern, TSB og somatikk. De månedlige avvikene fra og med august har imidlertid vært lavere enn i første halvår.

8.3 Resultat 2011: Avvik i forhold til årsbudsjettet

Foreløpig årsregnskap sammenliknet med styrevedtatt budsjett viser følgende: Samlede driftsinntekter viser et positivt avvik på 345 mill kroner, mens de samlede driftskostnadene viser et merforbruk på 530 mill kroner. Finansresultatet er 15 mill kroner svakere enn budsjettet.

Som nevnt ovenfor viser regnskapet et negativt resultatavvik på 200 mill kroner i 2011 i forhold til styrevedtatt budsjett. Det er flere forhold, av både positiv og negativ karakter, som bidrar til å forklare det samlede budsjettavviket. Nedenfor gis en samlet oversikt:

| Moment | Beskrivelse | Resultateffekt i mill kroner |
|--|--|------------------------------|
| Ikke-disponerte midler (reserve for uforutsette forhold) | Kostnader | 123 |
| | Inntekter | 70 |
| Nye forhold i løpet av budsjettåret av ekstern karakter eller som ikke er relatert til gjennomføring av planlagt drift | OUS tap på investering i Klinisk arbeidsflate | -25 |
| | Terrorhandlingene 22. juli (ekstrakostnad kompensert med ekstra inntekt) | 0 |
| | Gevinst salg av eiendom | 30 |
| | Ekstraordinært tilskudd prehospitaltjenester | 15 |
| | Sykelønn (tap tidligere år, bokført 2011) | -25 |
| | Økt enhetspris ISF | 12 |
| | Ekstraordinære inntekt Oslo sykehusservice | 10 |
| | Lønnsoppgjør 2011 | -125 |
| Gjennomføring av ordinær drift i 2011 | Avvik klinikk psykisk helse og avhengighet | -47 |
| | Avvik somatiske klinikker | -490 |
| | Avvik stab/støtte/IKT | 110 |
| | Merkostnader pensjon (lavere nedbemanning) | -74 |
| | P500 (omdisponering av midler til prosjekter mv) | 122 |
| | Netto avskrivninger / finans | 38 |
| | Årsoppgjørsvurderinger | 30 |
| | Diverse | 26 |
| Sum totalt | | -200 |

I vedlegg 4.2 gis en nærmere redegjørelse for avvik per ØBAK-linje (rapporteringsformatet til Helse Sør-Øst RHF).

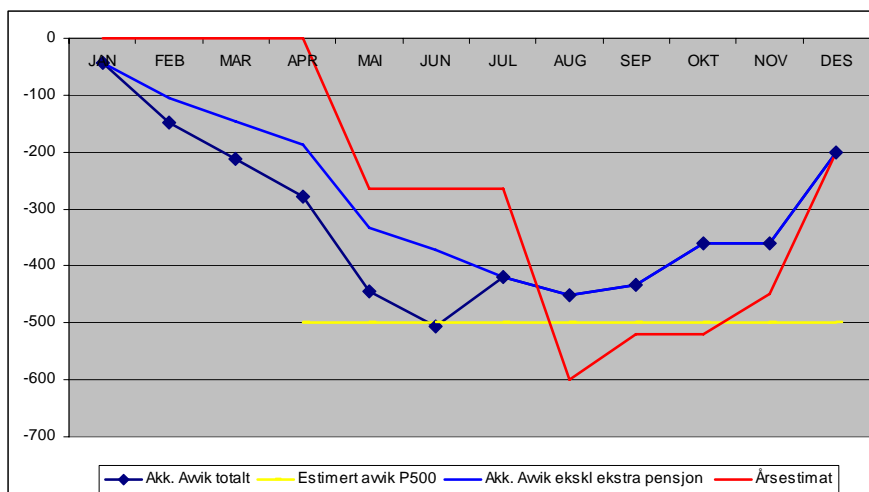
8.4 Nærmere om resultatutviklingen gjennom 2011

Gjennom første del av 2011 og frem til august 2011 økte foretakets samlede negative budsjettavvik hver måned. Per august ble det rapportert et akkumulert budsjettavvik på -451 mill kroner. I siste del av året er budsjettavviket redusert med 251 mill kroner, til -200 mill kroner per utgangen av desember (foreløpig årsresultat). Momenter som bidrar til resultatforbedringer er både av intern og ekstern art:

| Moment | Beskrivelse | Resultateffekt i mill kroner |
|---|---|------------------------------|
| Nye forhold etter august av ekstern karakter eller som ikke er relatert til gjennomføring av planlagt drift | Helse Sør-Øst RHF dekker 75 pst av tapet på KA for den delen som skulle balanseføres. Videre var deler av kostnadene dobbeltført. | 100 |
| | Finansiering av netto merkostnader/-inntektstap relatert til terrorangrepene 22. juli | 33 |
| | Gevinst fra salg av eiendom | 13 |
| | Tilskudd til prehospitale tjenester | 15 |
| | Økt enhetspris ISF | 12 |
| | Ekstraordinære inntekter OSS | 10 |
| Gjennomføring av ordinær drift i 2011 | Økt underskudd i klinikkene | -150 |
| | Positivt avvik stab/støtte (inkl IKT) | 117 |
| | P500: Reduksjon i omstillingskostnader | 53 |
| | Reduserte avskrivningskostnader og resultateffekt av ulike årsoppgjørsvurderinger mv | 48 |
| | SUM | 251 |

Oppsummert er de negative avvikene knyttet til gjennomføring av driften redusert, men det er fortsatt store negative avvik i klinikkene. Deler av reduserte budsjettavvik i de somatiske klinikkene skyldes i stor grad høyere aktivitet enn budsjettert. Videre har gjennomføring av tiltak fra P500 og senere vedtatte tiltak høsten 2011 redusert helseforetakets kostnader.

Figuren under viser utviklingen i resultatavvik gjennom 2011.



8.5 Investeringer og likviditet

I 2011 ble det investert for om lag 480 mill kroner knyttet til videreføring av drift og omstilling. Innenfor videreføring av drift var brannsikring av midtblokka på Ullevål det største enkeltprosjektet. Prosjektet avsluttes i 2012 og er slutfasen av et større prosjekt for å bedre brannsikkerheten i bygget. Det er også gjort noen store utskiftninger innenfor medisinskteknisk utstyr, i tillegg til reinvesteringer ved sammenbrudd. Planlagt utskiftning av ambulansesflåten er et prosjekt som går over flere år, og i 2011 ble det investert om lag 20 mill kroner i ambulanser. Innenfor omstillingsprosjektene er nytt akuttbbygg det største enkeltprosjektet. Prosjektets fremdrift går i henhold til plan og er forventet ferdig i 2014. I 2011 ble flere andre

omstillingsprosjekter klare for byggestart. Noen prosjekter ble også ferdigstilt for bruk av klinisk virksomhet.

Ved utgangen av desember var likviditetsbeholdningen for Oslo universitetssykehus HF - 2.464 mill kroner mot budsjettert minus 3.334 mill kroner. Selv om det negative resultatavviket isolert bidro til en dårligere likviditetssituasjon, var det flere forhold som bedret likviditetssituasjonen. Betalt pensjonspremie var om lag 430 mill kroner lavere enn budsjettert. Dette skyldes både utsettelse av premiebetaling til 2012 og at oppsparte midler i pensjonskassene ble benyttet for å finansiere pensjonspremier. I tillegg var investeringsutbetalingene om lag 180 mill kroner lavere enn opprinnelig budsjettert, herav 70 mill kroner for å sikre foretakets likviditet (jf. styresak 49/2011). For øvrig var det betydelig mellomværende med Helse Sør-Øst RHF som ikke ble gjort opp innen årets slutt. Det var også andre endringer i kortsiktige fordringer og gjeld som avvek fra forutsetningene i budsjettet.

9 BEMANNING, SYKEFRAVÆR OG ARBEIDSMILJØ

9.1 Utvikling månedsverk siste måned (desember 2011 –januar 2012)

Antall brutto månedsverk er redusert fra 17.231 i desember til 16.915 i januar. Dette gir en reduksjon 315 månedsverk siste måned. Endringen fra desember til januar inkluderer en teknisk økning i antall månedsverk (uten tilsvarende økning i kostnader og reell ressursbruk) for overleger på om lag 60 som følge av bytte av lønnsmodell for overleger ved flere avdelinger. Korrigert for dette er den reelle reduksjonen i utførte månedsverk 375 fra desember i fjor til januar i år. En del av dette er reduksjon i antall eksternt finansierte månedsverk, og en del av endringen skyldes ansatte med stoppdato 31.12 hvor ansettelsesforholdet skulle vært forlenget. Dette vil bli korrigert i februar. På bakgrunn av ovennevnte forhold er det for tidlig å si om den underliggende bemanningen faktisk er redusert siste måned.

9.2 Konvertering av lønnsmodell for overleger

I september 2010 ble Oslo universitetssykehus HF og DNLF enig om overenskomst del B for foretaket. I overenskomsten er det åpning for to ulike lønnsmodeller basert på modellene som var ved henholdsvis Aker/Ullevål og ved tidligere Rikshospitalet. De to modellene er hovedlønnsmodell (A2) og alternativ modell. Klinikkerne valgte i begynnelsen av januar 2011 hvilken lønnsmodell klinikken/avdelingene skulle avlønnes etter. Etter valget må en del overleger konverteres fra den ene modellen til den andre dersom valget medførte bytte av modell. Den tidligere Rikshospitalets lønnsmodell var basert på et totallønnskonsept, dvs at utvidet arbeidstid utover 38/40 timer ikke var registrert i lønns- og personalssystemet. For de overleger som bytter fra tidligere Rikshospitalet modell til hovedlønnsmodell vil nå utvidet arbeidstid bli registrert, noe som medfører en økning i årsverkstall for overleger uten at det fører til en kostnadsøkning. For leger fra Aker/Ullevål modellen som bytter til alternativ modell vil vi få den motsatte effekt. Etter å ha gjennomført konverteringen mellom modellene er netto økning i beregnet antall årsverk for overleger ved Oslo universitetssykehus 63,99. Isolert sett har omleggingen ikke endret de reelle lønnskostnadene for overlegene og heller ikke reell ressursinnsats i sykehuset.

9.3 Resultat årsverksreduksjoner 2011

Den samlede årsverksreduksjonen for Oslo universitetssykehus i 2011 var på 1.068 i

forhold til 2010. Dette inkluderer 561 årsverk som ble virksomhetsoverdratt til Akershus universitetssykehus HF og ytterligere 262 årsverk knyttet til ansatte som frivillig gikk fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF/Vestre Viken HF fra 1.1.2011. Til sammen ble dermed bemanningen redusert med 823 årsverk direkte som følge av endret pasientgrunnlag fra årsskiftet. Resterende 245 årsverk ble redusert som følge av strammere bemanningsstyring og klinikkens innplasseringsprosesser.

9.4 Videre arbeid med bemanningsstyring og reduksjon av årsverk i 2012

Ordningen med sentralt stillingsutvalg og særlig oppmerksomhet rettet mot legeårsverk via eget underutvalg for overleger fortsetter i 2012.

Erfaringer med bemanningsstyring i klinikkene vil bli gjennomgått og mulighetene for forbedringer og mer enhetlig praksis vil bli vurdert. Dette inkluderer erfaringene med lokale stillingsutvalg der dette er innført. På bakgrunn av endelige måltall for bemanning i henhold til budsjett 2012 må klinikkene i samarbeid med HR-stab gjøre en vurdering behovet for nye innplasseringsprosesser i 2012.

9.5 Bruk av variabel lønn (overtid og mertid)

Variabel lønn er et av oppfølgingspunktene både i klinikkens månedlige økonomi- og aktivitetsrapportering til ledelsen og den ukentlige oppfølgingen. Samtlige klinikker melder økende fokus på variabel lønn. Temaet følges opp fast i driftsmøter og det holdes fokus på dette i linjen, med bistand fra HR etter behov.

For øvrig rapporteres fortsatt fokus på flere typer av tiltak for å unngå overtid og mertid:

- Bruk av ekstravaktpool
- Tilpasse aktiviteten, redusere overbelegg
- Ressursbruk på tvers av enheter
- Styrt ferieavvikling
- Minimere vakanser
- Rekruttering til riktig tid for å unngå ekstraarbeid ved ledige stillinger
- Endre vaktlengde og bruk av forskjøvet vakt

Bruken av variabel lønn per desember 2011 ligger over plantall for syv av 9 klinikker. Det systematiske arbeidet med å redusere variabel lønn vil derfor fortsette. Dette må sees i sammenheng med brudd på arbeidstidsbestemmelsene hvor tertialsvis rapportering i 2011 viser en reduksjon i antall brudd.

9.6 Innleie av helsepersonell

Utviklingen i innleie av helsepersonell følges i klinikkens månedlige økonomi- og aktivitetsrapporter til ledelsen. Kostnadene er ikke redusert som forutsatt i siste del av 2011.

9.7 Sykefravær

Sykefraværet i 2011 (per november) er 7,4 pst. Gjennomsnittlig registrert sykefravær ligger på samme nivå som tilsvarende periode i 2010. Det gjøres oppmerksom på at det er feil i Sykehuspartnes beregning av sykefravær, jfr vedlegg 5.4.

Det er gjennomført opplæringstiltak om det nye regelverket for sykefraværsoppfølging. I tillegg har klinikkene utarbeidet egne IA-delmål og handlingsplaner med tiltak for å nå målet om redusert sykefravær.

9.8 Medarbeiderundersøkelsen

Basert på totalresultatene for sykehuset er mål, tilhørighet og endring og omstilling forbedringsområder, mens pasientsikkerhetskultur er et bevaringsområde. På området mål fikk Oslo universitetssykehus HF en score på 61 på en skala fra 0-100, til forskjell fra referansen (Helse Sør-Øst RHF) som hadde en score på 66. På området tilhørighet scorer Oslo universitetssykehus HF 70 (referansen: 75). På området endring og omstilling fikk Oslo universitetssykehus HF en score på 46. På dette området har vi ingen ekstern referanse fordi dette er at av de temaene som er spesifikt for helseforetakets sin undersøkelse. Det blir derfor viktig å følge denne indikatoren nøye til neste år, fordi vi da har underlag til å sammenligne utviklingen på dette temaet over tid. Når det gjelder pasientsikkerhetskultur scorer Oslo universitetssykehus HF 81. Dette ligger litt over snittet i Helse Sør-Øst RHF der snittscoren er 80 på dette temaet.

I etterkant av kartleggingen har det vært gjennomført tilbakemeldingsmøter i alle enheter der personalgruppen har arbeidet med tiltak for utvikling av eget arbeidsmiljø. Resultatet av dette arbeidet spilles inn i sykehusets videre prosess med HMS-rapportering og HMS-oppfølging. I forbindelse med at det fra neste år er et krav om at sykehuset skal innføre elektronisk handlingsplan har vi gjennomført en pilot på denne i Kvinne - og barnekliviken. Tilbakemeldingene på dette verktøyet er gode så langt, og erfaringene fra piloten er et viktig underlag for planlegging og utrulling i resten av sykehuset i 2012.

9.9 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene

En kan se at en positiv utvikling med reduksjon i antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene fortsetter. Sammenlignet med 2. tertial har totalt antall brudd gått ned med om lag 18 pst. Det understrekes at dette må tolkes som en trend og ikke et absolutt mål på nedgangen på grunn av usikkerhet i tallgrunnlag og manglende rapportering fra enkeltenheter.

Årsaken til nedgangen i antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene er sammensatt. Tiltak som er iverksatt og som har gitt positive resultater i flere klinikker er fordeling av overtid på flere ressurser, tilpasning av vaktlengder ved overtid, inngåelse av avtaler om utvidet arbeidstid, og sykefraværsarbeid.

Klinikkene melder også at det generelle fokuset på arbeidstid sammen med innføringen av rutiner for rapportering av både overtid og brudd på arbeidstidsbestemmelsene, sammen med økt kompetanse innen regelverk og ressursstyringssystemer, gjør at mange avdelinger får redusert overtid og brudd. Samtidig følges klinikkens variable lønnskostnader opp ukentlig sentralt.

Brudd på årsregelen øker fra andre til tredje tertial. I Akuttklinikken og Klinikken for diagnostikk og intervensjon er økningen stor. Dette må sees i sammenheng med at antall brudd på årsregelen naturlig vil øke mot slutten av et år og særlig der overtidbruken er høy. I tillegg er det meldt ekstraordinære driftssituasjoner som gjør at overtidbruk og brudd øker spesielt i Klinikken for diagnostikk og intervensjon.

I Klinik for diagnostikk og intervensjon er det avdelingene for medisinsk biokjemi (MBK) og radiologi og nukleærmedisin (ARN) som har en økende andel brudd. Sistnevnte øker mest. Klinikken begrunner økningen i disse to avdelingene med konsekvenser av installering av ny maskinpark i MBK og implementeringen av felles RIS/PACS mellom Ullevål og Aker i ARN i løpet av høsten 2011. Dette har ført til mer overtidsbruk i tillegg til utfordringer med døgnturnuser og kompetansekrav begge steder.

Akuttklinikken mangler ansatte i flere budsjetterte stillinger og begrunner mye av bruddene i dette. De arbeider videre med oppfølging av sykemeldte for å få redusert sykefraværet. Bruddene vil også bli redusert når klinikken får avsluttet arbeidet med å legge inn alle avtalene i GAT som i dag utløser brudd selv om det er gitt dispensasjon.

9.10 HMS-avvik 3. tertial 2011

HMS-avvik er forhold (uønskede hendelser, tilløp til slike og uønskede tilstander) som ikke er i tråd med de målsetninger Oslo universitetssykehus HF har for HMS. Det er også forhold som er i strid med HMS-krav i lover og forskrifter eller forhold som på annen måte påvirker arbeidsmiljøet og/eller ansattes helse negativt.

Det ble meldt 2.261 HMS-avvik i 2010 og 3.671 HMS-avvik i 2011, hvilket gir en økning på ca. 60 pst. Økningen antas å skyldes dels at HMS avvikssystemet blir stadig bedre kjent i organisasjonen og dels at det særlig meldes vesentlig flere avvik relatert til arbeidsmiljøforhold enn tidligere.

Det er sykehusets inntrykk at avviksbehandling av de aller fleste ansatte og ledere oppleves som nyttig, fører til risikoreduksjon og arbeidsmiljøforbedringer.

Vedlegg 5.6 viser totalt antall registrerte HMS-avvik i 2011 fordelt på årsverk. Snittet for Oslo universitetssykehus HF er 0,23 registreringer pr. årsverk, mens klinikkene varierer mellom 0,51 (psykiatri og rus) og 0,10 (kreft/ kirurgi). Forskjellene representerer nok i noen grad forskjellige arbeidsmiljøutfordringer men sannsynligvis i hovedsak forskjell i meldekultur.

Når et avvik registreres skal den som registrerer avviket gi en skjønnsmessig vurdering av faktisk (reell) konsekvens av hendelsen/forholdet. Leder skal så kvalitetssikre melderens risikovurdering og endre ved behov. Imidlertid skjer ikke dette alltid og det fører til både over- og undervurdering av konsekvens, mest det første. Vedlegg 5.7 viser en fordeling av hvor alvorlige konsekvenser avvikene har blitt vurdert til å ha hatt ut fra de fem gradene: ingen konsekvens, mindre alvorlig konsekvens, moderat skade, betydelig skade, og unaturlig dødsfall. Ca. 80 pst av de registrerte HMS avvikene er vurdert å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens (grønn + gul).

Skadepotensialet (vedlegg 5.8) har derimot en mer alvorlig risikoprofil. Ca. 60 pst er vurdert å ha ingen eller mindre alvorlig potensiell konsekvens (grønn + gul). Mens ca. 40 pst faller innenfor summen av gradene: Moderat skade, betydelig skade og unaturlig dødsfall (oransje + rød). Dette understreker viktigheten av å arbeide systematisk med konkrete forebyggende forberingstiltak der en bruker et hvert avvik som en forbedringsmulighet.

9.11 Skade på ansatte

Totalt ble det registrert 1.532 avvik i hovedgruppen ”Skade på ansatte” i 2011 mot 1.273 i 2010, hvilket er en økning på 1,2x. Den største undergruppen var ”Vold, trusler/ utagerende adferd” med 708 avvik. Antallet reflekterer et betydelig antall hendelser der ansatte ble utsatt eller stod i fare for å bli utsatt for vold, trusler/utagerende atferd, primært fra pasienter innen psykiatri og rus, noe som har sammenheng med arbeidets art. Hendelsene utgjør en stor belastning for mange av de ansatte som regelmessig i arbeidet utsettes for slike forhold.

Den nest største undergruppen var ”Stikk/kutt med smitterisiko” hvor det ble meldt inn 351 avvik. Stikkskadene har ofte sammenheng med feil rutineutførelse, samt høy arbeidsmengde og tidspress som gir risiko for flere feilhandlinger.

9.12 Arbeidsmiljø

Totalt ble det registrert 1.179 avvik i hovedgruppen ”Arbeidsmiljø” i perioden i 2011 mot 628 i 2.010. Det ser ut til at organisasjonen er blitt flinkere til å melde arbeidsmiljørelaterte avvik.

”Arbeidspress” er den største undergruppen, og også den som har økt mest. Totalt ble det meldt 255 avvik i 2011 mot 60 i 2010, hvilket utgjør er en økning på 4,3. Eksempler på avvikstitler er: Stor arbeidsmengde, underbemanning, for lite ressurser, ikke tid til å ivareta personlige behov, overbelegg, mange dårlige pasienter, feilhandlinger på grunn av stress, belastning på grunn av feil i administrative systemer.

Vedlegg 5.9 viser fordeling av avvik kategorisert som ”arbeidspress” sortert på klinikker. Tre klinikker peker seg negativt ut: Kvinne- og barneklubben (KVB), Akuttklubben (AKU) og Klinik for kirurgi og nevrofag (KKN). En mer detaljert gjennomgang av avvikene viser at det er opphopning av avviksmeldinger i enkelte avdelinger/seksjoner i alle de 3 angjeldende klinikkene og at det ikke er hele klubben som er berørt.

Nest største undergruppe er ”Bemanning / omstilling” med 227 avvik. Det dreier seg oftest om ubalanse mellom ressurser og oppgaver. Eksempler på titler er: Mangelfull bemanning, underbemanning, for lav grunnbemanning, bemanning ikke i samsvar med aktivitetsnivå, for lite legerressurser, for lite sykepleierressurser, mangler pasientkoordinator/portør.

Tredjestørste undergruppe er ”Informasjon / samhandling” med 186 avvik. Eksempler: Manglende koordinering, manglende informasjon, kommunikasjonssvikt, brudd på rutiner.

Vedlegg 5.10 viser hvordan HMS-avvikstypene fordeler seg på hovedkategorier i klinikkene. Dette avspeiler forskjellige arbeidsmiljøutfordringer i klinikkene.

De 3 største avviksgruppene i hver klinikk:

- Psykiatri/avhengighet: Vold/trusler, informasjon/samhandling, bemanning/omstilling
- Medisin: Rømningsveier, stikkskader, bemanning/omstilling
- Kirurgi/ nevro: Stikkskader, arbeidspress, bemanning/omstilling
- Kvinne/ barn: Arbeidspress, stikkskader, bemanning/omstilling
- Kreft/ kirurgi: Stikkskader, informasjon/samhandling, arbeidspress

- Hjerte/ lunge: Stikkskader, arbeidspress, bemanning/omstilling
- Akutt: Stikkskader, arbeidspress, bemanning/omstilling
- Diagnostikk/ intervensjon: Stikkskader, inneklima, smittevern
- Oslo sykehusservice: Orden og renhold, rømningsveier, fall/slag/støt/klem/stikk/kutt
- Stab: IT-utstyr/IT-systemer

10 KOMMUNIKASJON OG OMDØMME

10.1 Pasienter og pårørende

Sykehusets primære målgruppe er pasientene og deres pårørende. Den viktigste kommunikasjonskanalen overfor disse, i tillegg til den direkte pasientkontakten, er internett. Til sykehusets egen og regionens felles nettløsning leveres fortløpende felles helsefaglig pasientinformasjon om sykdommer, undersøkelser og behandlinger. Den tekniske løsningen som er felles for helseregionen har hittil hatt en såpass krevende forvaltningsmodell at feil ikke rettes. Dette, sammen med at hver klinikk har hatt belastninger i forbindelse med et krevende budsjettarbeid, har gjort at utvikling av nettsiden har gått saktere enn ønsket i kvartalet. Likevel er det i høst 2011 lansert en egen barne- og ungdomsweb, særlig tilpasset barn og unge som pasienter eller som pårørende. Her presenteres f eks informasjon om hva man kan forberede seg på før man kommer, hva som skjer på sykehuset, hva man kan ha med seg, og en liten sykehusordbok. Status for det fagstoffet som er publisert ved utgangen av 2011 for nettsiden for øvrig er:

169 diagnoser
76 undersøkelser
90 behandlinger

Dette er publisert slik at de også er tilgjengelige for andre sykehus i regionen (understøtter regional løsning). 279 enheter har publisert informasjon om seg og sitt tilbud. 330 lokale redaktører i klinikkene er skolert til å publisere og forvalte pasientinformasjon på regional webløsning.

Fra januar er det opprettet et prosjekt i kommunikasjonsstaben som skal arbeide særskilt med foredling av pasientkommunikasjonen, både på nett, papir og i andre kanaler (f eks sosiale medier). Sykehuset har hatt stor suksess med boken Meg også, - bok til barn som pårørende som kommunikasjonsstaben ved sykehuset er ansvarlig for, og har inngått et samarbeid med Universitetsforlaget om et nasjonalt opptrykk slik at den nå blir tilgjengelig også for andre helseforetak.

Gjennom 2011 har Helse Sør-Øst gjennomført kvartalsvise omdømmeundersøkelser. Undersøkelsen viser følgende: "Andel med meget eller ganske stor tiltro til spesialhelsetjenesten brutt ned på sykehusområdene i Helse Sør-Øst¹". Se resultater i vedlegg 7.1.

10.2 Intern kommunikasjon

Intranettet er sykehusets primærkanal for informasjonsdeling, debatt og kulturbygging, og ukentlig oppsummering av nyheter sendes ut både elektronisk og på papir. I tillegg er intranettet inngangen til en rekke felles systemer og verktøy. Alle nyhetssaker har kommentarfelt for leserne, og en mulighet for å "like" saken (som f eks på Facebook).

¹ Undersøkelsen gjennomføres av Respons og har ca 3000 respondenter til sammen i helseregionen.

Kommentarfeltene brukes stadig hyppigere, men fortsatt er det mange saker som står ukommentert.

I perioden er det kjørt 11 opplæringskurs for 105 lokale redaktører.

Oversikt over de mest brukte verktøysidene /infosidene i tertialet og de mest leste nyhetssakene fremkommer i vedlegg 7.2.

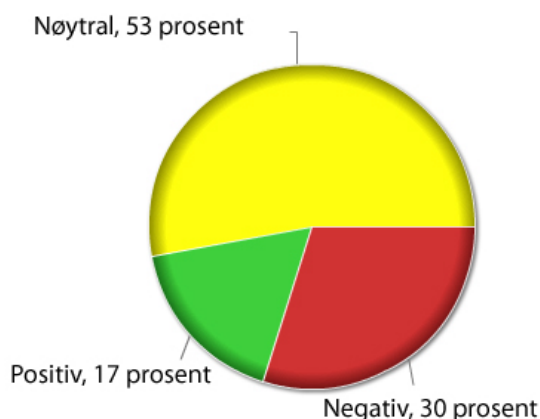
En liten pilot med skjermbasert informasjon er kjørt, foreløpig i tårnhuset på Ullevål. Hensikten er å finne en god, rimelig og synlig måte å vise nyheter og informasjon fra sykehuset på, bla. til medarbeidere som av ulike årsaker ikke leser intranett jevnlig. Skreddersøm for den enkelte enhet er mulig og kan øke etterspørselen etter dette. I første omgang vurderes dette til interninformasjonsbehov og beredskap. Lykkes man med å rulle ut et godt system med en god forvaltning vil det vurderes brukt overfor pasienter/besøkende på sykehuset.

Det gis ut ett papirbasert nyhetsbrev i måneden til alle ansatte, fra ledelsen. I tillegg utgir enkelte klinikker lokale nyhetsbrev, og det er gitt ut til sammen 22 nyhetsbrev i klinikkene i 3 tertial, fordelt slik:

- Klinikk for psykisk helse og avhengighet: 5
- Medisinsk klinikk: 4
- Klinikk for kirurgi og nevrofag: 1
- Hjerte- lunge-, karklinikken: 1
- Kvinne- og barneklubben: 2
- Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben: 2
- Akuttklubben: 1, samt en egen blogg på intranett ved klinikkleder
- Klinikk for diagnostikk og intervensjon: 3
- Oslo sykehusservice: 3

10.3 I media

Det var mange medieoppslag om Oslo universitetssykehus HF også i tredje tertial (4637 oppslag). Sakene ble vektet slik:



Mediene hadde en større prosentandel negative oppslag i tredje tertial (30 prosent) enn tidligere tertialer. Av de 1.383 negative sakene, var det følgende som dominerte mediebildet:

- Glemte å innkalle til kreftkontroll (om en ni år gammel gutt som ikke ble innkalt til kontroll)

- Datasammenbrudd hos ambulansene 22. juli. (vår egen rapport offentliggjort)
- Overleger misfornøyde med arbeidsmiljøet (om en undersøkelse utført på vegne av Overlegeforeningen)
- Sykepleiere fra Aker sier opp i protest mot at de har dårligere lønn enn de på Ullevål
- De tillitsvalgte har mistet tilliten til ledelsen og til Helse Sør-Øst
- Fylkeslegen gransker slagbehandling. Pasienter kan ha dødd eller blitt skadet på grunn av forsinket behandling
- Brudd på arbeidstidsbestemmelsene 13000 ganger de siste fire månedene
- Kan bli blinde på grunn av kutt (om pasienter på øyeavdelingen)
- Oslo universitetssykehus risikerer millionbøter. Må betale dagbøter på 1 million kroner dersom sykehuset ikke får på plass en vedlikeholdsplan innen 1. mars neste år.
- Tilfeldig varsling av prehospitalt personell 22. juli.(vår egen rapport offentliggjort)
- Oslo universitetssykehus varsler store kutt

Oslo universitetssykehus HF hadde 796 positive saker i tredje tertial. De positive sakene som fikk mest oppmerksomhet var:

- Norge i verdenstoppen i kreftoverlevelse
- Lever lenge med kreft
- Gode råd fra smertelegen (om smertestillende medisiner)
- Klare til å ta i mot Breivik på Dikemark
- Trosmanifoldet inn på sykehus
- Trening som virker mot ryggsmarter
- Nytt fremskritt i behandlingen av prostatakreft
- Oslo universitetssykehus: - Vellykket innsats etter bombeangrepet 22. juli
- Oslo universitetssykehus har fått ny direktør

De tre mediene som oftest presenterte saker om sykehuset i tredje tertial var Aftenpostens papirutgave, NRKs nettnyheter og TV2-nyhetene. Disse tre hadde også flere saker som ble vektet negativt enn det andre medier hadde. VGs papirutgave skrev også svært ofte om Oslo universitetssykehus i tredje tertial. VGs saker ble i hovedsak vektet nøytralt eller positivt.

De nøytrale oppslagene, som det er flest av, vektet nøytralt fordi de viser at sykehuset gjør det et sykehus skal gjøre (- og slik sett er det å anse som noe man bør kunne vente seg av et sykehus, ergo nøytral vektning). Disse sakene viser at de som jobber ved Oslo universitetssykehus kan det de skal kunne, er eksperter, at de bidrar med kunnskap til allmennheten, at de er opptatt av forebygging av sykdom og at de har kompetanse til å behandle de aller mest alvorlige sykdommene og skadene.

Oslo universitetssykehus HF har i perioden over 1500 følgere på Twitter(@oslounivsykehus).

11 VIRKSOMHETSSTYRING OG KONTROLL

Virksomhetsstyring og kontroll i Oslo universitetssykehus HF utføres i henhold til "God virksomhetsstyring" utgitt av Helse Sør-Øst RHF i desember 2010 og vedlagt i Oppdragsdokumentet for 2011.

Hensikten er å støtte opp under god styring og intern kontroll. Med styring og intern

kontroll menes her prosesser, systemer og rutiner som er iverksatt av ledelsen for at Oslo universitetssykehus HF skal ha målrettet og effektiv drift, rapportere pålitelig styringsinformasjon, og etterleve lover og regler. Et sentralt element i dette arbeidet er å gjennomføre prosesser for å identifisere, prioritere og redusere risiko.

11.1 Interne revisjoner og samarbeide med Konsernrevisjonen

Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen Helse Sør-Øst RHF har et godt samarbeid. Det er jevnlig møter mellom partene og det er fokus på internkontroll som virkemiddel for å oppnå målsettinger for virksomheten. Samarbeidet gjelder både rådgivning, koordinering av revisjonsoppdrag og felles utførelse av oppdrag og øvrige prosjekter. Dette har medført en bredest mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket.

I tillegg til revisjoner på nivå 1 ved Oslo universitetssykehus, har ulike klinikker sine egne revisjoner, kalt egenrevisjoner.

Oversikt over revisjoner og oppfølginger 3.tertial 2011 i vedlegg 6.2.

Anbefalingene etter revisjonen ”styringskrav fra eier” (styresak 149/2011) blir innarbeidet i 2012. En arbeidsgruppe fra stab har drøftet funnene ytterligere og det er utarbeidet en handlingsplan for oppfølging av anbefalingene. De ulike tiltakene i handlingsplanen er under utførelse, og effekt av tiltakene vil først kunne vurderes senere.

Den pågående revisjonen vedrørende pasientadministrativt arbeid har flere grenseflater mot revisjonen ”styringskrav fra eier”, og vil kunne gi sykehuset ytterligere innsikt i hvor forbedringsarbeid bør settes inn fremover.

Revisjon av kodepraksis var gjennomført i to faser med felles rapportering. Fase 1 som nasjonal elektronisk spørreundersøkelse til utvalgte personer i samtlige helseforetak. Fase 2 som nærmere undersøkelser ved 9 utvalgte helseforetak fordelt mellom alle helseregionene. Fase 2 har vært gjennomført i form av dybdeintervjuer med enkeltpersoner, samt en gjennomgang av dokumentasjon, fra helseforetakene. Oslo universitetssykehus var kun med i fase 1, og hadde en svarprosent på 12 pst. Konsernrevisjonen vil utføre fase 2 av denne revisjonen i 2012

Revisjonen av behandlingsreiser til utlandet (et fast tilbud som tilbys utvalgte diagnosegrupper) har identifisert noen forhold som umiddelbart ble korrigert, og en arbeidsgruppe fra klinikken og stab følger opp de resterende tiltakene i handlingsplanen.

Revisjon av kodepraksis var utført ved en avdeling (fire seksjoner) og funnene derfra kan antyde praksisen ved helseforetaket. Det er oppnevnt en arbeidsgruppe som følger opp arbeidet med tiltak etter funnene. Eksempler på dette er tilbud om fast opplæring to ganger årlig for personell med ansvar for medisinsk koding, årlige plenums møter for gjennomgang og opplæring i nye tilleggskoder, oppdatering av prosedyrer der tydelige ansvarsforhold beskrives.

Revisjon av pasientadministrativt arbeid er et samarbeidsprosjekt mellom konsernrevisjonen og Oslo universitetssykehus. Revisjonen beregnes ferdig til april 2012

I revisjonsplanen for Oslo universitetssykehus 2011/2012 er det tre tema som er i planleggingsfasen. Disse revisjonene er innen:

1. Arbeidsmiljø/HMS området
2. Legemiddelhåndtering
3. Brannvern

Det er ingen åpne avvik fra tidligere interne revisjoner ved Oslo universitetssykehus. Oppfølging av tiltak fra tidligere interne revisjoner vil imidlertid tas med i nye revisjoner.

11.2 Eksterne tilsyn

I 3. tertial 2011 er det gjennomført ni eksterne tilsyn av seks ulike tilsynsmyndigheter. Det er mottatt tilbakemelding med tilsynsrapport for sju av tilsynene. To av tilsynene er lukket uten avdekning av avvik eller anmerkninger (barnehage og kjøkken). Det arbeides nå med handlingsplaner for oppfølging av de tilbakemeldingene som er mottatt for de øvrige fem tilsynene.

Det er grunn til å kommentere følgende fem tilsyn gjennomført i 3. tertial:

- **Helsetilsynet i Oslo og Akershus:**

- **Tilsyn med behandling av sårbare eldre pasienter (over 80 år) med hoftebrudd**

- ved Ortopedisk avdeling Ullevål, Klinikk kirurgi og nevrofag (landsomfattende tilsyn).

- Etter gjennomgang av 39 journaler og beskriver tilsynet i sin rapport at mer enn 10 pst av pasienten opereres senere enn 48 timer etter innleggelse noe som anses å være brudd med spesialisthelsetjenesteloven. Videre uttrykkes bekymring for om sykehuset har tilstrekkelig fokus på delir som komplikasjon og på pasientenes generelle ernæringsmessige situasjon. Klinikken utarbeider handlingsplan innen fristen 01. februar 2012.

- **Helsetilsynet i Oslo og Akershus:**

- **Tilsyn med behandling av eldre pasienter med hjerneslag (over 80 år)**

- ved Medisinsk klinikk og Klinikk kirurgi og nevrofag (landsomfattende tilsyn). Tilsynsbesøket er gjennomført, men sykehus har foreløpig ikke mottatt rapport fra tilsynet.

- **Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap:**

- **Tilsyn med HMS, bruk og vedlikehold, elektro** ved ulike avdelinger ved Akuttklinikken, Medisinsk klinikk, Kvinne- og barneklubben og Oslo sykehusservice.

- I tilsynsrapporten beskrives fem avvik og seks anmerkninger. Fire av avvikene og alle anmerkningene gjelder elektroområdet (vedlikeholdsplaner, risikovurdering, samordning) og det siste avviket gjelder dokumentasjon av opplæring vedrørende medisinsk-teknisk utstyr ved Medisinsk klinikk. Det utarbeides handlingsplan innen fristen 01. mars 2012.

- **Brann- og redningsetaten i Oslo kommune:**

- **Tilsyn med det systematiske arbeidet med brannsikkerheten ved OUS**

- Tilsynsbesøket ble gjennomført ved Medisinsk klinikk og Klinikk kirurgi og nevrofag, og det ble foretatt befarings ved alle sykehusområder. I tilsynsrapporten er det beskrevet sju avvik og to anmerkninger. Det første avviket peker på betydelige brann- og bygningstekniske svakheter som kan utgjøre fare for tap av liv dersom det oppstår brann. I handlingsplanen som er under utarbeidelse, vurderes fullsprinkling av alle pasientbygg og oppgradering av brannseksjonering/branncelleinndeling. De øvrige avvik gjelder ulike sider ved det systematiske arbeidet med brannsikkerhet: Manglende oppfølging av risikovurderinger, svakheter i rutiner/prosedyrer, manglende oppfølging og dokumentasjon av brannopplæring, mangler ved overvåkning av HMS-arbeidet og ikke tilstrekkelig oppfølging av sykehusets mål for brannsikkerhet. Det utarbeides nå tiltak i klinikker og for sykehusets som helhet. Frist for oversendelse av handlingsplan er 06. februar 2012.

- **Riksrevisjonen:**

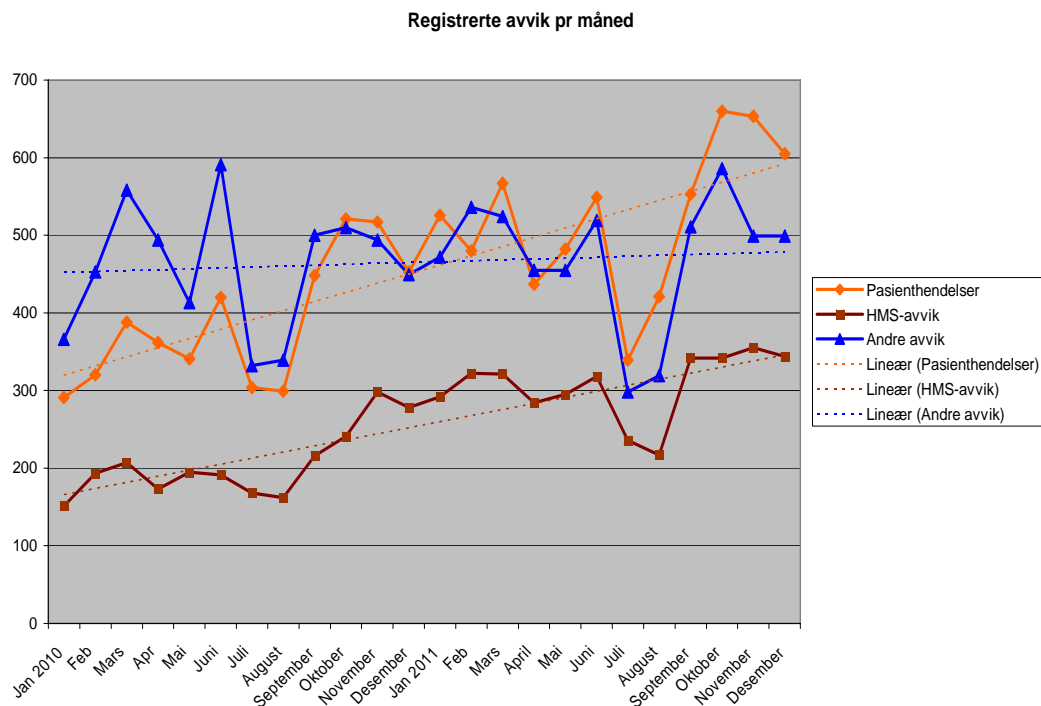
- **Undersøkelse av planleggingen av omstillingene ved Oslo universitetssykehus HF**

- Undersøkelsen omfatter hvorvidt planleggingen av sentrale deler av omstillingene i Oslo universitetssykehus HF er basert på nødvendige risikoanalyser og realistiske rammer. Riksrevisjonen vil se på planleggingen som er gjennomført på de tre nivåene i styringskjeden; Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF. Datainnsamlingen foregår fram til mai 2012, og hele undersøkelsen gjennomføres i forbindelse med Riksrevisjonens selskapskontroll for 2011. Sykehuset har oversendt alle aktuelle formelle dokumenter som er etterspurt.

Total oversikt over eksterne tilsyn finnes i vedlegg 6.1

11.3 Bruk av sykehusets avvikssystem

Avviksbehandling dreier seg om å benytte erfaringer fra uønskede hendelser og andre negative registreringer i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Dette gjøres primært ved at leder får tilsendt og gjennomgår avvik i avvikssystemet for å finne årsaker/systemsvikt og vurdere hvilke forbedringstiltak som er nødvendig. Hovedkilden for registrering av avvik er sykehusets avvikssystem, men også andre typer kilder som eksempel prevalensmålinger av sykehusinfeksjoner og måling av kvalitetsindikatorer benyttes som grunnlag i arbeidet.



I 3. tertial har det vært en ytterligere økning i registreringer i avvikssystemet, slik at den positive tendensen fra 1. og 2. tertial har fortsatt. Så lenge tendensen er økende kan det tolkes som at personalet opplever det meningsfylt å registrere hendelser og kvalitetssvikt. Tallene representerer 0,7 registreringer per ansatt per år i 2010, økt til 0,9 i 2011.

Saksbehandlingen i klinikker og avdelinger er fremdeles for stor, spesielt for ledere. Årsaken antas blant annet å være at presset på lederne er stort.

11.4 Juridiske forhold

Rettsaker

Oslo universitetssykehus HF har hatt i alt 7 saker for domstolene i 2011 (sakene er i prosess). Samtlige er arbeidsrettsaker og i alle sakene er foretaket stevnet. 5 av sakene er individuelle, 2 berører overenskomster mellom partene i arbeidslivet og skal gå for Arbeidsretten.

Av de individuelle sakene - tema:

- lønnsreguleringsspørsmål i arbeidsavtalen
- rettmessigheten av oppsigelse for pliktbrudd i tjenesten
- prinsipielt spørsmål for midlertidig ansatt, om leger i spesialisering lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid
- rettmessigheten av oppsigelse (spørsmål om rettsgrunnlag for reduksjon av lønn)
- suspensjon/trakassering i arbeidsforhold - erstatningskrav

Av de kollektive sakene:

- Spørsmål om lønnsjustering til de uorganiserte er tariffstridig etter tariffoppgjøret 2010, YS.

- Spørsmål om det er brudd på bestemmelsene om arbeidstid i overenskomst B, Tekna.

Saker med risiko for rettslig prosess

Det er 7 løpende saker (1 arbeidsretts sak, 5 kontraktssaker og 1 erstatningssak i pasientforhold) som kan resultere i en rettslig prosess. Foretaket vil før en eventuell rettslig prosess vurdere alternative løsninger sett hen til foretakets juridiske og økonomiske posisjon, og risiko og policy. En vil også se hen til omdømme.

Klagesaker KOFA

Foretaket er innklaget sammen med 14 andre helseforetak til Klagenemnda for offentlige anskaffelser for å ha foretatt ulovlige direkteanskaffelser av legevikarer. Saken koordineres og håndteres av Helse Sør-Øst RHF på vegne av samtlige helseforetak i Sør-Øst. Det er påstand om at det har skjedd ulovlige anskaffelser ved at foretaket har kjøpt legevikarer fra leverandører som ikke er med i nasjonal rammeavtale. Klagen er utvidet til å gjelde flere forhold.

11.5 Varsling

Alle ansatte har et selvstendig ansvar i virksomheten og oppfordres til å ta opp kritikkverdige forhold når de oppstår, nærmest mulig der de oppstår og med den eller de det gjelder. Det kan gjelde kritikkverdige forhold ved alle sider av virksomheten herunder arbeidsforhold, pasientrettet virksomhet, kontraktsrettslige relasjoner, samarbeidspartnere osv. Det kan også omfatte forhold knyttet til den enkelte ansatte ved mistanke om økonomiske misligheter, rusproblemer og annet.

Varsling skal i utgangspunktet skje til nærmeste overordnede, som behandler saken eller bringer den videre til overordnet ledelse. Det kan også varsles direkte til ledere på høyere nivå, for eksempel der de kritikkverdige forholdene gjelder nærmeste overordnede eller der det er umulig eller uhensiktsmessig å varsle nærmeste overordnede for å få rettet de kritikkverdige forholdene.

Verneombudet og tillitsvalgte kan alltid varsles i stedet for eller i tillegg til noen i linjen. Man kan i tillegg alltid varsle til juridisk direktør for å sikre tillit og trygghet. Dette kan dreie seg om situasjoner der det kritikkverdige forholdet gjelder overordnede eller det er umulig eller uhensiktsmessig å varsle linjen, for å få rettet opp de uønskede forholdene. Det ble meldt 7 varslingsaker til juridisk direktør i 2011, hvorav en omhandlet pasientsikkerhet.

Prosedyre for varsling er et ledd i sykehusets HR-strategi og skal sørge for at arbeidsmiljølovens krav om forsvarlig varsling ivaretas jf. arbeidsmiljøloven (aml.) § 2-4, samt sørge for at varsleren blir beskyttet mot gjengjeldelse jf. aml. § 2-5.

Oslo universitetssykehus HF sine resultater fra Medarbeiderundersøkelsen på 2 spørsmål knyttet til trygghet til å varsle, er en snittscore på henholdsvis på 56 og 65 på en skala fra 0 til 100. Dette resultatet ligger noe under gjennomsnittscoren for andre foretak i regionen. Snittscore for Helse Sør-Øst er henholdsvis 60 og 68. Oslo universitetssykehus HF ser alvorlig på signalene om frykttkultur og arbeider målrettet med å forsterke de tiltakene og prosessene som allerede igangsatt for å sikre at vi har en varslingskanal som fungerer godt, at vi har god ledelse og en systematisk og involverende prosess for videreutvikling av vårt arbeidsmiljø.

11.6 Styrende dokumentasjon

Styringsdokumentasjon er dokumenter som beskriver hvordan tjenester og aktiviteter skal planlegges, utføres, kontrolleres og dokumenteres (dokumenter av varig karakter). Eksempler på dette er prosedyrer, retningslinjer, planer, organisasjonskart, stillingsbeskrivelser, instruksjoner og sjekklister. I Oslo universitetssykehus HF er alle styringsdokumenter samlet i eHåndbok som er elektronisk tilgjengelig for alle ansatte på sykehusets interne datanettverk. Fra slutten av november er eHåndbok også tilgjengelig for ansatte på Forskernett.

Alle klinikker rapporterer god aktivitet og systematisk arbeid for å harmonisere arbeidsprosessene.

Status for antall styrende dokumenter i eHåndbok:

| | |
|------------------------------------|---------------|
| Antall aktive dokumenter | 8.868 |
| Antall dokumenter under etablering | 4.798 |
| SUM dokumenter: | 13.666 |

Tabellvedlegg til styresak 3/2012

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF
Rapporten inneholder også beskrivelser av forhold knyttet til virksomhetsstyring og kontroll i OUS.

1 Overordnede nøkkeltall - med mål og krav til Oslo universitetssykehus HF

2 Pasientbehandling

- 2.1 Aktivitet og DRG – somatikk
- 2.2 Aktivitet - psykisk helsevern
- 2.3 Ventelisteutvikling
- 2.4 Fristbrudd
- 2.5 Korridorpasienter
- 2.6 Pasienthendelser – reell konsekvens
- 2.7 Pasienthendelser – type og konsekvens
- 2.8 Pasienthendelser – diagnostikk, behandling og pleie
- 2.9 Pasienthendelser – varslings til Statens helsetilsyn
- 2.10 Sikkerhetsanbefalinger
- 2.11 Pasientsikkerhetskampanjen
- 2.12 Vedtak Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

3 Forskning og innovasjon

- 3.1 Antall publiserte vitenskapelige artikler
- 3.2 Antall publikasjonspoeng
- 3.3 Antall doktorgrader
- 3.4 Innovasjon

4 Økonomi og finans

- 4.1 Økonomisk resultat
- 4.2 ØBAK kommentarer til avvik
- 4.3 Økonomisk resultat - per klinikk

5 Bemanning og arbeidsmiljø (HMS)

- 5.1 Bemanningsutvikling
- 5.2 Bemanningsindikatorer, inkl. innleie fra vikarbyrå
- 5.3 Brutto månedsverk fordelt på stillingsgrupper
- 5.4 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær
- 5.5 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene
- 5.6 HMS avvik pr årsverk
- 5.7 HMS avvik fordelt på konsekvens
- 5.8 HMS avvik skadepotensial
- 5.9 HMS avvik vurdert som "arbeidspress"
- 5.10 HMS avvik fordelt på hovedkategorier
- 5.11 Definisjoner årsverksindikatorer

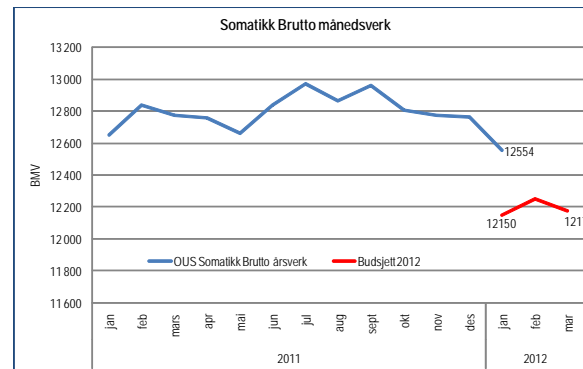
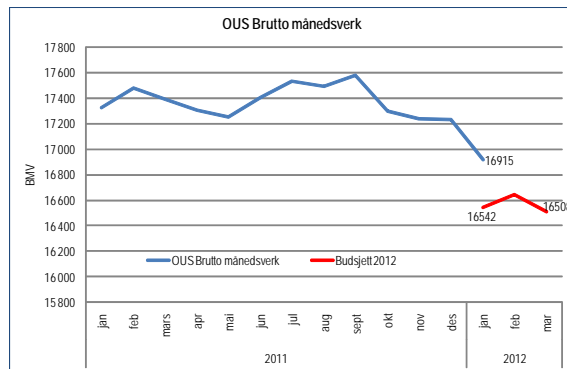
6 Tilsyn og revisjoner

- 6.1 Eksterne tilsyn
- 6.2 Revisjoner og oppfølginger

7 Kommunikasjon og omdømme

- 7.1 Omdømme
- 7.2 Intern kommunikasjon

| Rapportering desember 2011 | | Denne periode | | | | | Resultat hittil i år | | | | | Resultat hittil i fjor | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|----------|--------------------|------------------|-----------|----------------------|----------|--------------------|--------------------|-----------|------------------------|---------------|---------------|----------------------|
| Gruppe | Indikator | Faktiske tall periode | Plantall | Avvik fra plantall | Avvik fra plan % | Vurdering | Faktiske tall | Plantall | Avvik fra plantall | Avvik fra plan i % | Vurdering | Utvikling | Faktiske tall | Endring 10-11 | Endring fra 2011 i % |
| Pasientbehandling | | | | | | | | | | | | | | | |
| Somatikk | DRG-poeng totalt | 18 033 | 16 545 | 1 489 | 9,0 % | ● | 218 113 | 212 221 | 5 892 | 2,8 % | ● | ↑ | 234 445 | -16 332 | -7,0 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 8 376 | 8 071 | 305 | 3,8 % | ● | 104 252 | 105 913 | -1 661 | -1,6 % | ● | ↓ | 115 804 | -11 552 | -10,0 % |
| | Dagopphold | 5 674 | 6 027 | -353 | -5,9 % | ● | 74 830 | 75 358 | -528 | -0,7 % | ● | ↓ | 84 875 | -10 045 | -11,8 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 59 548 | 56 938 | 2 610 | 4,6 % | ● | 781 850 | 731 035 | 50 815 | 7,0 % | ● | ↑ | 829 720 | -47 870 | -5,8 % |
| Psykisk helsevern | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 103 | 130 | -27 | -21,0 % | ● | 1 555 | 1 516 | 39 | 2,6 % | ● | → | 3 210 | -1 655 | -51,6 % |
| | Liggedøgn | 6 586 | 8 248 | -1 662 | -20,1 % | ● | 86 492 | 95 903 | -9 411 | -9,8 % | ● | ↑ | 126 113 | -39 621 | -31,4 % |
| | Dagbehandling | 268 | 692 | -424 | -61,3 % | ● | 4 387 | 8 402 | -4 015 | -47,8 % | ● | ↓ | 10 591 | -6 204 | -58,6 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 10 141 | 9 348 | 793 | 8,5 % | ● | 117 172 | 115 404 | 1 768 | 1,5 % | ● | ↑ | 177 642 | -60 470 | -34,0 % |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 278 | 253 | 25 | 9,8 % | ● | 3 282 | 2 943 | 339 | 11,5 % | ● | ↑ | 3 017 | 265 | 8,8 % |
| | Liggedøgn | 2 958 | 3 130 | -172 | -5,5 % | ● | 37 944 | 36 271 | 1 673 | 4,6 % | ● | ↑ | 39 538 | -1 594 | -4,0 % |
| | Dagbehandling | 57 | 44 | 13 | 28,8 % | ● | 659 | 531 | 128 | 24,1 % | ● | ↑ | 251 | 408 | 162,5 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 757 | 780 | -23 | -2,9 % | ● | 8 966 | 9 389 | -423 | -4,5 % | ● | ↓ | 12 646 | -3 680 | -29,1 % |
| Organisasjon og ledelse | | | | | | | | | | | | | | | |
| Andel korridor pas. | Somatikk | 0,5 % | 0 % | 0,5 % | | ● | 1,0 % | 0 % | 1,0 % | | ● | ↓ | | | |
| | Psykisk helsevern | 0,0 % | 0 % | 0,0 % | | ● | 0,0 % | 0 % | 0 % | | ● | → | | | |
| Liggedgr UK-pasienter | Somatikk | 2,1 % | | | | | 2,4 % | | | | | | | | |
| | Psykisk helsevern | 8,4 % | | | | | 10,0 % | | | | | | | | |
| Andel fristbrudd | Somatikk | 9,9 % | 0 % | 9,9 % | | ● | 12,2 % | 0 % | 12,2 % | | ● | ↓ | | | ● |
| | Psykisk helsevern | 9,0 % | 0 % | 9,0 % | | ● | 11,1 % | 0 % | 11,1 % | | ● | ↓ | | | ● |
| | TSB | 14,3 % | 0 % | 14,3 % | | ● | 17,5 % | 0 % | 17,5 % | | ● | ↓ | | | ● |
| Økonomi og personell | | | | | | | | | | | | | | | |
| Økonomi | Resultat | 57 930 | -103 033 | 160 963 | 11,1 % | ● | -600 255 | -400 000 | -200 255 | -1,1 % | ● | ↓ | - | - | - |
| Bemanning | Årsverk totalt (desember) | 17 231 | 16 296 | -935 | -5,7 % | ● | 17 376 | 16 577 | -799 | -4,8 % | ● | ↓ | 18 443 | -1 066 | -5,8 % |
| Sykefravær | Sykefravær (november) | 7,3 % | 7,4 % | -0,1 % | -0,1 % | ● | 7,4 % | 7,4 % | 0,0 % | 0,0 % | ● | ↑ | 7,4 % | 0,0 % | 0,0 % |



| Hovedmål 2011 - 2014 | Mål | Utvikling fra 2010 | Status hittil i år (gj. snitt) |
|---|-------------------|--------------------|---|
| Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd | | | |
| Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres til 65 dager (alle tjenesteområder) | 65 | | 86 ● |
| Pasienten opplever ikke fristbrudd (alle tjenesteområder) | 0 % | | 12,5 % ● |
| Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 % * | 3 % | | 5,9 % ● |
| Pasienten får bekreftelse og tidspunkt for behandling i samme brev*** | 100 % | | |
| Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet** | | | |
| Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer (MNOK) | Budsjettavvik = 0 | | -200,3 ● |

^{*)} Rapporteres pr kv.

^{**)} Rapporteres årlig i forbindelse med medarbeiderundersøkelsen

^{***)} Mangler tallgrunnlag

2.1 Aktivitet og DRG – somatikk

| Rapportering desember 2011 | | Resultat hittil i år | | | |
|----------------------------|--------------------------------|----------------------|----------|--------------------|--------------------|
| Klinikk | Indikator | Faktiske tall | Plantall | Avvik fra plantall | Avvik fra plan i % |
| Aktivitet | | | | | |
| MED | DRG-poeng totalt | 31 106 | 28 876 | 2 230 | 7,7 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 15 296 | | | |
| | Dagopphold | 21 858 | | | |
| | Polikliniske konsultasjoner | 82 196 | | | |
| KKN | DRG-poeng totalt | 54 788 | 55 469 | -682 | -1,2 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 21 435 | | | |
| | Dagopphold | 26 571 | | | |
| | Polikliniske konsultasjoner | 270 213 | | | |
| KvB | DRG-poeng totalt | 33 390 | 34 372 | -982 | -2,9 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 30 255 | | | |
| | Dagopphold | 8 191 | | | |
| | Polikliniske konsultasjoner | 116 335 | | | |
| KKT | DRG-poeng totalt | 63 402 | 63 229 | 173 | 0,3 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 23 619 | | | |
| | Dagopphold | 15 144 | | | |
| | Polikliniske konsultasjoner | 282 140 | | | |
| HLK | DRG-poeng totalt | 29 972 | 28 792 | 1 180 | 4,1 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 11 558 | | | |
| | Dagopphold | 3 431 | | | |
| | Polikliniske konsultasjoner | 21 463 | | | |
| AKU | DRG-poeng totalt | 4 206 | 4 305 | -99 | -2,3 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 2 155 | | | |
| | Dagopphold | 73 | | | |
| | Polikliniske konsultasjoner | 8 697 | | | |
| KDI | DRG-poeng totalt | 162 | 76 | 86 | 114,1 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 5 | | | |
| | Dagopphold | 3 | | | |
| | Polikliniske konsultasjoner | 5 701 | | | |
| OUS | DRG-poeng totalt inkl. bio.Im. | 218 218 | 212 223 | 5 995 | 2,8 % |
| | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 104 467 | | | |
| | Dagopphold | 75 278 | | | |
| | Polikliniske konsultasjoner | 786 837 | | | |

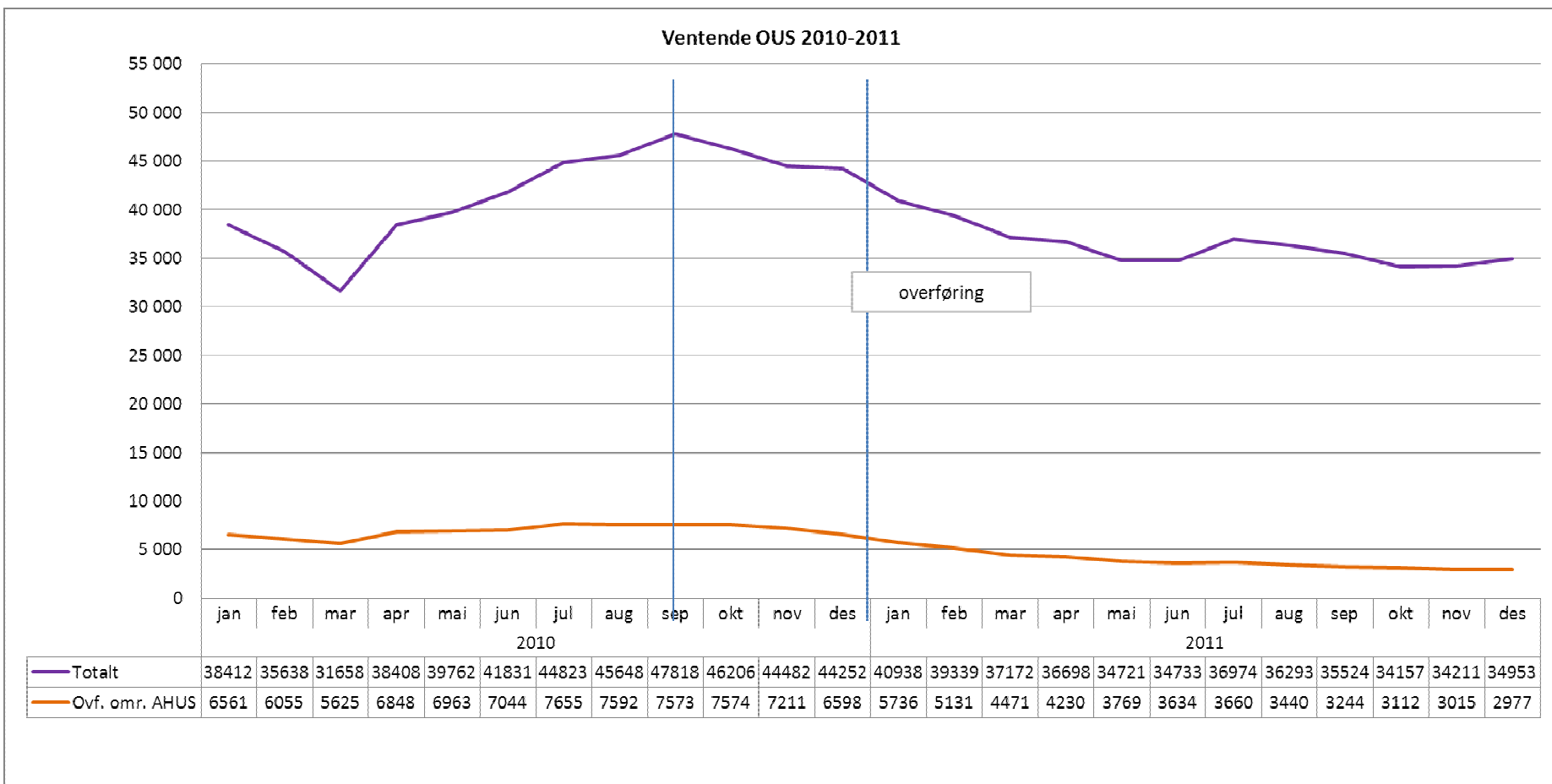
- 1) Plantall 2011 er bare oppdatert for DRG –poeng; grunnet ny registreringspraksis
- 2) Faktiske tall inkluderer "Raskere tilbake", og samsvarer derfor ikke helt med rapporteringen til HSØ og hovednøkkeltallene (spesielt polikliniske konsultasjoner)

2.2 Aktivitet – psykisk helsevern

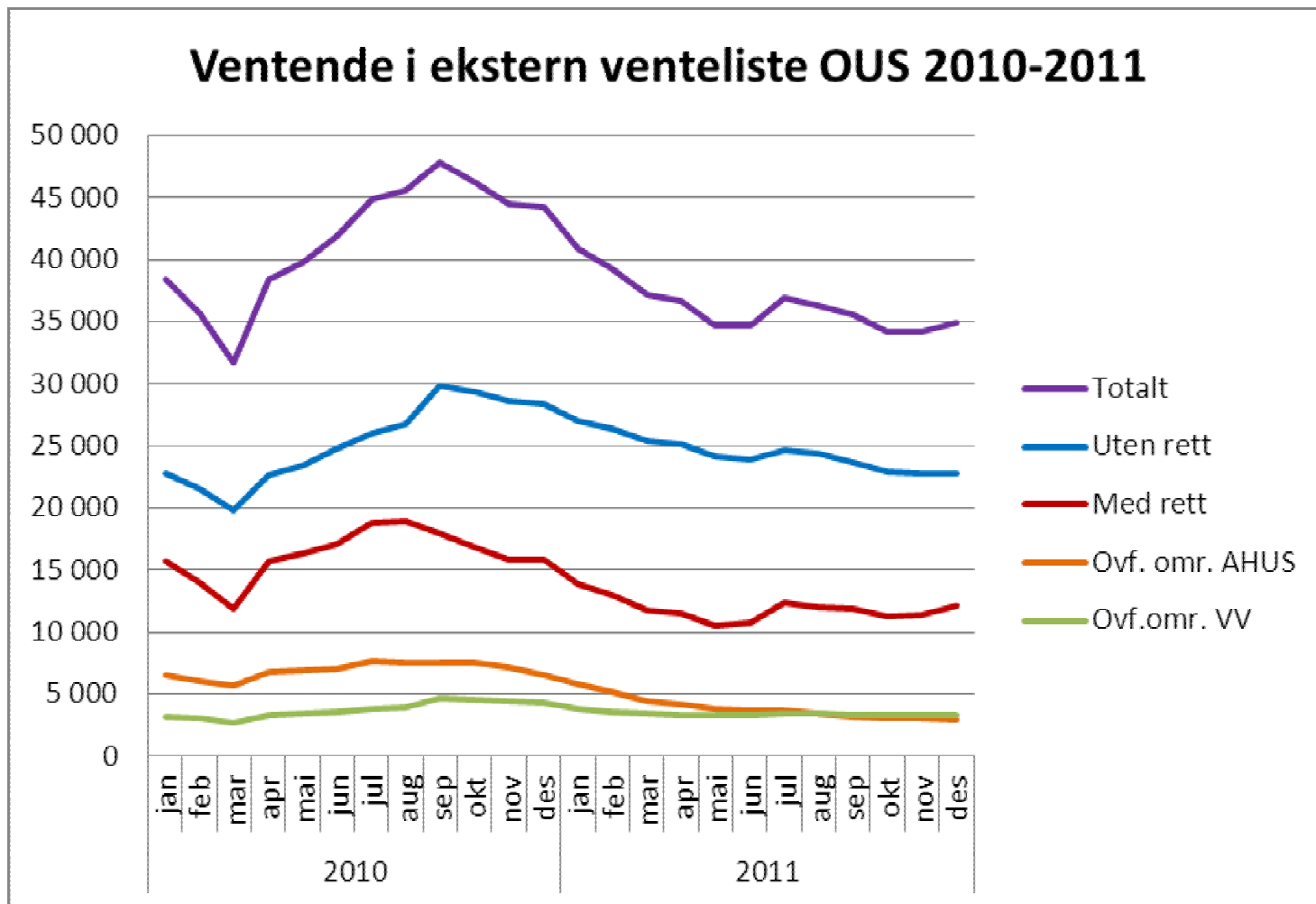
| Des 2011 | | Denne periode | | | | Resultat hittil i år | | | | Resultat hittil i fjor | | |
|------------|-------------------------------|---------------|----------|--------------------|------------------|----------------------|----------|--------------------|--------------------|------------------------|---------------|----------------------|
| Klinikk | Indikator | Faktiske | Plantall | Avvik fra plantall | Avvik fra plan % | Faktiske | Plantall | Avvik fra plantall | Avvik fra plan i % | Faktiske | Endring 11-10 | Endring fra 2010 i % |
| | | tall periode | | | | tall | | | | tall | | |
| VOP | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 97 | 119 | -22 | -18,6 % | 1 415 | 1 385 | 30 | 2,2 % | 3 031 | -1 616 | -53,3 % |
| | Liggedøgn | 6 247 | 7 723 | -1 476 | -19,1 % | 81 600 | 89 801 | -8 201 | -9,1 % | 119 162 | -37 562 | -31,5 % |
| | Dagopphold | 47 | 338 | -291 | -86,1 % | 680 | 3 973 | -3 293 | -82,9 % | 5 593 | -4 913 | -87,8 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 5 519 | 5 363 | 156 | 2,9 % | 69 246 | 66 210 | 3 036 | 4,6 % | 104 538 | -35 292 | -33,8 % |
| BUP | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 6 | 11 | -5 | -46,7 % | 140 | 131 | 9 | 6,9 % | 179 | -39 | -21,8 % |
| | Liggedøgn | 339 | 525 | -186 | -35,4 % | 4 892 | 6 102 | -1 210 | -19,8 % | 6 951 | -2 059 | -29,6 % |
| | Dagopphold | 221 | 354 | -133 | -37,6 % | 3 707 | 4 429 | -722 | -16,3 % | 4 998 | -1 291 | -25,8 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 4 622 | 3 985 | 637 | 16,0 % | 47 926 | 49 194 | -1 268 | -2,6 % | 73 104 | -25 178 | -34,4 % |
| TSB | Utskrevne (avsl. døgnopphold) | 278 | 253 | 25 | 9,8 % | 3 282 | 2 943 | 339 | 11,5 % | 3 017 | 265 | 8,8 % |
| | Liggedøgn | 2 958 | 3 130 | -172 | -5,5 % | 37 944 | 36 271 | 1 673 | 4,6 % | 39 538 | -1 594 | -4,0 % |
| | Dagopphold | 57 | 44 | 13 | 28,8 % | 659 | 531 | 128 | 24,1 % | 251 | 408 | 162,5 % |
| | Polikliniske konsultasjoner | 757 | 780 | -23 | -2,9 % | 8 966 | 9 389 | -423 | -4,5 % | 12 646 | -3 680 | -29,1 % |

2.3 Ventelisteutvikling

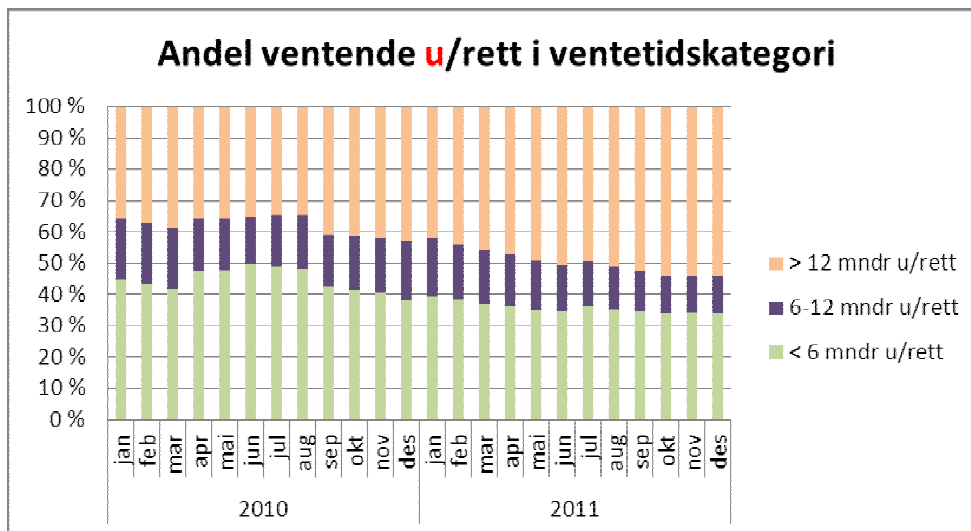
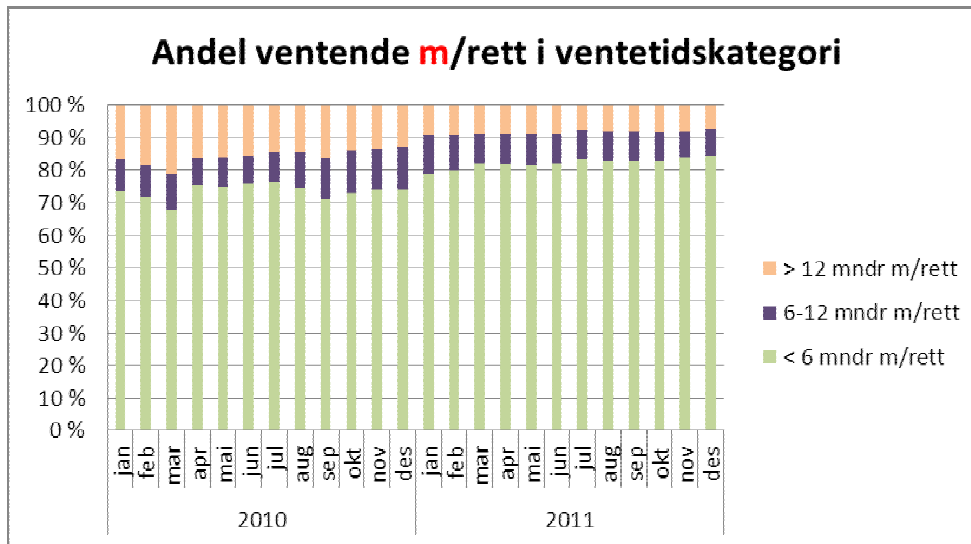
Antall ventende totalt + ovf.omr. AHUS m/tabell



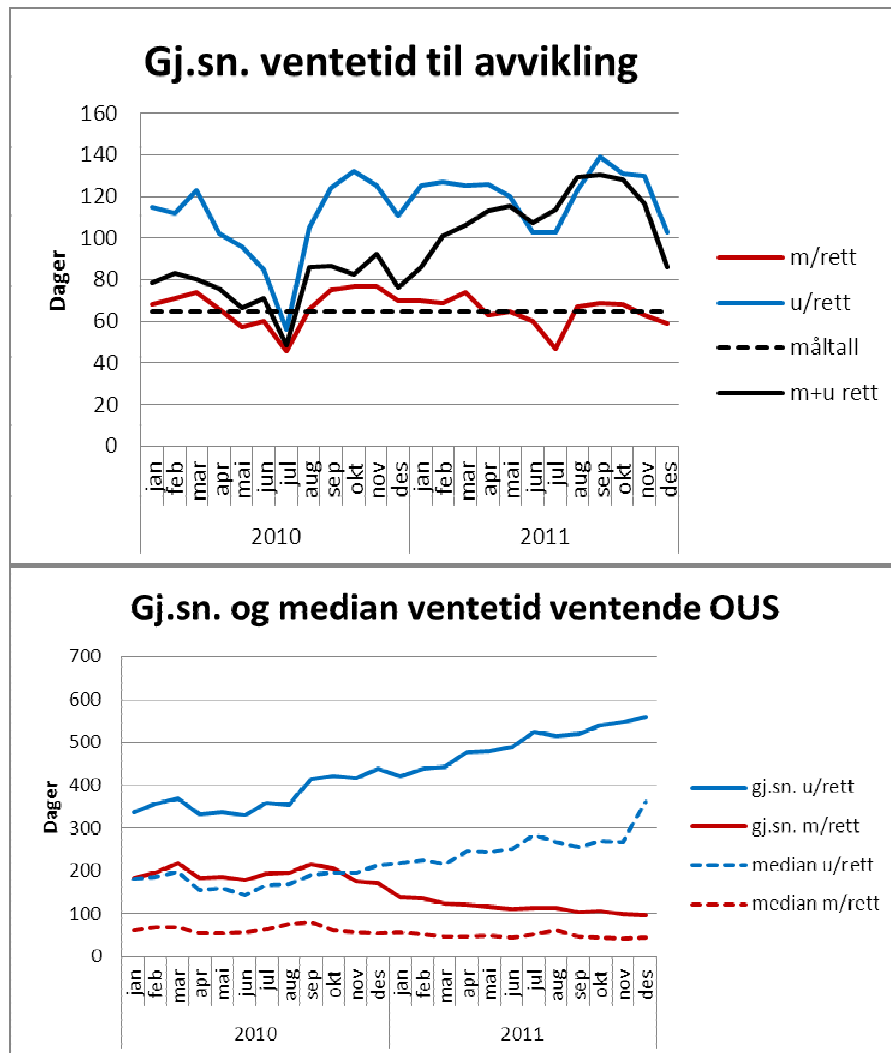
2.3 Ventelisteutvikling - Antall ventende



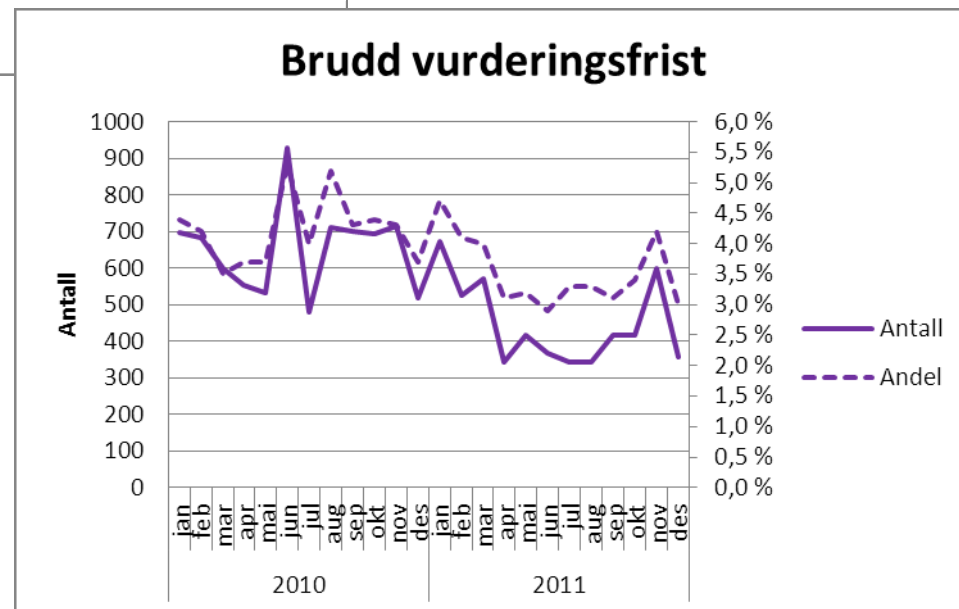
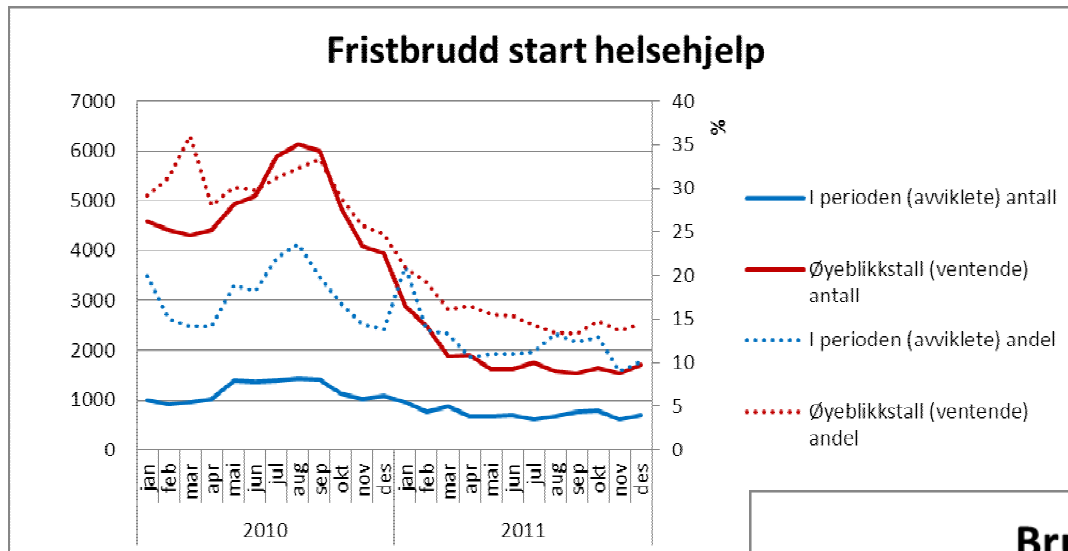
2.3 Ventelisteutvikling - ventetidskategori



2.3 Ventelisteutvikling – ventetid ventende og til avvikling



2.4 Fristbrudd



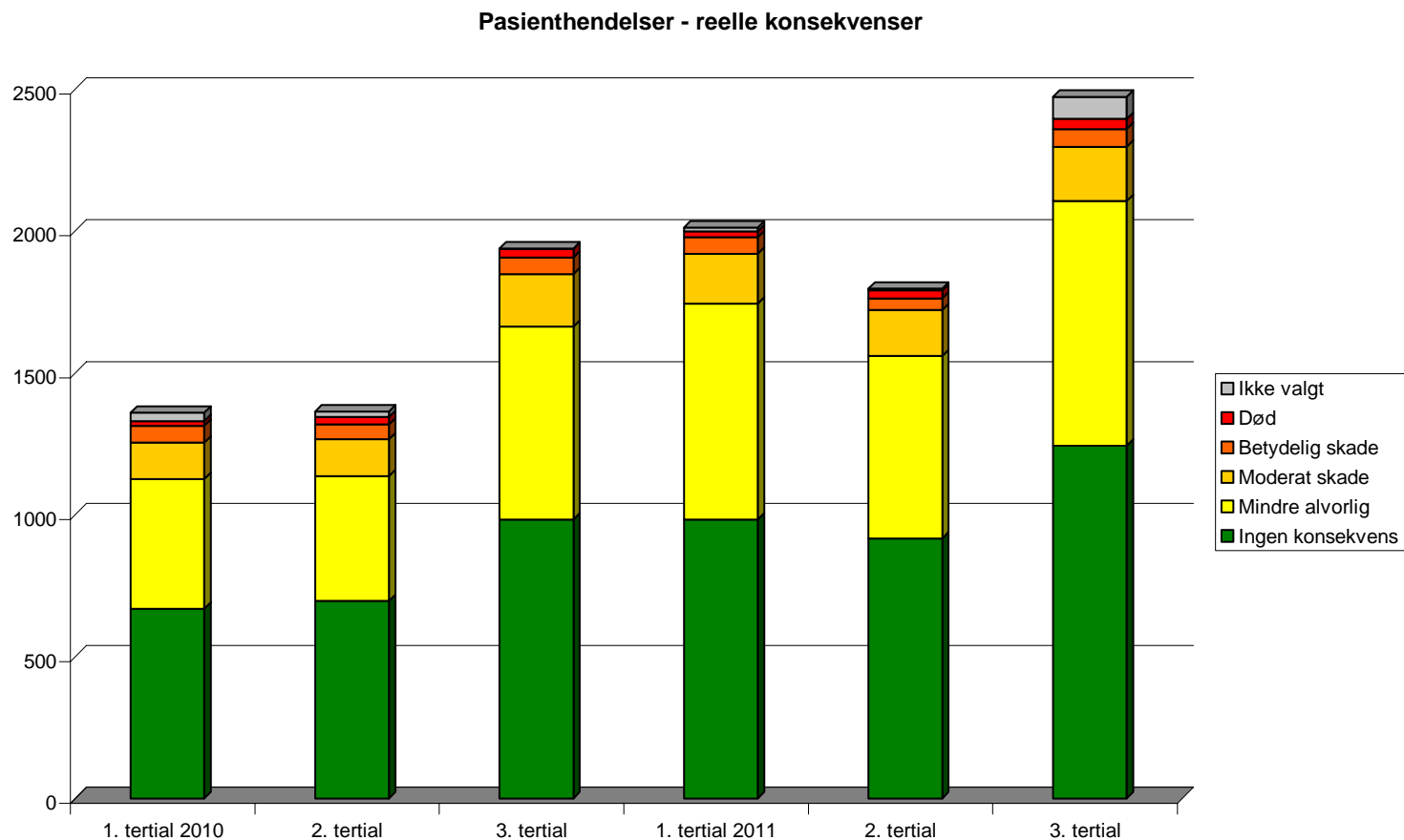
2.5 Korridorpasienter

| Klinikk | Gjennomsnitt pr dag | | | |
|---|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| | September | Oktober | November | Desember |
| Akuttklinikken | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | 0,2 | 0,2 | 0,6 | 0,4 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 3,3 | 3,1 | 2,2 | 1,1 |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Kreft - og kirurgiklinikken | 5,7 | 5,1 | 5,4 | 4,5 |
| Kvinne- og barneklinikken | 1,0 | 1,7 | 1,8 | 0,5 |
| Medisinsk klinikk | 3,2 | 4,4 | 4,3 | 4,3 |
| Oslo universitetssykehus HF | 13,4 | 14,5 | 14,3 | 10,7 |

Antall korridorpasienter målt gjennom daglig status klokken 07:00 i PasDoc. Kilde: Beleggsrapport i LIS.

2.6 Pasienthendelser

Pasientrelatert avviksregistrering – reelle konsekvenser



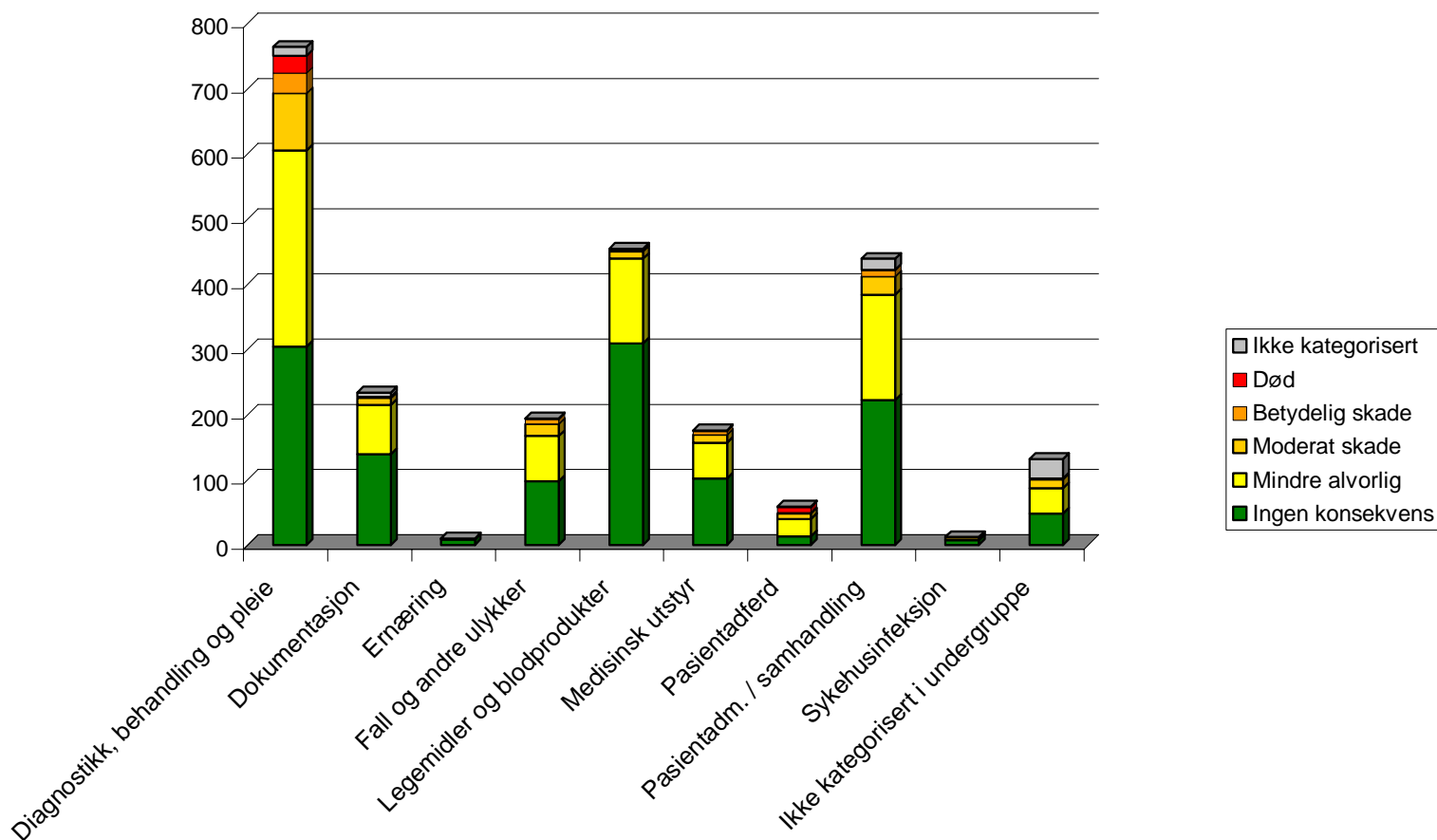
Kilde: Avvikssystemet.

Se egen tabell for en videre klassifisering av hendelser.

2.7 Pasienthendelser

Pasientrelatert avviksregistrering – typer og konsekvens

Pasienthendelser
Type og konsekvens 3. tertial 2011



2.8 Pasienthendelser

Diagnostikk, behandling og pleie – type mot konsekvens

| Type mot konsekvens | Ingen | Mindre alvorlig | Moderat | Betydelig skade | Død | Ikke kategorisert | Alle konsekvenser |
|-----------------------------------|------------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-------------------|-------------------|
| Behandling ikke gitt | 11 | 14 | 4 | 2 | 1 | 0 | 32 |
| Feil / mangelfull behandling | 59 | 40 | 14 | 2 | 1 | 3 | 119 |
| Feil diagnose | 5 | 1 | 3 | 0 | 2 | 0 | 11 |
| Forsinket behandling | 58 | 90 | 19 | 6 | 6 | 2 | 181 |
| Kirurgi, anestesi og intervensjon | 9 | 23 | 13 | 7 | 7 | 0 | 59 |
| Oppfølging / overvåkning / tilsyn | 61 | 53 | 11 | 3 | 5 | 5 | 138 |
| Pleie / opptrening | 7 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 |
| Stråleterapi | 6 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 9 |
| Tvangsbruk | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| Ikke kategorisert i undergruppe | 85 | 70 | 22 | 11 | 4 | 4 | 196 |
| Sum | 304 | 301 | 88 | 31 | 26 | 14 | 764 |

Kilde: Avvikssystemet


2.9 Pasienthendelser

Varsler til Statens helsetilsyn

| Institusjon | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|----------|-----------|----------|
| Oslo universitetssykehus, Aker | 1 | 2 | |
| Oslo universitetssykehus, AMK | | 1 | |
| Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet | 2 | 1 | 1 |
| Oslo universitetssykehus, Ullevål | 3 | 10 | |
| Oslo universitetssykehus, Søndre Oslo DPS | | 1 | |
| Totalt | 6 | 15 | 1 |

Oversikt over antall varslinger fra Oslo universitetssykehus HF til Helsetilsynet. Kilde: Helsetilsynet, à jour pr 25. januar 2012.

2.10 Sikkerhetsanbefalinger


SIKKERHETSANBEFALING
Hvordan du skal håndtere og behandle medisin

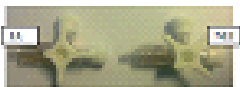
Navn: 2024

Revisjon: Denne oppdateringen er i henhold til de siste anbefalingene fra Helsedirektoratet.

Formål: Informere om de beste praksisene for håndtering og behandling av medisin.

Anbefaling:

1. Alle personer som berøres av medisin skal ha tilgjengelig informasjon om sikkerhet og helse.
2. La pasienter og pårørende vite hva de skal gjøre for å sikre sikkerheten til medisinene sine.
3. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i dosering og administrasjon.
4. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i administrasjon og behandling.



1. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i dosering og administrasjon.

2. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i administrasjon og behandling.

Revisjon: 2024

Revisjon: Denne oppdateringen er i henhold til de siste anbefalingene fra Helsedirektoratet.


SIKKERHETSANBEFALING
Om bruk og håndtering av medisin

Navn: 2024

Revisjon: Denne oppdateringen er i henhold til de siste anbefalingene fra Helsedirektoratet.

Formål: Informere om de beste praksisene for håndtering og behandling av medisin.


Anbefaling:

1. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i dosering og administrasjon.
2. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i administrasjon og behandling.
3. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i dosering og administrasjon.
4. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i administrasjon og behandling.



Revisjon: 2024

Revisjon: Denne oppdateringen er i henhold til de siste anbefalingene fra Helsedirektoratet.


SIKKERHETSANBEFALING
Om bruk og håndtering av medisin


Navn: 2024

Revisjon: Denne oppdateringen er i henhold til de siste anbefalingene fra Helsedirektoratet.

Formål: Informere om de beste praksisene for håndtering og behandling av medisin.

Anbefaling:

1. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i dosering og administrasjon.
2. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i administrasjon og behandling.
3. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i dosering og administrasjon.
4. Bruk sikkerhetsforanstaltninger som forhindrer feil i administrasjon og behandling.



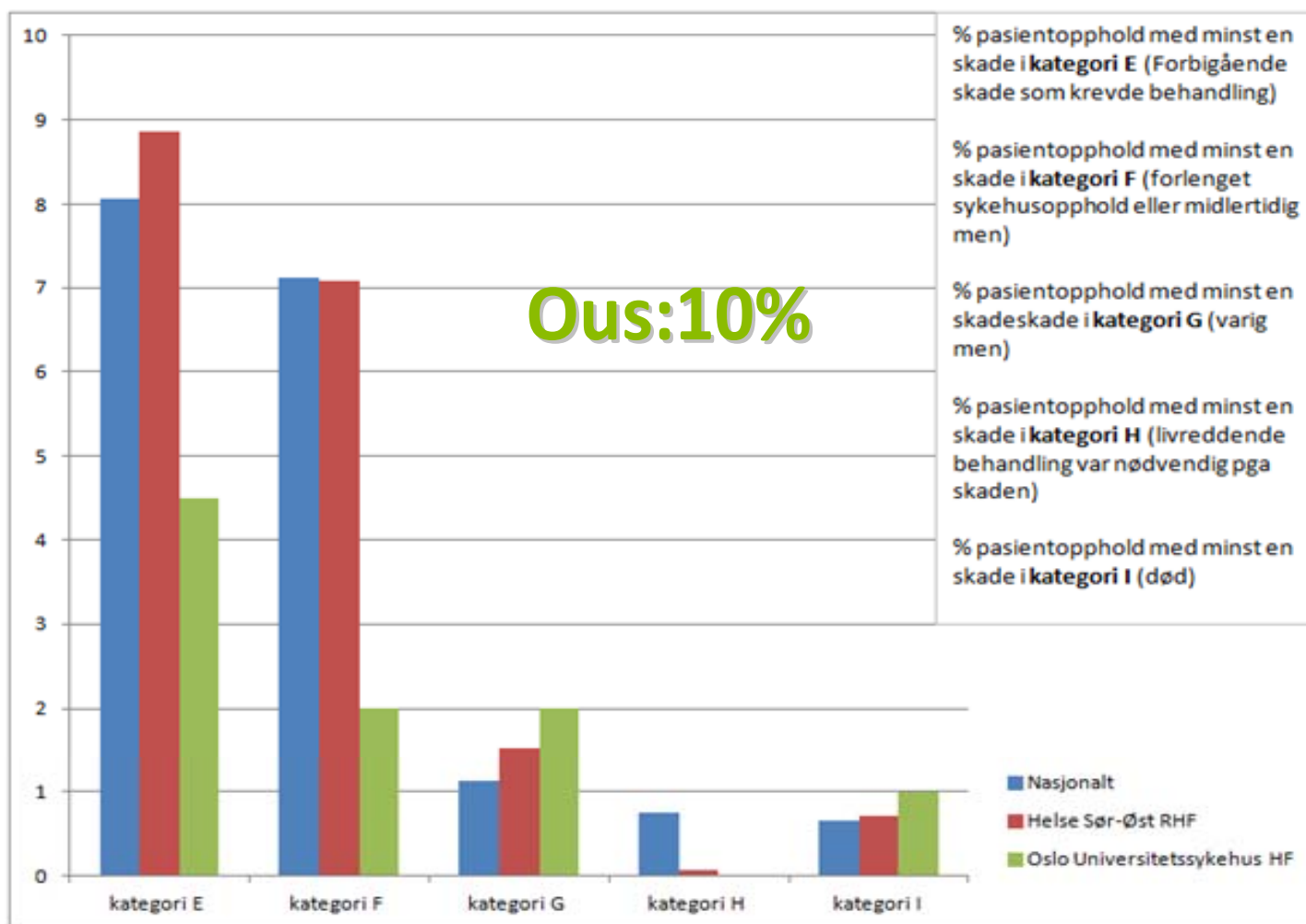
Revisjon: 2024

Revisjon: Denne oppdateringen er i henhold til de siste anbefalingene fra Helsedirektoratet.

2.11 Pasientsikkerhetskampanjen

Global Trigger Tool (GTT) metodikk. OUS versus region/nasjonalt

Pasientsikkerhetskampanjen, GTT resultater 2010



Pasientskader funnet ved 10 % av alle pasientopphold i 2010 ved OUS.

2.12 Vedtak – Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

| År | Totalt antall | Avslag | Medhold | Medhold % |
|-----------------|---------------|--------|---------|-----------|
| Hele 2009 | 392 | 271 | 121 | 31 % |
| Hele 2010 | 459 | 327 | 132 | 29 % |
| 1. tertial 2011 | 143 | 100 | 43 | 30 % |
| 2. tertial 2011 | 145 | 105 | 40 | 26 % |
| 3. tertial 2011 | 149 | 105 | 44 | 30 % |

Avsluttede erstatningssaker i Norsk pasientskadeerstatning for pasienter behandlet ved Oslo universitetssykehus. Kilde NPE

| Lokalisasjon | Medhold | Avslag | Totalt |
|---|-----------|------------|------------|
| Oslo universitetssykehus HF, Aker | 8 | 12 | 20 |
| Oslo universitetssykehus HF, Hjertesenteret RH | 0 | 1 | 1 |
| Oslo universitetssykehus HF, Radiumhospitalet | 3 | 10 | 13 |
| Oslo universitetssykehus HF, Rikshospitalet | 9 | 38 | 47 |
| Oslo universitetssykehus HF, Ullevål | 24 | 43 | 67 |
| Oslo universitetssykehus HF, Ullevål psyk. divisjon | 0 | 1 | 1 |
| Totalt | 44 | 105 | 149 |

Avsluttede erstatningssaker tredje tertial i Norsk pasientskadeerstatning fordelt på lokalisasjon. Kilde NPE

2.12 Vedtak – Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

Vedtak 3. tertial fordelt på fagområder

| Medisinsk område | Medhold | Avslag | Totalt |
|--|-----------|------------|------------|
| Uavklart | 1 | 4 | 5 |
| Anestesiologi | 0 | 4 | 4 |
| Annet | 0 | 2 | 2 |
| Endokrinologi og metabolske forstyrrelse | 0 | 2 | 2 |
| Føde | 1 | 3 | 4 |
| Fødselshjelp og kvinnesykdommer | 1 | 3 | 4 |
| Gastroenterologisk kirurgi | 5 | 3 | 8 |
| Hjertesykdommer | 3 | 9 | 12 |
| Hudsykdommer | 0 | 1 | 1 |
| Infeksjonssykdommer og venerologi | 3 | 2 | 5 |
| Karsykdommer | 0 | 2 | 2 |
| Kjvekekirurgi og munnhulesykdommer | 1 | 0 | 1 |
| Lungesykdommer | 0 | 1 | 1 |
| Nevrokirurgi | 2 | 3 | 5 |
| Nevrologi | 1 | 5 | 6 |
| Nyfødtmedisin | 1 | 0 | 1 |
| Nyresykdommer | 1 | 0 | 1 |
| Odontologi | 0 | 1 | 1 |
| Ortopedisk | 1 | 4 | 5 |
| Ortopedisk kirurgi | 8 | 9 | 17 |
| Plastikkirurgi og kosmetisk behandling | 1 | 5 | 6 |
| Psykatri / psykologi | 0 | 2 | 2 |
| Svulster og kreftsykdommer | 9 | 24 | 33 |
| Thoraxkirurgi | 1 | 1 | 2 |
| Transplantasjon | 1 | 2 | 3 |
| Urologi | 0 | 3 | 3 |
| Øre-nese-halssykdommer | 0 | 4 | 4 |
| Øyesykdommer | 3 | 6 | 9 |
| Totalt | 44 | 105 | 149 |



3.1 Antall publiserte vitenskapelige artikler

| Klinikk | Akkumulert pr. 3. tertial 2011 | Akkumulert pr. 3. tertial 2010 |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 110 | 96 |
| Medisinsk klinikk | 263 | 266 |
| Klinikk for kirurgi- og nevrofag | 213 | 232 |
| Kvinne- og barneklubben | 214 | 205 |
| Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben | 513 | 486 |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | 157 | 178 |
| Akuttklubben | 50 | 57 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 454 | 435 |
| Oslo sykehusservice og Direktørens stab | 90 | 92 |
| TOTALT (unike artikler) | 1.553 | 1.510 |

Det tas forbehold om endringer som følge av kvalitetssikring av tallene.

Antall publikasjoner i perioden er målt via søk mot PubMed og Web of Science (WOS) som løpende oppdaterer helseforetakets database www.publika.no.

Denne er basert på registrerte forskningsaktive personer ved Oslo universitetssykehus og adressering av artikler med Oslo universitetssykehus eller liknende.

Kun kategoriene vitenskapelige artikler og vitenskapelige oversiktsartikler (reviews) inngår i denne tabellen.

Tallene er tatt ut 13. januar 2012 og vil kunne bli noe endret som følge ytterligere kvalitetskontroll i forbindelse med den offisielle rapporteringen til HOD.

Merk at artikler telles hos flere klubber når det er forfattere fra flere klubber.

I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og er dermed ikke summen av de andre tallene.

3.2 Antall publikasjonspoeng

| Klinikk | Akkumulert pr. 3. tertial 2011 | Akkumulert pr. 3. tertial 2010 |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 59,2 | 64,1 |
| Medisinsk klinikk | 132,5 | 137,0 |
| Klinikk for kirurgi- og nevrofag | 103,5 | 127,0 |
| Kvinne- og barneklubben | 100,0 | 90,6 |
| Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben | 315,1 | 315,9 |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | 83,5 | 84,8 |
| Akuttklubben | 27,9 | 23,3 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 246,0 | 226,0 |
| Oslo sykehusservice og Direktørens stab | 30,5 | 29,3 |
| SUM | 1.082,7 | 1.075,8 |

Det tas forbehold om endringer som følge av kvalitetssikring av tallene.

Tall er hentet fra helseforetakets database www.publika.no pr 18.1.2012. NIFUs beregningsmetode for helseforetak benyttes, men nå basert på forfatterandeler. Nivåinndeling 1,2 og 2A, (henholdsvis 1, 3 og 10 poeng), 100 % ekstra for internasjonalt samarbeid (medforfatter med utenlandsk adresse).

3.3 Antall doktorgrader

| Klinikk | Akkumulert pr. 3. tertial 2011 | Akkumulert pr. 3. tertial 2010 |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 10 | 13 |
| Medisinsk klinikk | 13 | 12 |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 13 | 13,5 |
| Kvinne- og barneklubben | 15,5 | 13 |
| Kreft-, kirurgi og transplantasjonsklubben | 35,5 | 31 |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | 9 | 9 |
| Akuttklubben | 0,5 | 2 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 25 | 22,5 |
| Oslo sykehuservice og Direktørens stab | 1 | 1 |
| SUM | 122,5 | 117,0 |

Tallgrunnlag/kilde: Tall er hentet fra UiO-web, ous-research.no og suppleringer fra klinikk.

Tall vil kunne divergere noe fra endelig nasjonal kreditering. Disputasdato i perioden. Adressering eller "arbeidet utført" ved Oslo universitetssykehus. Flere klubber vil ofte ha bidratt i en doktorgrad, men delt kreditering gjøres bare når man er enig om en 50/50-deling mellom to klubber. Ellers krediteres kun den klubben som har hovedansvaret. Tilsvarende gjelder deling mellom helseforetak. (I 2010 ble det registrert 6 delinger mellom helseforetak, dvs. totalt 120 doktorgrader involvert fra Oslo universitetssykehus HF. I 2011 én deling registrert så langt, dvs. 123 doktorgrader involvert).

3.4 Innovasjon

Nye innmeldte oppfinnelser (DOFI) til Inven2 og ideer til Idépoliklinikken

| Klinikk | Totalt 2011 | | Totalt 2010 | |
|--|-------------|------------------|-------------|------------------|
| | Inven2 | Idépoliklinikken | Inven2 | Idépoliklinikken |
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | | 3 | 4 | 2 |
| Medisinsk klinikk | 4 | | 2 | |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 2 | 4 | 10 | |
| Kvinne- og barneklubben | 2 | 1 | 0 | |
| Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben | 16 | 2 | 13 | |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | 5 | | 1 | |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | | | 1 | 2 |
| Akuttklubben | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 15 | 3 | 12 | 2 |
| Oslo sykehusservice og Direktørens stab | 3 | 4 | 10 | 5 |
| Utenfra – ikke ansatte ved sykehuset | | 8 | | 2 |
| SUM | 49 | 26 | 55 | 14 |

Alle patenterbare oppfinnelser sendes på eget skjema til Inven2 (DOFI, Disclosure of Invention) og håndteres av Inven2. Idépoliklinikken mottar og viderefører ikke-patenterbare idéer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner.

3.4 Innovasjon

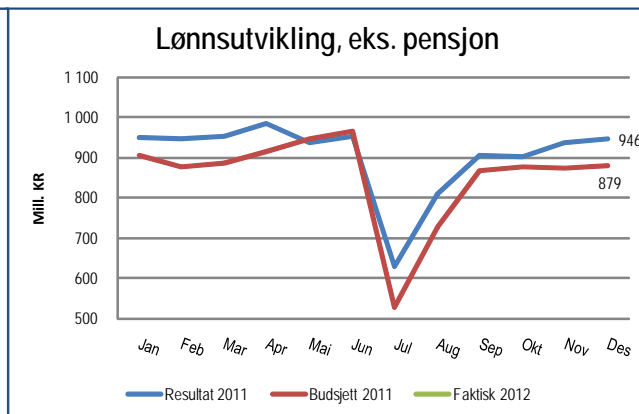
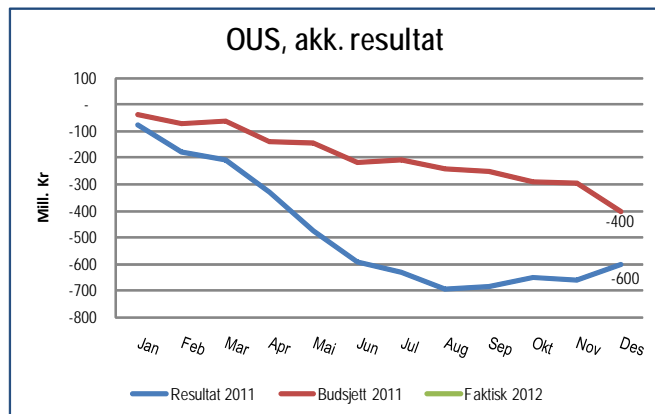
Innovasjonsprosjekter i porteføljen til Oslo universitetssykehus 3.tertial

| Klinikk | Innovasjonsprosjekter hos Inven2 | Innovasjonsprosjekter ved Idépoliklinikken |
|---|----------------------------------|--|
| | | |
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | | 1 |
| Medisinsk klinikk | 2 | 2 |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 3 | |
| Kvinne- og barneklubben | 3 | 1 |
| Kreft- og kirurgiklubben | 15 | |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | 4 | |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | | 1 |
| Akuttklubben | 2 | 1 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 9 | 4 |
| Oslo sykehusservice og Direktørens stab | 6 | 2 |
| Utenfra – foreløpig ikke tilknyttet klinikk | | |
| SUM | 44 | 12 |

Alle pågående innovasjonsprosjekter, uavhengig av når innmeldt/startet.

4.1 Økonomisk resultat

| ØBAK OUS | Denne periode | | | | Hittil i år | | | |
|---|------------------|------------------|----------------|---------------|-------------------|-------------------|-----------------|---------------|
| | Faktisk Des | Budsjett | Avvik budsjett | Avvik i % | Faktisk 2011 | Budsjett | Avvik budsjett | Avvik i % |
| Basisramme | 827 712 | 827 712 | 0 | 0,0 % | 9 924 662 | 9 924 662 | 0 | 0,0 % |
| Aktivitetsbaserte inntekter | 500 182 | 459 838 | 40 344 | 8,8 % | 5 977 311 | 5 788 165 | 189 146 | 3,3 % |
| Andre inntekter | 211 230 | 129 457 | 81 773 | 63,2 % | 1 805 609 | 1 650 167 | 155 442 | 9,4 % |
| Sum driftsinntekter | 1 539 124 | 1 417 007 | 122 117 | 8,6 % | 17 707 582 | 17 362 994 | 344 588 | 2,0 % |
| Lønn -og innleiekostnader | 1 079 077 | 1 016 906 | 62 172 | -6,1 % | 12 452 900 | 11 889 667 | 563 233 | -4,7 % |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 159 557 | 193 015 | -33 458 | 17,3 % | 2 483 062 | 2 350 588 | 132 474 | -5,6 % |
| Andre driftskostnader | 214 417 | 303 805 | -89 388 | 29,4 % | 3 256 278 | 3 421 893 | -165 615 | 4,8 % |
| Sum driftskostnader | 1 453 051 | 1 513 726 | -60 675 | 4,0 % | 18 192 240 | 17 662 148 | 530 092 | -3,0 % |
| Driftsresultat | 86 073 | -96 718 | 182 791 | -189,0 % | -484 658 | -299 154 | -185 504 | 62,0 % |
| Netto finans | -28 143 | -6 315 | -21 828 | -345,7 % | -115 597 | -100 846 | -14 751 | -14,6 % |
| Resultat | 57 930 | -103 033 | 160 963 | 11,1 % | -600 255 | -400 000 | -200 255 | -1,1 % |



4.2 Økonomisk resultat

ØBAK-linje kommentarer til avvik

| ØBAK-linje | Resultat | Budsjett | Avvik | Kommentarer til avvik |
|---|-------------------|-------------------|-----------------|---|
| Basisramme | 9 924 662 | 9 924 662 | - | |
| ISF egne pasienter | 2 374 419 | 2 392 313 | -17 894 | |
| ISF somatisk poliklinisk aktivitet | 628 841 | 497 119 | 131 722 | Det er et positivt avvik knyttet til ISF-inntekter som skyldes høyere aktivitet enn budsjettert. Dette inkluderer også effekt av grupper |
| ISF-inntekt kostnadskrevede legemidler | 24 889 | 28 509 | -3 620 | 2011. Videre bidrar økt enhetspris til økt positivt avvik. |
| Gjestepasienter | 450 088 | 505 603 | -55 515 | For pasienter fra andre regioner er det lavere aktivitet enn lagt til grunn i budsjettet. |
| Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 2 121 570 | 1 971 678 | 149 892 | Merinntekter skyldes høyere aktivitet enn budsjettert. |
| Polikliniske inntekter | 377 503 | 392 943 | -15 440 | Negativt avvik for polikliniske inntekter gjelder i hovedsak klinikk psykisk helse og avhengighet, og relateres til aktivitetsnivået i 2011. |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | 27 829 | 19 172 | 8 657 | Det er høyere inntekter enn budsjettert for Raskere tilbake. Dette skyldes i hovedsak høyere aktivitet innenfor Klinikk for kirurgi og nevrofag, Nevrokirurgisk avdeling. |
| Andre øremerkede tilskudd | 1 007 315 | 984 836 | 22 479 | Positivt avvik for andre øremerkede tilskudd skyldes at inntekter for finansiering av foretakets kostnader knyttet til 22/7 er inntektsført under andre øremerkede tilskudd med 33 mill kroner. Positivt avvik for andre driftsinntekter skyldes bl.a. engangsinntekt knyttet til eiendomssalg. Tilskudd fra HSØ til preshopitale tjenester på 15 mill er i desember inntektsført under andre inntekter. |
| Andre driftsinntekter | 770 465 | 646 159 | 124 306 | |
| Sum driftsinntekter | 17 707 582 | 17 362 994 | 344 588 | |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 101 671 | 58 913 | 42 758 | Merforbruk gjelder delvis merkostnader til kjøp av helsetjenester i andre regioner innenfor psykisk helsevern, spesialundersøkelser og andre kjøp av helsetjenester. Her inngår noen kostnader for fakturaer fra 2010. |
| Kjøp av private helsetjenester | 204 566 | 198 428 | 6 138 | Avviket gjelder i hovedsak kjøp av behandlingsreiser i utlandet. |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 2 137 330 | 2 016 163 | 121 167 | Sum varekostnader viser et merforbruk ifht budsjett på 121 mnok. Akkumulert avvik relateres i stor grad til høyere kostnader enn budsjettert for medikamenter, implantater, og forbruksvarer. Det har vært økt aktivitet innenfor for eksempel transplantasjonsområdet. Dette gir høyere varekostnader enn budsjettert. |
| Innleid arbeidskraft | 156 140 | 86 574 | 69 566 | For innleie av helsepersonell er det et merforbruk på om lag 70 mill kroner. Nivået er ikke redusert som forutsatt de siste månedene. |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 39 495 | 77 084 | -37 589 | Konserninterne gjestepasientkostnader er lavere enn budsjettert. De konserninterne gjestepasientkostnadene er avstemt mot selgende foretak og det forutsettes at fakturering vedrørende VOP er gjort på bakgrunn av reell aktivitet. |
| Lønn til fast ansatte | 8 147 334 | 8 232 565 | -85 231 | |
| Overtid og ekstrahjelp | 1 061 646 | 540 231 | 521 415 | Merforbruk innenfor lønn på til sammen 494 mnok per desember, hvorav om lag 125 mnok er knyttet til økte kostnader for årets lønnsoppgjør og 152 mnok gjelder øremerkede midler. Øvrig merforbruk på om lag 207 mnok skyldes vesentlig at nedbemanningen er mindre enn forutsatt i budsjettet. Budsjettet nedbemanning i 2011 omfatter både faste og variable årsverk. Lavere nedbemanning enn budsjettert gjenspeiles derfor i avvik for både lønn til fast ansatte og overtid og ekstrahjelp. Merkostnader relatert til pensjon utgjør 84 mnok. |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 2 154 000 | 2 070 279 | 83 721 | |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -547 593 | -434 416 | -113 177 | |
| Annen lønn | 1 481 372 | 1 394 434 | 86 938 | |
| Avskrivninger | 851 503 | 905 635 | -54 132 | Lavere avskrivninger enn budsjettert som følge av at gjennomføring av investeringsprosjekter er lengre enn forutsatt i budsjettet. I tillegg bidrar avgang fra anleggsregisteret til kostnadsreduksjoner. |
| Nedskrivninger | 15 332 | - | 15 332 | Det er foretatt avsetninger knyttet til endret avskrivningstakt på bygninger ved Ullevål og det er nedskrevet verdier på Aker. |
| Andre driftskostnader | 2 389 443 | 2 516 258 | -126 815 | Mindreforbruk skyldes flere forhold. Lavere kostnader innenfor IKT og redusert bruk av konsulenter, samt øvrige kostnadsreducerende tiltak, bidrar til positivt avvik. Endring fra november til desember skyldes blant annet justert tapsavsetning KA. |
| Sum driftskostnader | 18 192 240 | 17 662 148 | 530 092 | |
| Driftsresultat | -484 658 | -299 154 | -185 504 | |
| Finansresultat | -115 597 | -100 846 | -14 751 | Netto bidrag fra AS'ene er budsjettert under finans, mens resultatet i foreløpig regnskap fremkommer på andre linjer. |
| Ordinært resultat | -600 255 | -400 000 | -200 255 | |

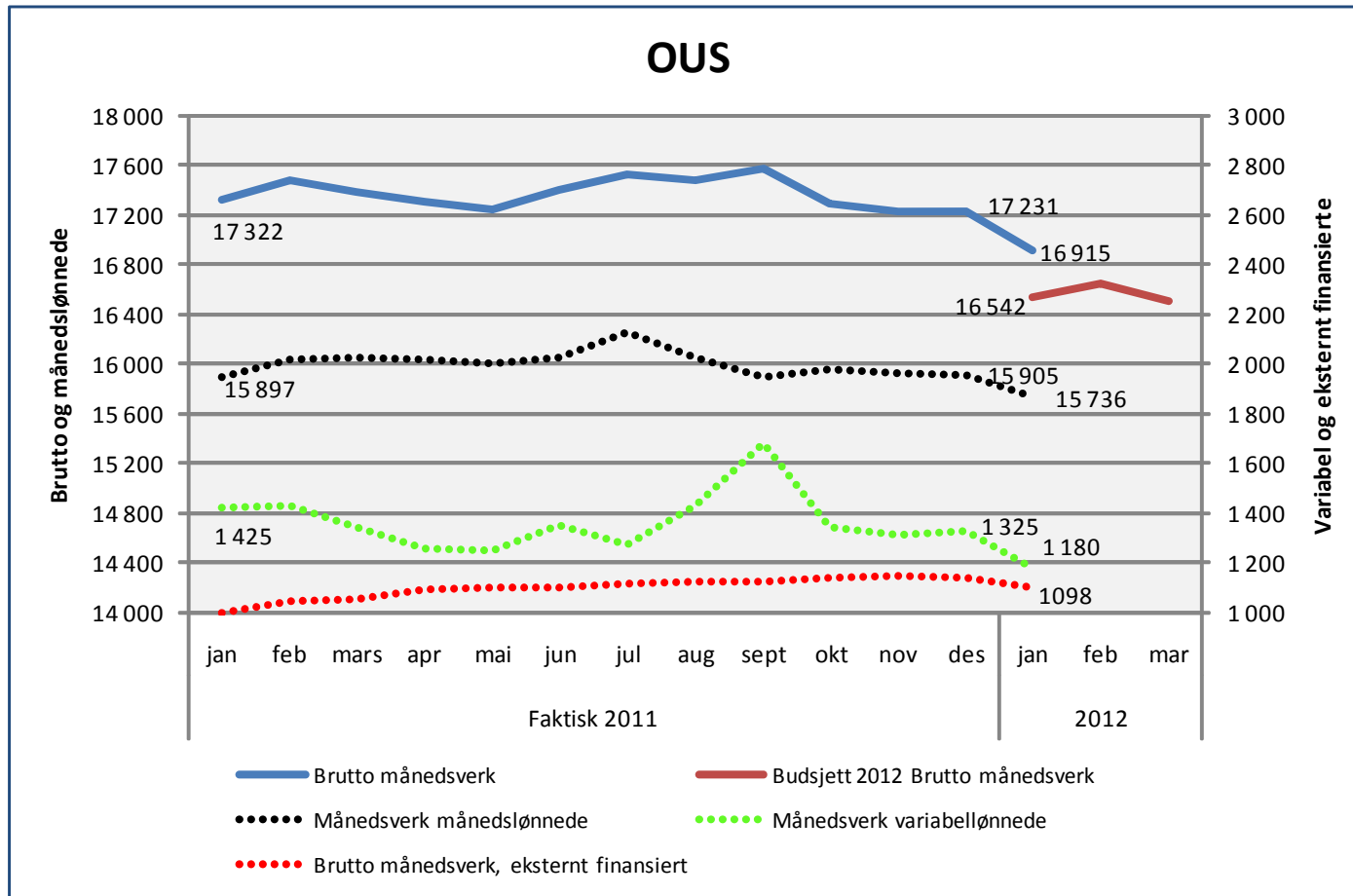
4.3 Økonomisk resultat – per klinikk

| Des 2011 | Denne periode | | | Hittil i år | | |
|---|---------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Klinikk | Faktisk | Budsjett | Avvik | Faktisk | Budsjett | Avvik |
| Økonomisk resultat | | | | | | |
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | -16 143 | -5 866 | -10 277 | -46 820 | 0 | -46 820 |
| Medisinsk klinikk | -3 284 | -8 596 | 5 312 | -112 238 | -100 000 | -12 238 |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | -31 556 | -14 009 | -17 547 | -199 078 | -75 000 | -124 078 |
| Kvinne- og barneklubben | -14 464 | -7 169 | -7 295 | -74 338 | -25 000 | -49 338 |
| Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon | -5 610 | -5 500 | -110 | -127 411 | -25 000 | -102 411 |
| Hjerte-, lunge- og karklinikken | -15 586 | -364 | -15 222 | -86 144 | 0 | -86 144 |
| Akuttklubben | -18 820 | -14 029 | -4 791 | -157 303 | -60 000 | -97 303 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | -2 550 | -3 465 | 915 | -43 872 | -25 000 | -18 872 |
| Oslo sykehuservice | -24 372 | -43 097 | 18 725 | -111 096 | -100 000 | -11 096 |
| Kreftregisteret | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Direktørens stab | 17 072 | -10 607 | 27 679 | 121 153 | 0 | 121 153 |
| Fellesposter | 161 101 | 6 552 | 154 549 | 223 659 | -2 250 | 225 909 |
| Konsern | 12 143 | 3 117 | 9 026 | 13 232 | 12 250 | 982 |
| Sum OUS | 57 931 | -103 033 | 160 964 | -600 255 | -400 000 | -200 255 |

| Des 2011 | Denne periode | | | Hittil i år | | |
|---------------------------|---------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Klinikk | Faktisk | Budsjett | Avvik | Faktisk | Budsjett | Avvik |
| Økonomisk resultat | | | | | | |
| Somatikk | -91 870 | -53 132 | -38 738 | -800 384 | -310 000 | -490 384 |
| Psykisk helsevern | -16 143 | -5 866 | -10 277 | -46 820 | 0 | -46 820 |
| Stab og Oslo | -7 300 | -53 704 | 46 404 | 10 057 | -100 000 | 110 057 |
| Fellesposter mv | 173 244 | 9 669 | 163 575 | 236 891 | 10 000 | 226 891 |
| Sum OUS | 57 931 | -103 033 | 160 964 | -600 255 | -400 000 | -200 255 |



5.1 Bemanningsutvikling



5.2 Bemannings indikatorer

| OUS Indikator | 2011 | | 2012 | | | 2012 mot 2011 | |
|---|--------|---------------------|--------|----------|-------|---------------|---------------|
| | Des | Hittil i fjor (jan) | Jan | Budsjett | Avvik | Δ jan til jan | Δ des til jan |
| Brutto månedsverk | 17 231 | 17 322 | 16 915 | 16 542 | 379 | -407 | -315 |
| Brutto månedsverk, ekskl. eksternt fina | 16 092 | 16 321 | 15 817 | 15 379 | 444 | -504 | -275 |
| Brutto månedsverk, eksternt finansiert | 1 138 | 1 001 | 1 098 | 1 163 | -64 | 97 | -40 |
| Innleie fra vikarbyrå | 258 | 174 | | | | | - |
| Månedsverk månedslønnede | 15 905 | 15 897 | 15 736 | | | -161 | -169 |
| Månedsverk variabellønnede | 1 325 | 1 425 | 1 180 | | | -246 | -146 |
| Sykefraværspersent (nov) | 7,3 | 7,4 | - | | | | - |

| Brutto månedsverk, ekskl. ekst.fin. | 2011 | | 2012 | | | 2012 mot 2011 | |
|-------------------------------------|--------|---------------------|--------|----------|-------|---------------|---------------|
| | Des | Hittil i fjor (jan) | Jan | Budsjett | Avvik | Δ jan til jan | Δ des til jan |
| PHA | 2 215 | 2 364 | 2 170 | 2 271 | -101 | -194 | -45 |
| MED | 1 259 | 1 384 | 1 245 | 1 134 | 112 | -139 | -14 |
| KKN | 2 032 | 1 987 | 2 002 | 1 882 | 120 | 15 | -30 |
| KVB | 1 603 | 1 589 | 1 559 | 1 576 | -17 | -31 | -44 |
| KKT | 2 125 | 2 124 | 2 099 | 1 969 | 130 | -25 | -26 |
| HLK | 752 | 713 | 738 | 682 | 56 | 24 | -15 |
| AKU | 2 248 | 2 226 | 2 221 | 2 141 | 81 | -5 | -27 |
| KDI | 1 871 | 1 863 | 1 858 | 1 879 | -21 | -6 | -13 |
| KRG | - | - | - | - | - | - | - |
| OSS | 1 729 | 1 798 | 1 675 | 1 584 | 90 | -123 | -55 |
| Stab | 255 | 271 | 249 | 257 | -8 | -22 | -6 |
| Oslo universitetssykehus | 16 092 | 16 322 | 15 817 | 15 374 | 443 | -505 | -275 |

Kilde: HR kuben tilgjengelig via tjenesteportalen ved programmene Arcplan og ProClarity. Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskapsarter (se ny definisjon)

5.2 Månedssverk Innleie av helsepersonell

| Innleie fra vikarbyrå | | 2011 | | | | | | 2011 mot 2010 | | Andel av OUS innleie | |
|-----------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------------------|--------------------|----------------------|-----------------|
| Klinikk | Månedssverk | jul | aug | sep | okt | nov | des | Hittil i fjor (2010) | Hittil i år (2011) | Andel hele 2010 | Andel hele 2011 |
| PHA | | 8 | 17 | 3 | 4 | 2 | 3 | 5 | 7 | 3,0 % | 4,0 % |
| MED | | 18 | 15 | 11 | 18 | 22 | 31 | 18 | 17 | 10,6 % | 9,0 % |
| KKN | | 26 | 30 | 27 | 30 | 36 | 48 | 29 | 29 | 16,7 % | 15,7 % |
| KVB | | 45 | 51 | 44 | 39 | 36 | 33 | 23 | 34 | 13,4 % | 18,2 % |
| KKT | | 13 | 20 | 22 | 21 | 29 | 39 | 24 | 25 | 13,9 % | 13,6 % |
| HLK | | 12 | 16 | 10 | 14 | 16 | 18 | 24 | 17 | 14,1 % | 9,0 % |
| AKU | | 36 | 39 | 53 | 58 | 60 | 71 | 44 | 50 | 25,4 % | 26,8 % |
| KDI | | 5 | 6 | 3 | 3 | - | 8 | 5 | 6 | 3,0 % | 3,1 % |
| OSS | | 1 | - | 1 | - | 0 | -1 | 0 | 0 | 0,0 % | 0,1 % |
| STA | | - | - | - | - | - | 6 | 0 | 1 | 0,0 % | 0,4 % |
| OUS | | 162 | 193 | 178 | 182 | 205 | 258 | 173 | 187 | 100,0 % | 100,0 % |

Kilde: Indikator for innleie av helsepersonell er beregnet basert på regnskapsarter (se definisjoner).

Gjennomgang av revisor har vist at tallene for innleie kan være undervurdert. Tallene for både hittil i fjor & hittil i år er perioden jan-des.

5.3 Brutto månedsverk fordelt på stillingsgrupper

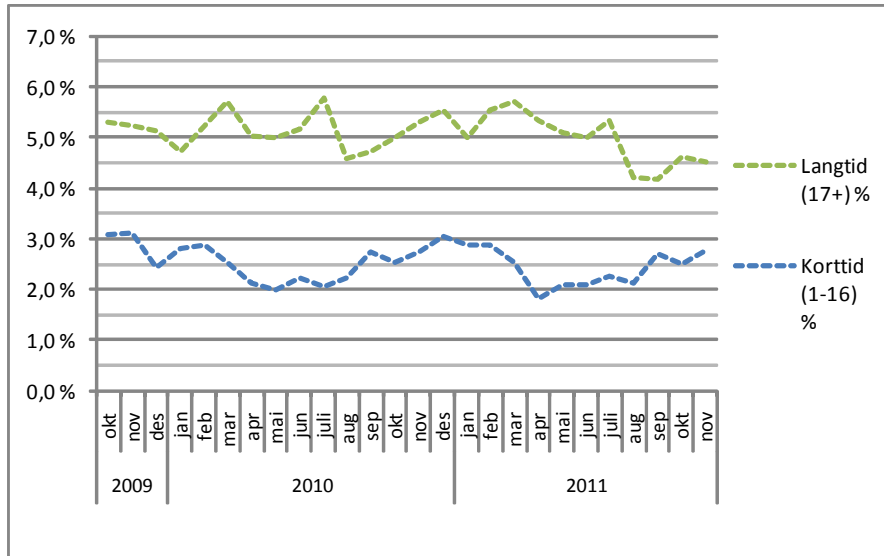
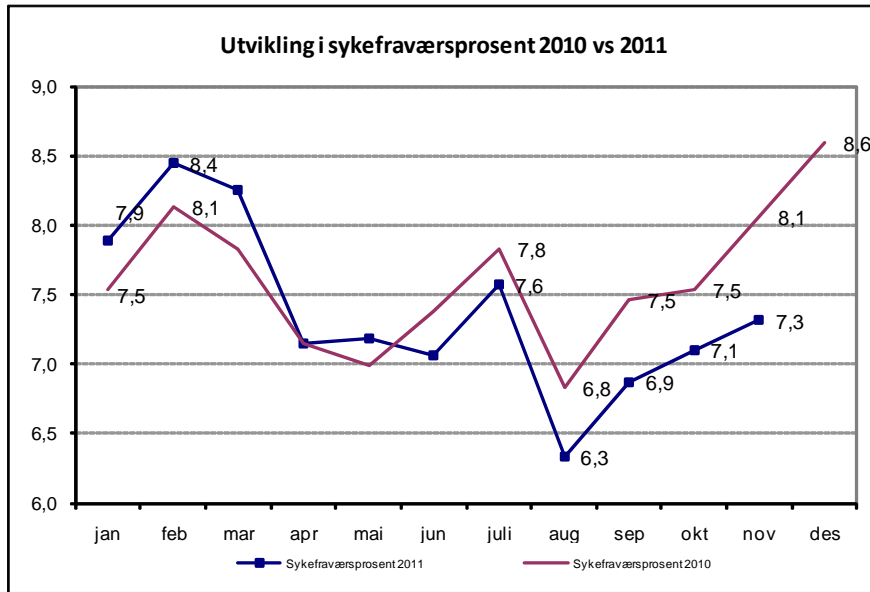
| Brutto månedsverk, ekskl. ekst.fin. | | 2010 | 2011 | 2012 | 2012 mot 2011 og 2010 | | Andel av OUS | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|---------------|---------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|----------------|
| Klinikk | Stillingsgrupper | Ref.nivå jan-jun | des | jan | Δ ref.nivå 2010 til jan | Δ des 2011 til jan | Andel hele 2011 | Andel 2012 |
| OUS | (1) Administrasjon/Ledelse | 3 115 | 2 727 | 2 687 | -428 | -40 | 17,0 % | 17,0 % |
| OUS | (2) Pasientrettede stillinger | 1 588 | 1 441 | 1 391 | -197 | -51 | 9,2 % | 8,8 % |
| OUS | (3) Leger | 2 271 | 2 184 | 2 208 | -64 | 24 | 13,4 % | 14,0 % |
| OUS | (3a) Overleger | 1 353 | 1 282 | 1 322 | -31 | 40 | 7,9 % | 8,4 % |
| OUS | (3b) LIS-leger | 871 | 860 | 848 | -22 | -12 | 5,2 % | 5,4 % |
| OUS | (3c) Turnusleger | 48 | 41 | 38 | -10 | -4 | 0,3 % | 0,2 % |
| OUS | (4) Psykologer | 342 | 237 | 226 | -115 | -11 | 1,5 % | 1,4 % |
| OUS | (5) Sykepleier | 5 770 | 5 510 | 5 371 | -399 | -140 | 33,9 % | 34,0 % |
| OUS | (6) Helsefagarbeider/hjelpepleier | 778 | 636 | 614 | -164 | -22 | 4,0 % | 3,9 % |
| OUS | (7) Diagnostisk personell | 1 274 | 1 290 | 1 266 | -7 | -24 | 7,9 % | 8,0 % |
| OUS | (8) Apotekstillinger | 1 | 1 | 1 | - | - | 0,0 % | 0,0 % |
| OUS | (9) Drifts/teknisk personell | 1 547 | 1 380 | 1 330 | -217 | -50 | 8,8 % | 8,4 % |
| OUS | (10) Ambulansepersonell | 408 | 449 | 438 | 30 | -11 | 2,7 % | 2,8 % |
| OUS | (11) Forskning | 220 | 208 | 206 | -14 | -2 | 1,2 % | 1,3 % |
| OUS | (99) Ukjente | 46 | 27 | 78 | 31 | 50 | 0,4 % | 0,5 % |
| Sum | Alle stillingsgrupper | 17 362 | 16 092 | 15 817 | -1 545 | -275 | 100,0 % | 100,0 % |

Kategoriseringen i stillingsgrupper er endret i 2012 ihht. nasjonal definisjon (NPSS).

2012 tallene for Overleger er ikke sammenlignbare med 2010-2011 på grunn av konverteringer mellom hovedlønnsmodell (A2) og alternativ lønnsmodell. Konverteringen mellom modellene er estimert med en økning på 63,99 månedsverk for overleger.

Dette betyr at det er **ikke noen økning** i overlege bemanningen, hverken målt i ressursbruk/timer eller kostnader.

5.4 Sykefravær totalt og fordelt på kort- og langtidsfravær



5.4 Sykefravær per klinikk

Totalt og fordelt på fraværslengder

| Sykefraværs lengde per november | Korttid (1-16) | | | Langtid (17+) | | | Samlet sykefravær |
|---------------------------------------|----------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|----------------------|
| | 1-3 dager | 4-16 dager | Sum | 17-56 dager | > 56 dager | Sum | |
| PHA | 1,3 % | 1,3 % | 2,6 % | 1,4 % | 3,9 % | 5,2 % | 7,8 % |
| MED | 1,1 % | 1,2 % | 2,2 % | 1,5 % | 3,0 % | 4,5 % | 6,7 % |
| KKN | 1,1 % | 1,2 % | 2,3 % | 1,3 % | 3,8 % | 5,2 % | 7,4 % |
| KVB | 0,9 % | 1,2 % | 2,1 % | 1,4 % | 4,0 % | 5,4 % | 7,5 % |
| KRK | 1,1 % | 1,0 % | 2,1 % | 1,3 % | 2,9 % | 4,1 % | 6,2 % |
| HLK | 1,0 % | 1,0 % | 1,9 % | 1,1 % | 2,9 % | 3,9 % | 5,9 % |
| SMK | 1,1 % | 1,0 % | 2,1 % | 1,2 % | 3,5 % | 4,8 % | 6,8 % |
| AKU | 1,2 % | 1,3 % | 2,5 % | 1,4 % | 4,2 % | 5,6 % | 8,1 % |
| KDI | 1,2 % | 1,1 % | 2,3 % | 1,3 % | 2,8 % | 4,0 % | 6,3 % |
| KRG | 1,2 % | 0,9 % | 2,1 % | 0,6 % | 2,7 % | 3,3 % | 5,4 % |
| OSS | 1,5 % | 2,2 % | 3,7 % | 1,7 % | 4,5 % | 6,2 % | 9,9 % |
| STA | 0,5 % | 0,8 % | 1,3 % | 0,8 % | 1,7 % | 2,5 % | 3,7 % |
| OUS | 1,2 % | 1,3 % | 2,4 % | 1,4 % | 3,6 % | 5,0 % | 7,4 % |

5.4 Feil i beregning av sykefraværsprosent

- Sykehuspartner har oppdaget en feil ved beregning av sykefraværsprosent. Feilen omfatter ansatte med flere aktive arbeidsforhold hos samme arbeidsgiver.
- Feilen består i at ansatte som har flere interne arbeidsforhold får sykefraværsdager multiplisert med stillingsprosenten fra hovedarbeidsforholdet, mens avtalte arbeidsdager multipliseres med summen av alle arbeidsforhold. Konsekvensen av dette er at avtalte dagsverk "blåses opp" i forhold til sykefraværsdagsverk. Resultatet er at sykefraværsprosenten blir lavere enn det den skal være. Sykehuset Innlandet HF har eksempelvis anslått at sykefraværsprosenten for sitt vedkommende ligger 0,5-1% for lavt.
- Feilen har sannsynligvis vært siden vinteren 2010, da ny definisjon av månedsverk ble introdusert. Feilen skyldes at testing av endringen den gang ikke var god nok i forhold til ansatte med flere stillinger, Sykehuspartner beklager dette. Feilen vil bli rettet fra januar 2012 med tilbakevirkende kraft.
- Helse Sør-Øst RHF har informert departementet om de nødvendige forhold.

5.5 Brudd på arbeidstidsbestemmelsene

Med f.eks. # brudd på tillatte timer pr. dag, uke, måned, år

| Klinikk | Dag | Uke | 4-ukers | Årsregel | Totalt | Ant ansatte med brudd* |
|---|-------------|-------------|-------------|------------|--------------|------------------------|
| Klinikk psykisk helse og avhengighet | 626 | 388 | 302 | 9 | 1325 | 807 |
| Medisinsk klinikk | 623 | 409 | 288 | 23 | 1343 | 680 |
| Klinikk for kirurgi og nevrofag | 69 | 102 | 94 | 13 | 278 | 163 |
| Kvinne- og barneklubben | 315 | 324 | 142 | 4 | 785 | 785 |
| Krk kreft- og kirurgiklubben | 25 | 66 | 13 | 0 | 104 | 67 |
| Hjerte-, lunge- og karklubben | 130 | 254 | 107 | 5 | 496 | 142 |
| Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | 89 | 97 | 18 | 2 | 206 | 54 |
| Akuttklubben | 1619 | 1426 | 1122 | 400 | 4567 | 773 |
| Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 287 | 625 | 463 | 209 | 1584 | 432 |
| Oslo sykehusservice | 17 | 79 | 24 | 1 | 121 | 23 |
| TOTALT | 3800 | 3770 | 2573 | 666 | 10809 | 3926 |

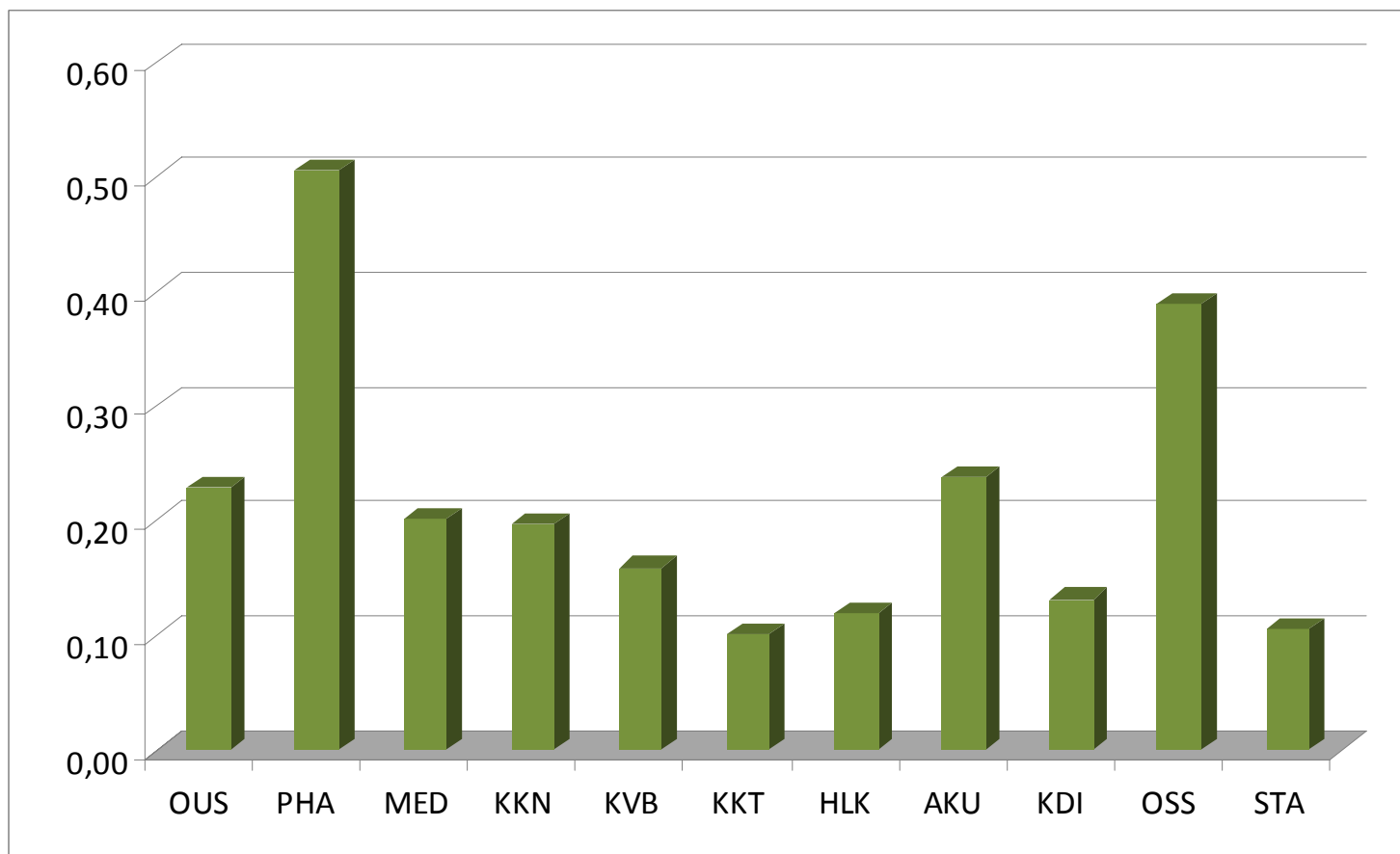
Tabellen viser antall brudd på arbeidstidsbestemmelsene 3. tertial 2011, fordelt på klinikk og type brudd.

* Ansatte med brudd gir kun en indikasjon på grunn av usikkerhet i tallgrunnlaget.

Se også beskrivelsen i styresaken (kap. 10.9) om svakhetene i målemetoden og registreringer i arbeidssystemet (GAT), med blant annet utvikling fra 2. tertial, samt omfang og variasjoner mellom klinikkene. Det pågår prosess med å forbedre registreringen av tjenesteavtaler i GAT for å unngå at det utløses brudd selv om det er gitt dispensasjon.

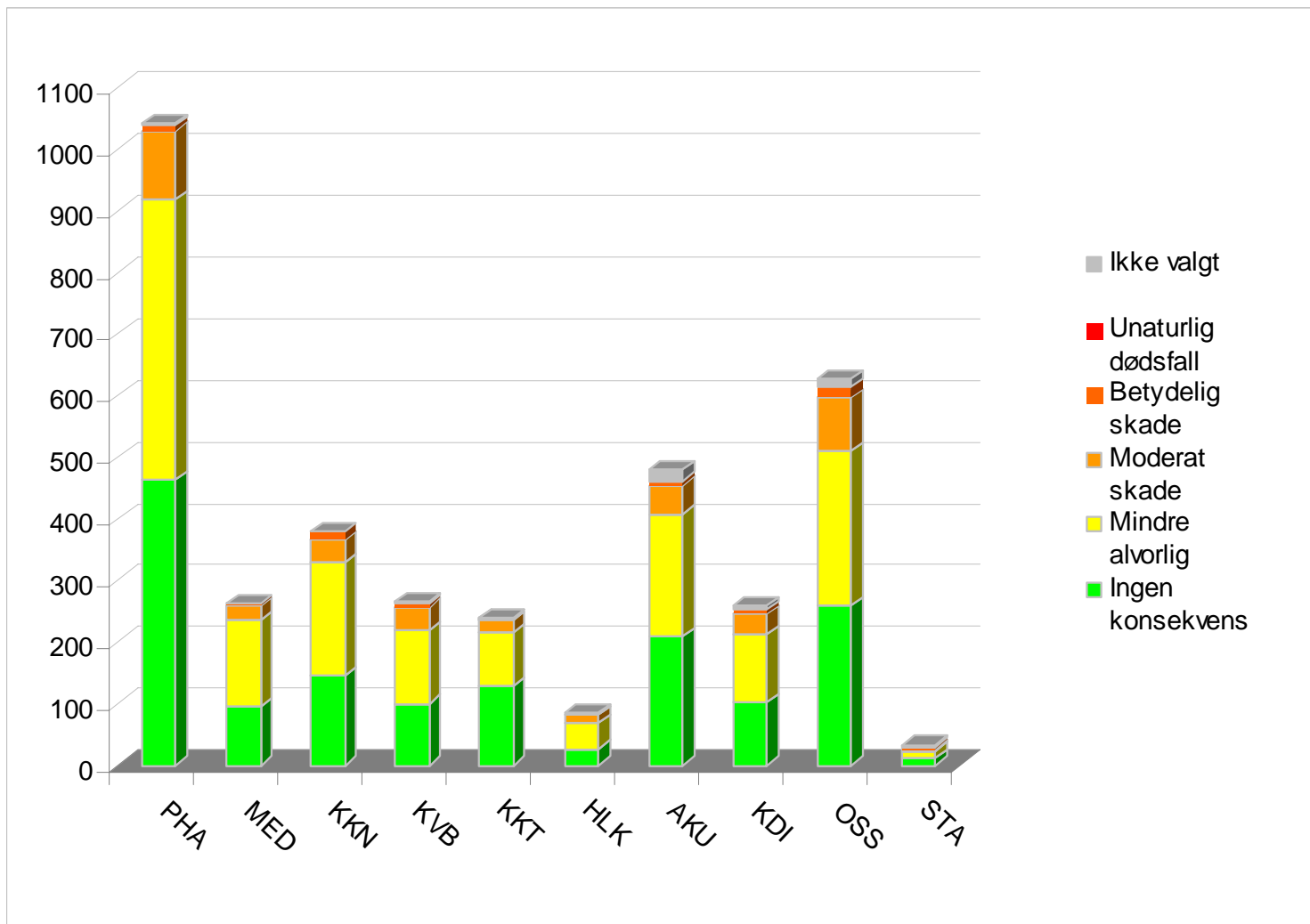
5.6 HMS avvik 3. tertial 2011

Antall avvik pr. årsverk



5.7 HMS avvik 3. tertial 2011

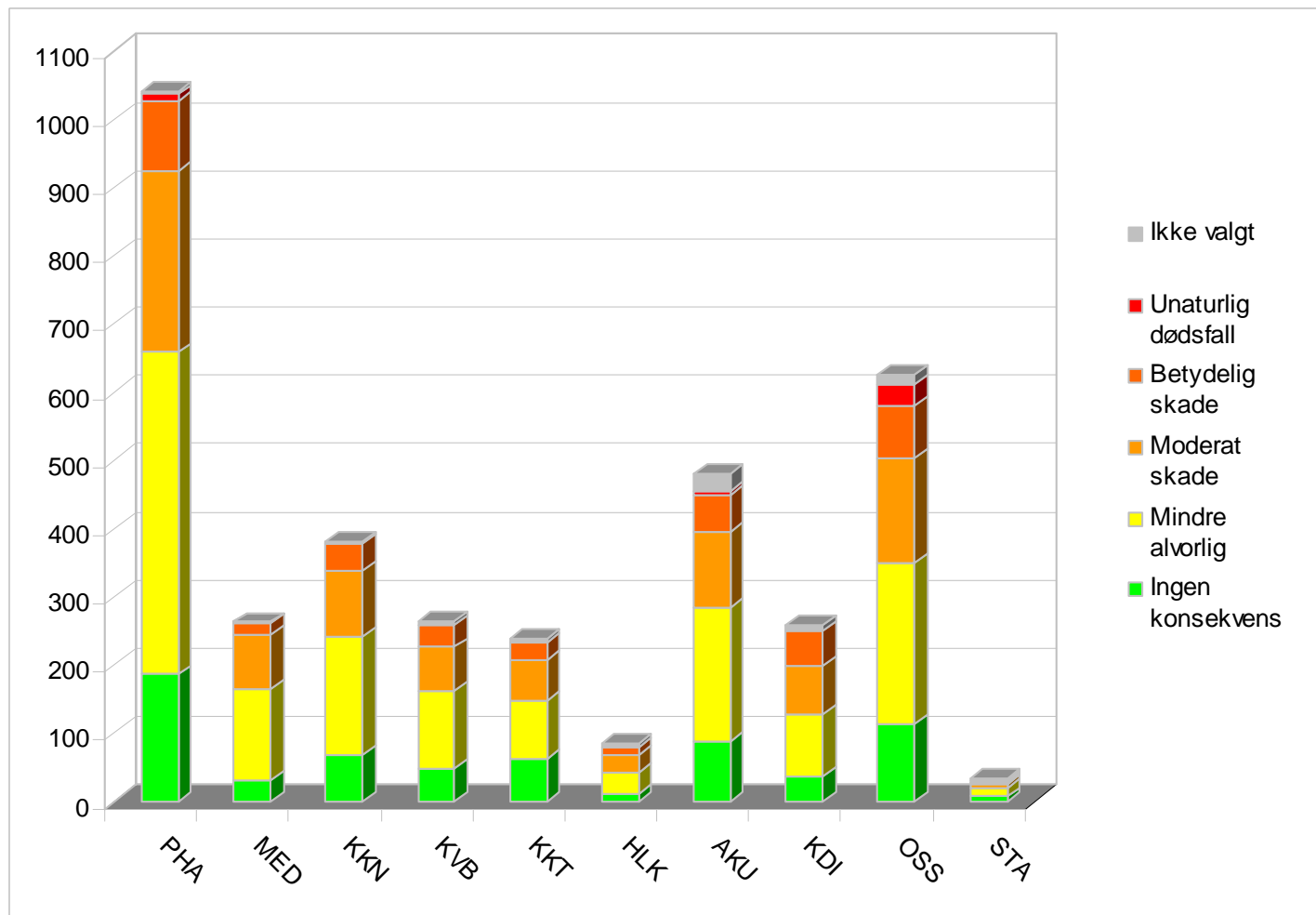
Antall fordelt på alvorlighet og reell konsekvens



Figuren viser at ca. 80 % av de registrerte HMS avvik er vurdert å ha ingen eller mindre alvorlig reell konsekvens (grønn + gul).

5.8 HMS avvik 3. tertial 2011

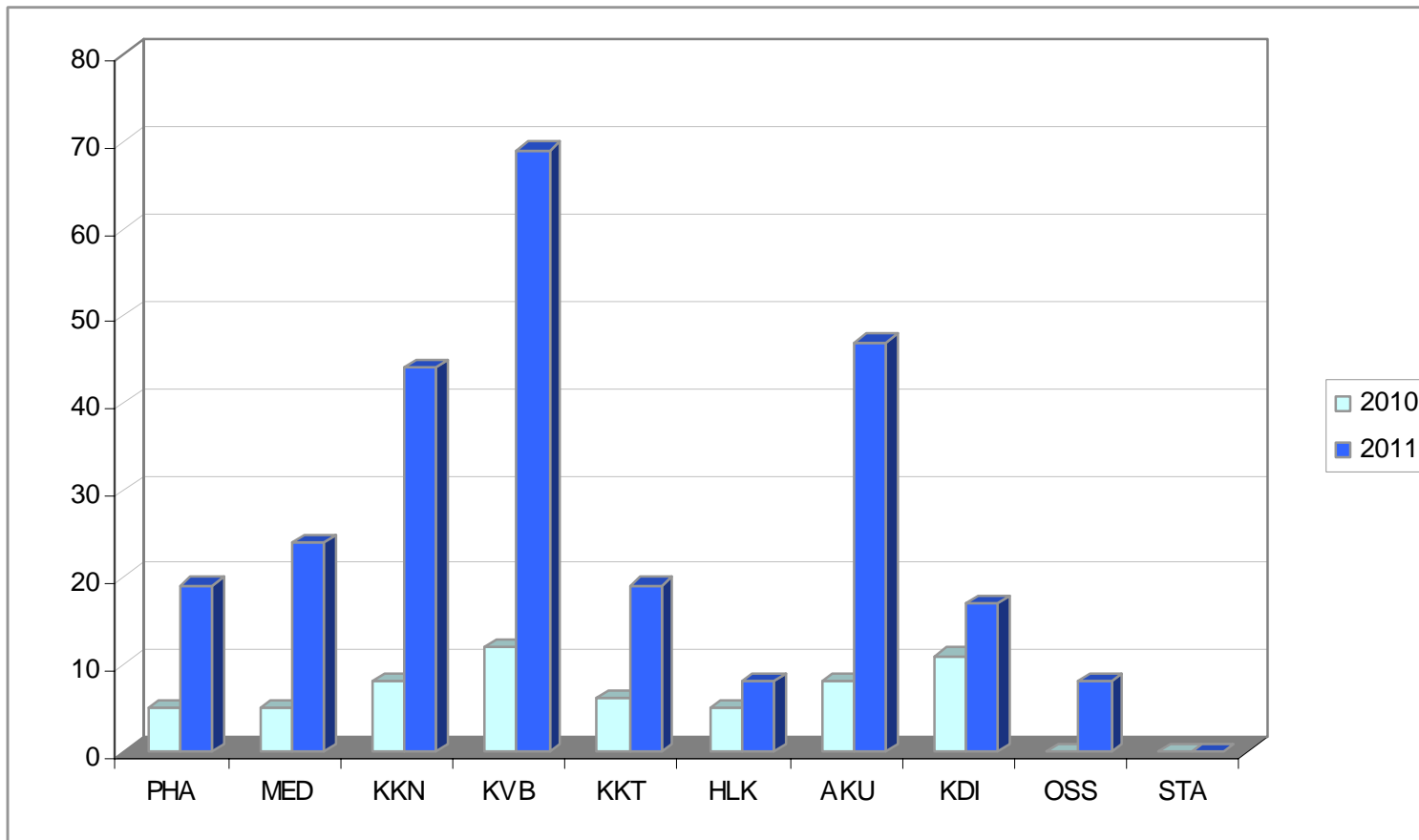
Skadepotensial pr. klinikk



Figuren viser at ca. 60 % er vurdert å ha ingen eller mindre alvorlig potensiell konsekvens (grønn + gul). Dvs. en mer alvorlig risikoprofil enn figur 5.7.

5.9 HMS avvik

Antall avvik kategorisert som "arbeidspress" under "Arbeidsmiljø"



Figuren viser fordeling av avvik i hovedkategorien "Arbeidsmiljø" i perioden 2011 mot 2010 sortert på klinikker – for de som er kategorisert i undergruppen "arbeidspress".

Eksempler på avvikstitler er: Stor arbeidsmengde, underbemanning, for lite ressurser, ikke tid til å ivareta personlige behov, overbelegg, mange dårlige pasienter, feilhandlinger på grunn av stress, belastning på grunn av feil i administrative systemer.

5.10 HMS avvik

Avvikstyper fordelt på hovedkategorier i klinikk

| | Totalt | Skade på ansatt | Arbeidsmiljø | Annet HMS | Utstyr og inventar | Bygninger/ tekniske anlegg | Brann |
|------------|-------------|-----------------|--------------|------------|--------------------|----------------------------------|------------|
| PHA | 1041 | 689 | 176 | 104 | 40 | 15 | 17 |
| MED | 263 | 84 | 99 | 13 | 10 | 7 | 50 |
| KKN | 380 | 169 | 150 | 27 | 23 | 5 | 6 |
| KVB | 265 | 82 | 153 | 15 | 7 | 2 | 6 |
| KKT | 239 | 93 | 98 | 26 | 15 | 3 | 4 |
| HLK | 85 | 29 | 33 | 18 | 4 | 1 | 0 |
| AKU | 481 | 175 | 194 | 44 | 60 | 5 | 3 |
| KDI | 258 | 99 | 103 | 29 | 17 | 5 | 5 |
| OSS | 626 | 111 | 168 | 113 | 46 | 99 | 89 |
| STA | 33 | 1 | 5 | 2 | 21 | 3 | 1 |
| OUS | 3671 | 1532 | 1179 | 391 | 243 | 145 | 181 |

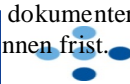
5.11 Definisjoner årsverksindikatorer

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

6.1 Eksterne tilsyn

Eksterne tilsyn i 3. tertial

| Dato for tilsyn | Tilsynsmyndighet | Klinikk | Avdeling | Tema | Avvik | Frist lukking | Kommentar |
|------------------------|--|--------------------------|--|--|---------------|---------------|--|
| 21.-23. 09.11 | Statens legemiddelverk | KVB | Barnemedisinsk avdeling | Legemiddelstudie (bronkiolitis) | 11 | 05.05.12 | Besvart innen frist, men fortsatt oppfølging. |
| 22.09.11 | Brann- og rednings-etaten, Oslo | OSS | Hasselkroken barnehage | Alarmorganisering og rømningsikkerhet | 0 | - | Rapport mottatt 30.12.11. Ingen tiltak påkrevet. |
| 28.09.11 | Helsetilsynet i Oslo og Akershus | KKN | Ortopedisk avdeling | Landsomfattende stikkprøvetilsyn behandling av pasienter med hoftebrudd (39 journaler) | - | 01.02.12 | Rapport mottatt. Klinikken utarbeider handlingsplan innen fristen. |
| 29.09.11 | Mattilsynet | OSS | Hovedkjøkken RH | Oppfølgingstilsyn HACCP | 0 | | Alt i orden. Lukket. |
| 10.-18. 10.11 | Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap | AKU MED KVB OSS | Ulike Gastro+kar Nyfødt int+Barnemed. MTV+Elektro | HMS, bruk og vedlikehold elektro | 5 + 6 anm. | 01.03.12 | Tilsynsrapport: Mangler ved dokumentasjon av vedlikehold, internkontroll (elektro), dokumentasjon av opplæring MTU. Handlingsplan utarbeides til frist. |
| 10.-12. 10.11 | Helsetilsynet i Oslo og Akershus | MED KKN | Geriatrici Nevrologi | Landsomfattende tilsyn behandling av pasienter med hjerneslag | | | Tilsynsbesøk gjennomført. Rapport ennå ikke mottatt. |
| 07.11.11 | Brann- og redningsetaten, Oslo | OSS MED KKN | Ulike avdelinger (befaring ved alle sykehusområdene) | Branntekniske forhold, brannvern, rømningsveier (korridorpasienter) | 7 + 2 anm. | 06.02.12 | Tilsynsrapport: Bygninger/lokaler: Fare for liv. Manglende sikringstiltak. Svakheter/mangler i avviksrutiner, opplæring, revisjon m.m. Handlingsplan utarbeides til frist. |
| Okt. 2011 | Mattilsynet | OSS | Dikemark | Næringsmiddelhygiene | | | Handlingsplan oversendt innen frist. |
| Des. 2011 jan. 2012 | Riksrevisjonen | OUS | - | Undersøkelse av planleggingen av omstillingene ved Oslo universitetssykehus HF | | - | Dokumentgjennomgang: Stort antall dokumenter oversendt innen frist. |



6.1 Eksterne tilsyn

Tidligere eksterne tilsyn som fortsatt ikke er lukket

| Dato for tilsyn | Tilsynsmyndighet | Klinikk | Avdeling | Tema | Frist lukking | Kommentar |
|-----------------|---|---------|--------------------------------|--|------------------------|--|
| Juni 2011 | Hafslund DLE (Det lokal eltilsyn) utføres av Infratek | OSS | Eiendom, Drift og vedlikehold | Verifisere tilstand på elanleggene til OUS HF | 01.05.12 | Handlingsplan oversendt 21.11.11. |
| 15.06.11 | Arbeidstilsynet | OUS | | Befaring på Radiumhospitalet og Ullevål | 01.11.14. | 10 pålegg hvorav 7 pålegg er lukket. Lukking pågår frem til 01.11.2014 |
| 16.06.11 | Bydelsoverlegen i bydel Ullern | OSS | Drift og vedlikehold | Oppfølgende tilsyn med kjøletårn | | Ikke mottatt rapport. |
| 08.02.11 | Statens lege-middelverk | KDI | Blodbanken i Oslo | Blodbankens tilvirkning av blod og blodprodukter | | Avventer tilbakemelding. |
| 02.12.09 | Brann- og redningsetaten, Oslo | OSS | Høyblokken på Radiumhospitalet | Branntekniske/organisatoriske forhold | 31.12.12 | Sak avsluttet – lukking gjenstår Handlingsplan med brannteknisk oppgradering som gjennomføres innen 2012. |
| Høst 2009 | Brann- og redningsetaten, Oslo | OSS | Søsterhjemmet, Ullevål, bygg 2 | Brannteknisk oppgradering | Prosjekt-plan 31.12.13 | Pågående sak – lukking gjenstår Handlingsplan med brannteknisk oppgradering som gjennomføres innen 2013. |

6.2 Revisjoner

Revisjoner og oppfølginger fra Konsern revisjonen 3.tertial

| Oversikt Klinikk | Revisjonstema | Formål | Fremdrift | Funn |
|---------------------------|---|--|--|---|
| Oslo universitets sykehus | System for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier | Formålet med revisjonen: Kartlegge og vurdere i hvilken grad styre og ledelse i helseforetakene har etablert effektive og pålitelige systemer for å forankre, gjennomføre, rapportere og følge opp styringskrav fra eier som følger av lov- og regelverk, foretaksprotokoll og oppdrags- og bestillingsdokument | Funn og tiltaksplan for Oslo universitetssykehus HF var orienteringssak på styremøte 15.12.2011 (sak 149/2011) | Det er 7 anbefalinger – Hvorav <ul style="list-style-type: none"> • 3 er relatert til Oppdrag og bestilling (satt i system) • 2 er relatert til Risikovurdering (som verktøy) • 2 er relatert til Styrearbeid (riktig saker til behandling) |
| Oslo universitets sykehus | Behandlingsreiser til utlandet | Formålet med revisjonen: Kartlegge økonomiske og organisatoriske sider ved forvaltningen av tilskuddordningen for behandlingsreiser som følge av Stortingets bevilgninger over statsbudsjettets kapittel 733 post 72. | Funn og handlingsplan ble behandlet som beslutningssak på styremøte 29.09.2011 (sak 102/2011) | Funn som inngikk i handlingsplanen: <ul style="list-style-type: none"> • fullmakter og fullmaktsbruk • konkurranse etter lov og forskrift om offentlige anskaffelser for barneprogram reuma • tilsyn med behandlingsstedene • papirjournaler og praksis med å frakte disse til behandlingsstedene • hjemmel for bruk av håndkasser ute ved behandlingsstedene • målformuleringer og styringsparametere • risikovurderinger |
| Alle helseforetak | Medisinsk kodepraksis | Formålet med revisjonen: Kartlegge og vurdere medisinsk kodepraksis i helseforetakene, herunder om det er etablert god intern styring og kontroll som gir rimelig sikkerhet for at ukorrekt eller taktisk koding ikke forekommer. Mandatet for revisjonen er utarbeidet av internrevisjonene i de fire helseregionene i samråd med Helsedirektoratet. | Oslo universitets-Sykehus var kun med i en av to faser av revisjonen. Funnene ble presentert på leder møte i OUS 25.10.2011 (sak 374/2011) | De generelle funnene fra alle helseforetakene er sammenfallende med funn fra den interne koderevisjonen ved OUS. Se OUS revisjoner |



6.2 Revisjoner (2)

Revisjoner og oppfølginger fra Konsern revisjonen 3.tertial

| Oversikt Klinikk | Revisjonstema | Formål | Fremdrift | Funn |
|---|---|---|-----------|------|
| Oslo universitets Sykehus – Klinikk for kirurgi og nevrofag. Klinikk for psykisk helse og avhengighet | Intern styring og kontroll i pasientforløp (somatikk, psykiatri og rus), herunder venteliste-håndtering (pasient - administrativt arbeid) | Formålet med revisjonen: å bekrefte overfor helseforetakets styre og foretakets eier, Helse Sør-Øst RHF, om foretakene har etablert oversikt og betryggende intern styring og kontroll med sine pasientforløp, slik at det er rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas | Pågående | |

6.2 Revisjoner (3)

Revisjoner og oppfølginger 3.tertial 2011 Oslo universitetssykehus

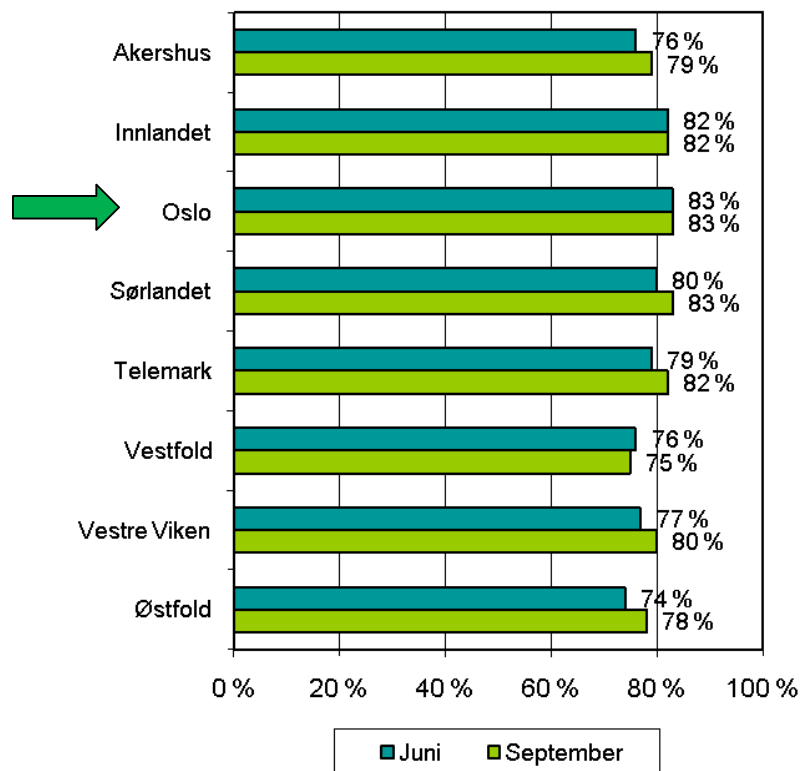
| Oversikt Klinikk | Revisjonstema | Formål | Fremdrift | Funn |
|--|---|---|--|--|
| Klinikk for kreft og kirurgi; Gastrokirurgi | Koderevisjon | Formålet med revisjonen å vurdere kvaliteten av den medisinske kodingen innen feltet ved avdelinger lokalisert på Aker, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet | Funnene ble presentert på leder møte i OUS 25.10 2011 (sak 374/2011) | Funnene er relatert til <ul style="list-style-type: none">• organisering av kodearbeidet og kontrollfunksjoner• opplæring• rutiner og prosedyrer• regelverket oppleves som komplisert |
| Oslo universitets Sykehus – Klinikk for kirurgi og nevrofag. Klinikk for psykisk helse og avhengighet | Intern styring og kontroll i pasientforløp (somatikk, psykiatri og rus), herunder venteliste-håndtering (pasient – administrativt arbeid) | Formålet med revisjonen: å bekrefte overfor helseforetakets styre og foretakets eier, Helse Sør-Øst RHF, om foretakene har etablert oversikt og betryggende intern styring og kontroll med sine pasientforløp, slik at det er rimelig sikkerhet for at pasientenes behandlingsbehov og rettigheter ivaretas | Pågående | |

7.1 Omdømme

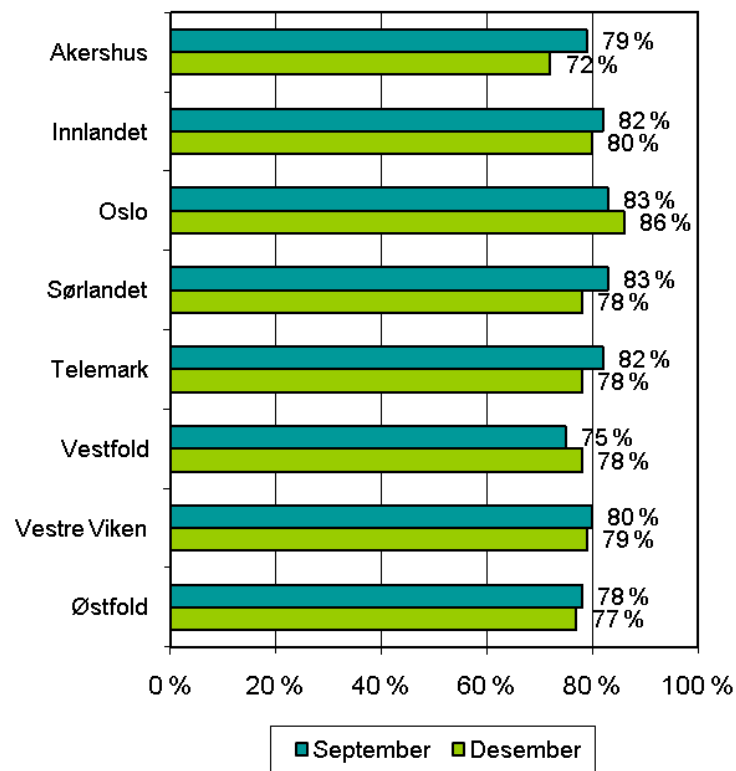
Helse Sør-Øst kvartalsvise omdømmeundersøkelser

Undersøkelsen viser følgende ”**Andel med meget eller ganske stor tiltro til spesialhelsetjenesten brutt ned på sykehusområdene i Helse Sør-Øst**”:

September-11:



Desember-11:



7.2 Intern kommunikasjon

De mest internt brukte verktøysidene/ infosidene i tertialet:

| | Antall besøk på sidene |
|---|------------------------|
| E-post på tvers av sykehus og PC'er (fra Snarveier) | 67 628 |
| Tjenester, systemer og andre nyttige ressurser | 62 585 |
| Registrering og oppfølging av uønskede hendelser, nesten-uhell og farlige forhold | 28 509 |
| Styrende dokumenter | 23 772 |
| Interne telefonkataloger (fra Snarveier) | 23 398 |
| Ledige stillinger (fra Snarveier) | 15 956 |
| Velkommen til Kundesenter OSS (Snarvei på forsida) | 13 063 |
| Velkommen til HR-Personal - et verktøy for din hverdag (fra Snarveier) | 10 418 |
| Tilbud og rabattavtaler til ansatte | 10 171 |
| Kurs og kompetanseutvikling i Oslo universitetssykehus | 9 227 |

De mest leste nyhetsakene:

| | |
|--|-------|
| En tragisk hendelse | 3 973 |
| Stort underskudd i 2011 | 2 922 |
| Bjørn Erikstein ny administrerende direktør for Oslo universitetssykehus | 2 770 |
| Julehilsen fra Statsminister Jens Stoltenberg | 2 709 |
| Arealutviklingsplanen er klar! | 2 699 |
| Siri Vedeld Hammer takker for seg | 2 530 |
| Ny styreleder ved Oslo universitetssykehus | 2 379 |
| Større og mindre på samme tid | 2 325 |
| Økning av tyverier i sykehuset | 2 188 |
| Aker sykehus – hva skjer? | 2 155 |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 9. februar 2012

Saksbehandler: Direktør fag og pasientsikkerhet

Vedlegg: 1. Utkast til Årlig melding for 2011 (plandel)
2. Rapporteringsdelen basert på oppdragsdokumentet (sendt Helse Sør-Øst)
3. Brukerutvalgets årsmelding

SAK 4/2012 ÅRLIG MELDING 2011 OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til ukast til Årlig melding for 2011 med de innspill som er gitt i møtet.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt, etter samråd med styreleder, til å justere Årlig melding ut i fra de endelige driftsresultater for 2011, samt de innspill som er fremkommet i møtet.*

Oslo, 2. februar 2012

Bjørn Erikstein

Sammendrag

Oslo universitetssykehus HF skal oversende Årlig melding 2011 til Helse Sør-Øst RHF innen 1 mars 2012.

Det vises til orientering i styresak 150/2011 om prosess, frister og rammer for Årlig melding 2011.

Årlig melding består av to hoveddeler;

- Plandel (vedlegg 1)
- Rapporteringsdel basert på oppdrag og bestilling for 2011.(vedlegg 2)

I tillegg vedlegges brukerutvalgets årsmelding (vedlegg 3)

Brukerutvalget, tillitsvalgte og hovedverneombud har vært orientert om innhold og fremdrift i arbeidet med Årlig melding og innspill er i hovedsak innarbeidet.

I henhold til bestilling fra Helse Sør-Øst RHF ble rapporteringsdelen for 2011 sendt det regionale foretaket 20.januar 2012 med forbehold om styrets godkjenning.

Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

For å sikre fremdrift i det videre arbeidet med årlig melding, bes det om at administrerende direktør gis fullmakt i samråd med styreleder til å ferdigstille arbeidet med meldingen, inkludert oppdatering med de endelige driftsresultater når disse foreligger.

Årlig melding 2011

til Helse Sør-Øst RHF

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

**Utkast
versjon 2.0**

Oslo
1 mars 2012

Innhold

| | | |
|----------|---|----|
| DEL I: | INNLEDNING | 1 |
| 1. | Om Oslo universitetssykehus HF – oppgaver og organisering..... | 1 |
| 1.1. | <i>Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag</i> | 3 |
| 2. | Om sykehusets virksomhetsstyring, resultater og utfordringer..... | 3 |
| 2.1. | <i>Utfordringsbildet sett fra Oslo universitetssykehus</i> | 3 |
| 2.2. | <i>Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll</i> | 14 |
| 2.2.1. | <i>Arbeidet med god virksomhetsstyring.....</i> | 14 |
| 2.2.2. | <i>Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde.....</i> | 16 |
| 2.2.3. | <i>Sentrale saker behandlet i styret.....</i> | 17 |
| 2.3. | <i>Evaluering av egen virksomhet og organisering.....</i> | 19 |
| 3. | Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte | 20 |
| DEL II: | RAPPORT FOR 2011 | 22 |
| 4. | Oppfølging av oppdrag og bestilling | 22 |
| 4.1. | <i>Innledning.....</i> | 22 |
| 4.2. | <i>Innsyn og konsernrevisjon</i> | 22 |
| 4.3. | <i>Overordnede styringsbudskap</i> | 22 |
| 4.4. | <i>Driftsavtale</i> | 24 |
| 4.4.1. | <i>Avtalt aktivitetsnivå 2011.....</i> | 24 |
| 4.4.2. | <i>Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser</i> | 24 |
| DEL III: | STYRETS PLANDOKUMENT 2012 - 2015..... | 25 |
| 5. | Utviklingstrender og rammebetingelser | 25 |
| 5.1. | <i>Faglig og demografisk utvikling.....</i> | 25 |
| 5.2. | <i>Forventet økonomisk utvikling.....</i> | 27 |
| 5.3. | <i>Personell- og kompetansebehov.....</i> | 27 |
| 5.4. | <i>Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer</i> | 29 |
| 6. | Planer for innsatsområdene | 32 |
| 6.1. | <i>Pasientbehandling.....</i> | 32 |
| 6.2. | <i>Forskning og innovasjon</i> | 38 |
| 6.3. | <i>Kunnskapsutvikling og god praksis.....</i> | 39 |
| 6.4. | <i>Organisering og utvikling av fellestjenester</i> | 39 |
| 6.5. | <i>Mobilisering av medarbeidere og ledere.....</i> | 40 |
| 6.6. | <i>Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</i> | 41 |
| 7 | <i>Oppfølging av mål for planperioden</i> | 42 |
| DEL IV: | VEDLEGG | 44 |

Vedlegg 2- Rapporteringsdelen av Årlig melding for 2011 (sendt 20.januar 2012)

Vedlegg 3- Brukerutvalgets årsmelding

DEL I: INNLEDNING

1. Om Oslo universitetssykehus HF – oppgaver og organisering

Oslo universitetssykehus har fire primære ansvarsområder:

- ✓ Pasientbehandling
- ✓ Forskning
- ✓ Utdanning av helsepersonell
- ✓ Opplæring av pasienter og pårørende

Sykehuset skal i tråd med nasjonale mål yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Forskning og utviklingsarbeid i sykehusene er viktig for å gjøre helsetjenesten i stand til å foreta kritiske vurderinger og riktig prioritering av etablerte og nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologi samt for å ivareta og veilede pasientene. Utdanning av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten omfatter grunnutdanning, videre- og etterutdanning, turnustjeneste, spesialistutdanning og ulike typer kurs i regi av arbeidsgiver. Ved kronisk eller langvarig sykdom er opplæring og mestring av sykdom viktig. Tidligere pasienters og pårørendes kunnskap er ofte viktig informasjon for andre som kommer i samme situasjon.

Ansvarsområde for Oslo universitetssykehus HF omfatter nasjonale funksjoner, flerregionale- og regionale funksjoner, område- og lokalsykehusfunksjoner, jfr Lov om spesialisthelsetjenester. Dette innebærer at Oslo universitetssykehus HF skal drive avansert pasientbehandling, forskning, utprøvende behandling, undervisning og rådgivning på høyt internasjonalt nivå.

Kreftregisteret har ansvaret for registrering av alle krefttilfeller i Norge, forskning, rådgiving og informasjon om kreft. Kreftregisteret skal være en enhet innenfor Oslo universitetssykehus HF. Kreftregisteret har eget styre som oppnevnes av og rapporterer til styret ved Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF har et nasjonalt ansvar som kompetansemiljø og referanseinstitusjon for sentrale myndigheter og for andre sykehus, samt i grunn-, videre- og etterutdanning av helsepersonell. Oslo universitetssykehus HF skal sikre at samarbeid om utdanning av medisinstudenter og helsefagstudenter reguleres i egne avtaler.

Virksomheten skal drives med sikte på å nå nasjonale helsepolitiske-, forskningspolitiske- og utdanningspolitiske mål og helseforetaksgruppens samlede målsetninger innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, instruksjoner, avtaler, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Funksjonsfordeling:

Alle regionsfunksjoner er samlet i Oslo universitetssykehus HF med unntak av revmakirurgi og deler av revmatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen Øre-, nese- og hals er fordelt mellom Lovisenberg sykehus og Oslo universitetssykehus. For øvrig er alle områdefunksjoner samlet ved Oslo universitetssykehus HF. Diakonhjemmet sykehus har fortsatt egen akuttkirurgi, men arbeidet med å planlegge overflytting av denne til Oslo universitetssykehus HF er i gang. Lovisenberg Diakonale sykehus dekker indremedisin i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus frem til 1.mars 2014.

Opptaksområdene Alna og Follo ble overført til Akershus universitetssykehus HF 1.1.11. Vestre Viken HF overtok fagområdene Øre-, nese-, hals (1.9.11), pediatri (store barn) , nevrologi (1.4.11), nefrologi og delvis dialyse for opptaksområde Asker og Bærum. Oslo universitetssykehus HF overtok ansvar for fødende i bydel Ullern og Vestre Aker fra Vestre Viken HF pr. 1.1.11.

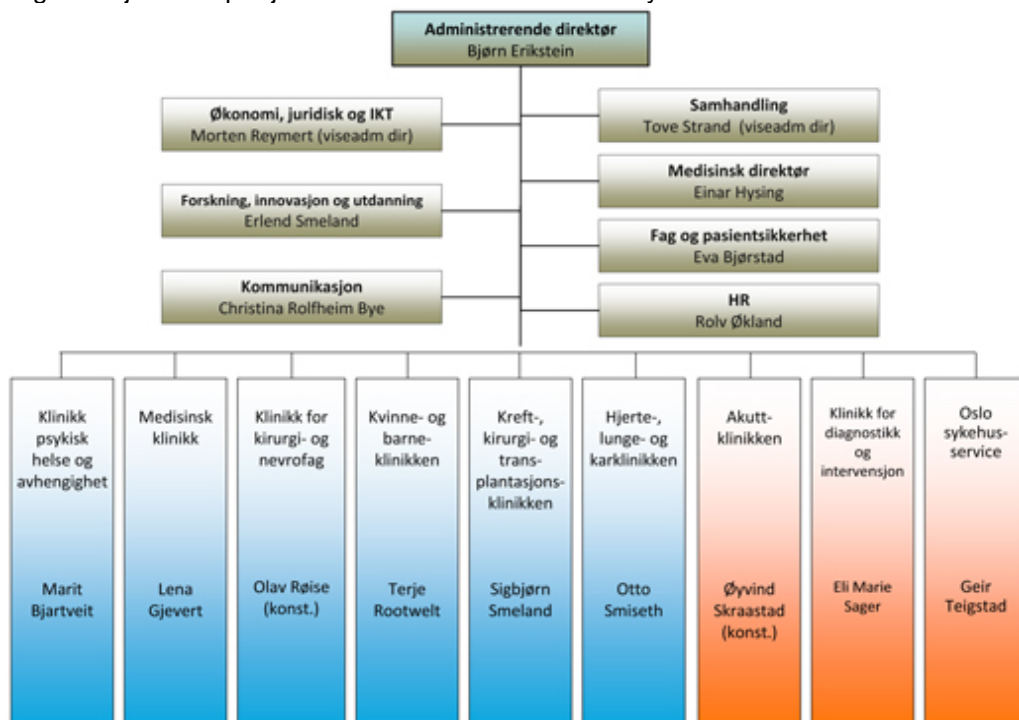
Opptaksområde Oslo universitetssykehus

Sykehuset har lokalsykehusansvar for bydelene Bjerke, Nordstrand, Søndre Nordstrand, Nordre Aker, Østensjø og Sagene. Områdeansvar har foretaket i tillegg for bydelene Vestre Aker, Ullern, Frogner, St.Hanshaugen, Gamle Oslo og Grünerløkka. Dette innebærer et opptaksområde for lokalsykehusansvaret på i overkant av 250 000 innbyggere og områdeansvar for en befolkning på mer enn 500 000 personer. For enkelte funksjoner som eksempelvis øye, strekker områdeansvaret seg utover Oslo og tilsvarer et befolkningsgrunnlag på nærmere en million.

Organisering

Oslo universitetssykehus har ni klinikker, inkludert Oslo sykehuservice som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av sykehuset. Budsjettet er på ca 17,5 milliarder kroner. Rundt 20 000 mennesker har sitt arbeidssted ved Oslo universitetssykehus. Sykehuset har per i dag virksomhet på mer enn 40 ulike steder. Organisasjonskartet vises i nedenstående figur.

Organisasjonskart per januar 2012 - Oslo universitetssykehus



1.1. Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Den nasjonale visjonen som ble etablert ved oppstart av helsereformen i 2002 (jfr. også formålsbestemmelsen i Lov om helseforetak); "Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger når de trenger det, uavhengig av, alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisitet", samt de nasjonale verdiene for helseforetakene "kvalitet, trygghet og respekt" er lagt til grunn for arbeidet med våre strategier og verdigrunnlag.

Lovpålagte oppgaver og regional strategi 2009-2020, er førende for Oslo universitetssykehus HF's videre arbeid med mål og strategiutforming.

Foretakets strategiprosess og målbilde er ikke ferdigstilt innen alle områder, men sykehuset har i 2011 arbeidet videre med en overordnet virksomhetsplan for sykehuset.

Virksomhetsplanen er utarbeidet på bakgrunn av oppdrag fra eier, innspill fra sykehusledelsen, fagorganisasjoner og ulike fagmiljøer. Arbeidet tar som utgangspunkt dimensjonene pasientbehandling, arbeidsmiljø, forskning, utdanning og innovasjon samt økonomi som tidligere i OUS ble presentert gjennom "puslespillet". Regionens strategiske satsningsområder er alle dekket innen disse fire områdene.

I arbeidet med virksomhetsplanen konkretiseres visjoner, hovedmål, overordnede satsninger og forbedringstiltak med effektmål.

Virksomhetsplanen understøttes av en mer detaljert OUS Handlingsplan 2012.

Arbeidet med Virksomhetsplan og handlingsplan 2012 forventes ferdigstilt primo februar 2012.

2. Om sykehusets virksomhetsstyring, resultater og utfordringer

2.1. *Utfordringsbildet sett fra Oslo universitetssykehus*

I 2011 har Oslo universitetssykehus arbeidet videre med utvikling av en felles organisasjon med samling av fagmiljøer, samtidig som det i forbindelse med overføringen til Ahus har vært et betydelig fokus på å tilpasse drift og bemanning til et lavere aktivitetsnivå og nye rammeforutsetninger. Dette har involvert alle deler av organisasjonen og medført et betydelig arbeid for alle klinikker og staber. I 2011 har det samtidig vært viktig å sørge for opprettholdelse av god pasientbehandling, økt forskningsaktivitet, og utvikling av samhandling med et særskilt fokus på Oslo kommune.

Oslo universitetssykehus står overfor et krevende utfordringsbilde også i årene fremover. Som grunnlag for fusjonen lå det en forventning om å samlokalisere dublerede fagområder for å sikre et mer enhetlig pasientbehandlingstilbud, og realisere stordriftsfordeler innen blant annet arealbruk, utstyr, antall vaktgående lag med mer. Denne effektiviseringen skulle realiseres på et tidlig tidspunkt og danne grunnlaget for fremtidig økt investeringsevne. Imidlertid har overføringen til Ahus resultert i at Oslo universitetssykehus står igjen med flere små enheter som er lite driftseffektive.

Budsjettkravet til Oslo universitetssykehus for 2012 er betydelig. Den foreløpige vurdering av den kostnadmessige utfordringen er i 2012 mellom 600 og 700 millioner kroner for

klinikkene og Oslo sykehusservice samlet. Dette skyldes blant annet at et særskilt omstillingstilskudd på 225 mill kroner bortfaller, samt at IKT kostnadene forventes å øke betydelig. Helse Sør-Øst RHF har videreført muligheten for et negativt resultat på inntil 400 millioner kroner i 2012 og den negative effekten av innføring av ny inntektsmodell i regionen er midlertidig kompensert for Oslo universitetssykehus i 2012. Budsjettkravet for 2012 er tydelig formidlet gjennom tildeling av rammer til klinikkene og måltall for redusert bemanning. Klinikkerne er bedt om å gjennomføre nødvendige tilpasninger i bemanning og redusere andre kostnader for å gjennomføre et budsjett i balanse for 2012.

Gjennom arbeidet med økonomisk langtidsplan i Helse Sør-Øst RHF er det signalisert at styringsmålet fra 2013 er et nullresultat. Det er også forutsatt at implementeringen av effektene av ny inntektsmodell skal gjøres delvis gjeldende fra 2013 med en effekt på cirka 130 mill kroner. Denne effekten kan endres, ettersom det fremdeles pågår et arbeid med inntektsmodell i regionen. En foreløpig oppsummering viser imidlertid en økt utfordring fra 2012 til 2013 på i overkant av 500 mill kroner.

En gjennomgang av bygningsmassens tilstand, gjort av Multiconsult i 2011, viser at mange av våre bygninger og arbeidslokaler er i dårlig eller meget dårlig tilstand. Dette skyldes manglende vedlikehold over tid, og gjelder spesielt bygninger på Ullevål og Radiumhospitalet. Dette ble også understreket i en tilsynsrapport fra Arbeidstilsynet datert 18.07.11 der det understrekes at bygningsmassen risikerer å forårsake uheldige/ farlige belastninger for ansatte og pasienter. Andre tilsyn, deriblant tilsyn fra Brann og redningsetaten, har også understreket det samme og setter krav til umiddelbare forbedringer. Det samlede vedlikeholdsbehovet er betydelig.

Sykehuset ferdigstiller i disse dager en flerårig vedlikeholdsplan som skal ta høyde for pålegg fra ulike tilsyn. Vedlikeholdsplanen må imidlertid sees sammen med arealutviklingsplan 2025 og helhetlig plan for samlokaliseringer på kort sikt. Det vurderes ikke som mulig eller ønskelig å løse vedlikeholdsbehovet uten å se dette i sammenheng med investeringer i nye bygg som er tilrettelagt for mer fremtidsrettet behandling. I bygg som planlegges erstattet med nybygg, vil man gjøre oppgraderinger som er tilstrekkelige innenfor byggets forventede levetid. Vurderingen av hva som er "tilstrekkelig" gjøres i dialog med de ulike tilsyn. Der man kan oppgradere arealer samtidig som man legger til rette for samlokaliseringer på kort sikt vil dette gjøres.

Manglende felles IKT systemer, både kliniske og administrative er en vesentlig hindring for effektiv drift og for mange av sykehusets planer om endring, samlokalisering og tilpasning av virksomhet. Manglende felles løsninger er også personellkrevende. Et gjennomgående trekk er at der andre foretak har ett system for gitt funksjonalitet (f. eks pasientadministrativt system, elektronisk journal, laboratoriesystem, innkjøp- og logistikksystem) har Oslo universitetssykehus gjennomgående mellom 2 og 4 ulike systemer som følge av at systemene fra de tidligere foretakene er videreført i mangel av utskifting til ett gjennomgående system. Dette svekker effektiviteten i oppgaver som omhandler personaloppfølging og pasientforløp på tvers av lokalisering. Som følge av disse ulempene er det lagt ned mye arbeid i etablering av midlertidige felles løsninger for å sikre forsvarlig pasientbehandling. Innenfor enkelte områder avventer Oslo universitetssykehus regionale prosesser for innføring av felles systemer (f.eks røntgen og laboratoriesystemer), mens det innen andre områder pågår prosjekter i samarbeid med Sykehuspartner for innføring av felles systemer (eksempelvis personalressursstyringssystemer og felles journalsystem for Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål.) Det stilles også store krav til Sykehuspartner knyttet til understøttelse av flyttinger og daglig drift, slik at ressursituasjonen hos Sykehuspartner er en konstant utfordring for Oslo universitetssykehus.

Resultater

Hovedpunktene av sykehusets resultater og beskrives nærmere under. Hver klinikk har i tillegg beskrevet sine resultater og utfordringer ift til styringsmålene. Disse er beskrevet under 4.3.1

Aktivitet

Aktivitetsbudsjettene for 2011 ble fastsatt ut fra estimater for aktivitet i 2010, fratrukket forventet aktivitet overført til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken, og deretter tillagt forventet vekst ut fra oppdrags- og bestillerdokumentene. Måltallene for psykisk helsevern ble justert våren 2011.

Aktiviteten innenfor somatikken var høyere enn planlagt i 2011. Totalt antall DRG-poeng i 2011 var 2,8 pst (5.892 poeng) høyere enn budsjettert. For pasienter fra regionen "sørge for ansvar" er det positive avviket på 3,7 pst (7.245 poeng). Effekt av grupper 2011 (anslått effekt er en økning i DRG-poengene med om lag 1,4 pst fra 2010 til 2011 for gitt reell aktivitet) forklarer om lag halvparten av det positive avviket for antall DRG-poeng samlet og vel en tredjedel av avviket innenfor "sørge for ansvaret".

I 2011 har det vært en betydelig økt aktivitet innenfor enkelte områder hvor Oslo universitetssykehus har nasjonale-, regionale- og flerområdefunksjoner. Dette gjelder særlig innenfor transplantasjonsområdet, øyefaget og nevrokirurgi. Videre har det vært en økning i antall traumealarmer. Den samlede høye aktiviteten kan også skyldes relativt sett høyere aktivitet i overføringsområdene.

Sammenlignet med samme 2010 er det en reduksjon i den somatiske aktiviteten utført ved Oslo universitetssykehus (beregnet med samme års grupper) målt i antall DRG-poeng på om lag 7 pst.

Fortsatt er imidlertid ikke målet for overføringsandel på om lag 10 pst av aktiviteten mot Akershus universitetssykehus nådd.

For voksenpsykiatrien var antall døgnpasienter pasienter i 2011 høyere enn budsjettert. Den polikliniske aktiviteten var isolert sett 3.036 konsultasjoner høyere enn budsjettert. Det var imidlertid en noe større negativt avvik for antall oppholdsdager dagbehandling som følge av omlegging av virksomheten ved inngangen til 2011 slik at all aktivitet er inntektsgivende polikliniske konsultasjoner. Økningen i polikliniske konsultasjoner tilsvarer dog ikke helt reduksjonen i antall oppholdsdager dagbehandling. Samlet var dagaktivitet og poliklinikk noe lavere enn budsjettert.

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien var den polikliniske aktiviteten 1.268 (2,6 pst) lavere enn budsjettert. Antall døgnpasienter var noe høyere enn budsjettert (9 pasienter/6,6 %).

Dag- og døgnaktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling var høyere enn budsjettert, mens den polikliniske aktiviteten var noe lavere enn budsjettert.

Økonomi

Per desember (foreløpig årsregnskap) viser det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus et negativt resultatavvik på om lag 200 mill kroner. Det økonomiske resultatet er -600 mill kroner mot -400 mill kroner i styregodkjent budsjett. Resultatavviket utgjør vel 1 pst av samlede inntekter. Avviket i forhold til budsjett må forklares med flere elementer. I dette inngår en budsjettert reserve i opprinnelig budsjett 2011, nye forhold av eksternt karakter oppstått gjennom året og avvik knyttet til gjennomføring av driften.

Effekt av de korrigerende tiltakene som ble satt i verk våren 2011(P 500), og ytterligere tiltak for å redusere kostnadene i siste del av 2011, har bidratt til å bedre det økonomiske resultatet i siste del av 2011. Underliggende drift i klinikkene er fortsatt ikke i balanse.

Overføring av aktivitet til Ahus og Vestre Viken

Overføring til Akershus universitetssykehus av øyeblikkelig hjelp både innen psykisk helse og somatikk gikk som planlagt. Beredskapsplanene fungerte, hendelser og avvik ble meldt og fulgt opp fortløpende. Overføring av pediatri (store barn) og nevrologi øyeblikkelig hjelp til Vestre Viken HF gikk som planlagt 1. januar 2011. Nevrologiske pasienter (elektive) ble overført fra 1.4.2011, mens overføring av ØNH-pasienter skjedde fra 1.9.2011, nyfødt (små barn/pediatri) fra 1.1.12 og øyepasienter blir først overført fra 1.7.12

Med dette er opptaksområdet for OUS redusert med 160 000 og inntektsrammen redusert med 1,3 mrd kroner. I tillegg kommer reduksjon i de aktivitetsbaserte inntektene.

Innplassering

Oslo universitetssykehus HF har i 2011 gjennomført innplasseringsprosesser i alle somatiske klinikker, og i medisinske og ikke-medisinske støttetjenester. Koordinering av gjennomgående stillinger på tvers av foretakets klinikker håndteres primo 2012. Det samme gjelder avslutning av innplasseringsprosessen i klinikk for psykisk helse og avhengighet. Det meste av klinikkens grunnarbeid for eventuelle nye innplasseringsprosesser for å tilpasse bemanningen til foretakets budsjettbetingelser er lagt. Videre har sykehuset i 2011 inngått overordnet IA- avtale med tiltak for å nå felles mål ved OUS. Ledere opplever imidlertid stor utfordring mellom de økonomiske rammer, omstilling og krav til nedbemanning på den ene siden og de mål de er forpliktet til å nå i forhold til IA avtalens intensjoner på den andre siden.

Sykehuset har i 2011 vedtatt HR strategi for 2011-2014, og harmonisert en rekke felles retningslinjer/rutiner med bakgrunn i de tre tidligere helseforetakene.

Samhandling

Oslo universitetssykehus HF har i godt samarbeid med Oslo kommune sentralt, kommunale etater, bydelsdirektører og de øvrige sykehusene i Oslo, iverksatt aktiviteter for å forberede samhandlingsreformen. Resultatet er blitt omforente avtaler i hele Oslo området, samt prosessuelle beskrivelser av samhandling, varsling og dialog. Det er lagt plan for videre oppfølging fra jan og frem til sommeren 2012. Fra januar 2012 vil alle nivåer i klinikkene bli introdusert for Samhandlingsreformens hensikt og krav gjennom presentasjon av avtaleinnhold og prosedyrer.

I foretaksprotokoll av 24. november i 2011 fikk Oslo universitetssykehus i oppdrag å bidra til at det blir utviklet virksomhet på Aker der sykehus og kommunehelsetjenesten samhandler om å levere heletjenester. Dette er fulgt opp både innad i sykehuset og i tett dialog med Byrådsavdelingen i kommunen. Oslo universitetssykehus har valgt å organisere og koordinere alle sine engasjementer i forhold til utvikling av Aker i ett prosjekt, Prosjekt helsearena Aker. Oslo universitetssykehus fikk også i oppdrag å koordinere Oslo sykehusenes arbeid inn mot etablering av Aker som en samhandlingsarena. Med utgangspunkt i dette, har det derfor vært dialog med de andre sykehusene i Oslo-området. Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune har etablert prosjekt Samhandlingsarena Aker. Oslo universitetssykehus og Prosjekt helsearena Aker samarbeider med Oslo kommune i en felles prosjektstab for Prosjekt samhandlingsarena Aker. Denne felles staben ledes av Oslo kommune. I løpet av høsten 2011 kom en langtt i retning av å identifisere mulige aktiviteter og samarbeidsområder som kan inngå i et framtidig Aker sykehus. Det omfatter både pasientrettede aktiviteter og aktiviteter knyttet til kunnskapsutvikling og kunnskapsspredning. I løpet av 2012 vil ny eller reorganisert virksomhet trolig være etablert på Aker, og det vil foreligge planer for bruk og utvikling av

bygg og arealer samt utarbeidet ulike typer avtaler som sikrer ryddige samarbeidsforhold og synergier mellom partene som driver på Aker.

Samarbeid innen sykehusområde Oslo

OUS har regelmessige samarbeidsmøter med sykehusene innen Oslo sykehusområde. Det ble opprettet to partssammensatte grupper med Diakonhjemmet sykehus for å drøfte funksjonsdeling innen ortopedi og gastrokirurgi. I tillegg er det nedsatt en faggruppe for alderspsykiatri. Den årsavtalen om samarbeid som ble inngått mellom Sunnaas sykehus og Oslo universitetssykehus for 2011 er revidert og gjort treårig fra og med 2012.

Sykehusområdene har fått i oppdrag av eier å utarbeide områdeplaner på fem områder: habilitering, rehabilitering, fødselsomsorg, psykisk helsevern og rusbehandling. For Oslo universitetssykehus er dette arbeidet gjort på alle fem områder. På de tre områdene der virksomheten omfatter flere sykehus har Oslo universitetssykehus ledet arbeidet. Oslo kommune har vært invitert med i prosessene. Planene vil bli styrebehandlet vinteren 2012 og vil senere bli rullert årlig.

Samlokaliseringer innen dagens bygningsmasse

Det har vært arbeidet videre med planlegging og gjennomføring av samlokaliseringer og funksjonsfordelinger på tvers av klinikker og lokalisasjoner for flere fagområder. I 2011 er det gjennomført mange flyttinger og mer enn 1000 personer har vært flyttet/påvirket direkte av de som er ferdigstilt. Eksempler på dette er overflytting av ortopedivirksomhet fra Aker til Ullevål, samling av barnekardiologi og onkologisk behandling av barn på Rikshospitalet, og funksjonsfordeling av onkologiske pasienter mellom Radiumhospitalet og Ullevål. De konkrete flyttingene har krevd tilrettelegging fra en rekke aktører innen bygg, IKT, MTU oa, i tillegg til at det har krevd smidighet og velvillig innstilling fra de ansatte og deres ledere.

I perioden 2012-2014 vil det gjennomføres en rekke nye samlokaliseringer. Mange av disse gjelder prosjekter som skal overføre lokal døgn og akuttvirksomhet fra Aker til Ullevål, samt samle lands- og regionsfunksjoner til hhv. Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Det er også behov for kapasitetsøkning som skal understøtte virksomhetsendringer som eksempelvis økt operasjons- og radiologisk kapasitet. Til sammen er det bevilget 1.5 mrd til foretaket (dels lån og dels tilskudd) for å sikre samlokaliseringer innen dagens bygningsmasse. Se mer om dette under punkt 5.4.

Arealutviklingsplan

Oslo universitetssykehus har i hele 2011 arbeidet med en strategisk arealutviklingsplan 2025, heretter kalt Arealplanen. Denne er en mulighetsstudie som beskriver de arealmessige alternativer til å møte forventet utvikling innen foretakets ansvarsområder frem mot 2025, med tilhørende investeringsbehov. Arealplanen omfatter forslag til håndtering av bygningsmassen ved hver av hovedlokalisasjonene, inkludert forslag til riving og nye bygg. Planen er bredt forankret både i foretaket, hos eier, kommunen, riks- og byantikvar med flere. Arealplanen er nå under ekstern kvalitetssikring og styrebehandles etter plan i mars 2012. Vedtakene vil legge opp til at man går videre med ide og konseptfaser innen somatikk og psykisk helse og avhengighet.

Arbeid med bedre og mer effektive pasientforløp

Gjennom sammenslåingen av fagområder så har mange av klinikkene arbeidet med å forbedre behandlingsforløp både internt i sykehuset og mellom sykehuset og andre nivåer. Noen eksempler på dette er;

- behandlingslinjer for ADHD-pasienter
- behandlingslinjer for pasienter med alkoholavhengighet.
- behandlingslinjer for pasienter med psykose/førstegangpsykososer og for pasienter med affektive lidelser.

- pasientforløp for ervervede hodeskader er under utarbeidelse og planlegges ferdig i 2012. Arbeidet er et samarbeid mellom OUS, Sunnaas og Sykehuset Sørlandet.
- pasientforløp for bronkiolitt hos barn 0-2 år er ferdig og implementert i 2011. Arbeidet var et samarbeid med primærhelsetjenesten og Oslo legevakt.

Lean metodikk benyttes som gjennomgående forbedringsmetodikk i enkelte klinikker, deriblant medisinsk klinikk som har etablert et nordisk samarbeid på området. Arbeidet med forbedring av pasientforløp er fokusområde også for 2012, og det vil bli lagt særlig vekt på å få til en god arbeidsdeling og gode pasientforløp mellom OUS og andre sykehus.

22. juli 2011

Oslo universitetssykehus var en sentral aktør i håndteringen av konsekvensene av terrorhandlingene 22. juli 2011. Sykehuset løste oppgavene på en tilfredsstillende måte. Alle de 33 pasientene som ble tatt i mot, fikk den beste behandling sykehuset er i stand til å gi. Pårørendehåndtering og psykososial støtte ble ivarettatt på en god måte også ut over helseforetakets ansvarsområde. Presse- og mediehandteringen fungerte i hovedsak godt. Gjennomgangen av hendelsen har påvist en rekke forbedringsområder som foretaket skal jobbe videre med for å stå enda bedre rustet i fremtidige beredskapssituasjoner. Det bør spesielt fremheves den støtten som ble gitt fra Rettmedisinsk institutt i forbindelse med nødvendig kapasitetsøkning.

Omdømme

2011 har igjen vært et år preget av stort medietrykk på Oslo universitetssykehus (Ca 15 500 oppslag). 54 prosent har vært vektet som nøytrale saker, 22 prosent som positive og 24 prosent som negative saker.

De negative oppslagene har i hovedsak handlet om kritikk til omstillingen i Oslo universitetssykehus, de positive oppslagene har i hovedsak handlet om positive forskningsresultater og god pasientbehandling. De nøytrale oppslagene beskriver i hovedsak sykehusets pasientbehandling knyttet til enkeltepisoder som "pasienten ble brakt til Oslo universitetssykehus".

Målinger av befolkningens tillit til sykehusene i 2011 (utført i juni og september for hele Helse Sør-Øst) viser at befolkningen har størst forventninger til sykehusområde Oslo (Oslo universitetssykehus, Diakonhjemmet og Lovisenberg). Undersøkelsen viser også at Oslo-sykehusene har størst andel av befolkningen med meget eller ganske stor tillit til at de får god behandling ved sykehusene (83%).

Forskning, innovasjon og utdanning:

Oslo universitetssykehus har i 2011 arbeidet systematisk med strategier innen forskning, innovasjon og utdanning, i samarbeid med Universitetet i Oslo og aktuelle høyskoler. Det har vært arbeidet med å konkretisere og realisere mål og tiltak i vedtatt forskningsstrategi gjennom en overordnet handlingsplan (årlig rullerende plan).

Oslo universitetssykehus har spesielt lyktes med følgende prioriterte forskningsoppgaver:

- Svært gode resultater i Forskningsrådets nasjonale fagevaluering av biologisk, medisinsk og helsefaglig forskning, etter betydelig forberedende innsats fra fagmiljøene, og i et tettere samarbeid med universitetet enn ved tidligere evalueringer. Spesielt har klinisk forskning forbedret seg sammenlignet med evalueringen i 2004. Forskningsrådets anbefalte tiltak samsvarer godt med de utfordringer som allerede er identifisert av Oslo universitetssykehus og nedfelt som prioriterte mål i Forskningsstrategi 2011-2015.
- Fortsatt god forskningsaktivitet, til tross for store omstillinger i organisasjonen. Oslo universitetssykehus står for nesten halvparten av forskningsaktiviteten ved norske sykehus og publiserte i 2011 i overkant av 1500 originalartikler. I tillegg ble det avlagt 122 doktorgrader hvor hoveddelen av arbeidet er utført ved sykehuset. Aktiviteten

synes dog å ha en avflatende tendens, og det meldes om tiltakende press på forskningsaktiviteten i klinikkene. Det er derfor i 2011 vedtatt en skjerming av ressurser til forskning og en bedre synliggjøring av ressurser gjennom etablering av et funksjonsbudsjett for forskning.

- Fokuseret satsing på organisering av forskning i forskningsgrupper, herunder etablering av institusjonelle retningslinjer for forskningsgrupper og gruppeledelse. Dette ansees som grunnleggende for høy kvalitet, etikk, forskerutdanning og ressursutnyttelse.
- Bedre synliggjøring av forskningsresultater på foretakets nettsider (norsk og engelskspråklig forskningsweb), profileringer i nyhetsbrev og premiering av fremragende forskningsartikler.
- Styrket samarbeid med Universitetet i Oslo gjennom løpende, koordinert oppfølging av klinikkens forskningsledere (stillinger felles for universitet og sykehus), strategiske diskusjoner i Forskningsutvalget (felles med UiO) samt et omfattende og regionalt forankret arbeid for å utvikle samarbeidsavtaler med universitetet om arealer, IKT, biobanker, kombinerte stillinger, kjernefasiliteter, HMS mv. Arbeidet fortsetter i 2012.
- Biobanksamarbeid med Folkehelseinstituttet, med etablering av sikre og moderne lagringsfasiliteter til en mer kostnadseffektiv løsning enn hva foretaket kunne fått til alene.
- Nav-funksjonen innen forskning som Oslo universitetssykehusfunksjon ivaretar for regionen er styrket i 2011, med gode tilbakemeldinger fra mange brukere i regionen. Dette gjelder både regionale forskningsstøttefunksjoner og regionale forskningsnettverk.

Innovasjon:

- Oslo universitetssykehus har i 2011 bidratt til 7 lisensavtaler og 3 opsjonsavtaler med inntekt. Det er etablert nye selskaper basert på innovasjon i sykehuset, og det stilles spesielt store forventninger til det nyetablerte biotekselskapet Ultimovacs, med sin innovative kreftvaksine. Vaksinen stimulerer immunsystemet til å angripe kreftceller, og vaksinen er tiltenkt behandling av de fleste krefttyper.
- Sykehusets samarbeidsstruktur med det deleide datterforetaket Inven2 er forbedret gjennom 2011.
- Oslo universitetssykehus har, på oppdrag fra eier, bidratt betydelig i arbeidet med nye, nasjonale innovasjonsindikatorer.
- Det er lagt ned et betydelig arbeid i å formidle og synliggjøre innovasjoner og innovasjonsarbeid.
- Innovasjonsnettverket i Helse Sør-Øst har vært nyttig i deling av kunnskap og erfaring i innovasjonsarbeidet. Idépoliklinikkens innovasjonsportal er åpen for deltakerne, og Ahus har etter dialog med OUS åpnet sin egen Idépoliklinikk.

Utdanning:

- Sykehuset har i 2011 fått på plass en liten, strategisk koordinerende enhet for utdanning, som i samarbeid med Utdanningsutvalget har fokusert på å kartlegge styrker, svakheter, muligheter og trusler (SWOT-analyse) innen grunn-, videre- og etterutdanning. Dette har gitt grunnlag for arbeidet med helseforetakets første utdanningsstrategi. Arbeidet er gjort i nært samarbeid med universitet og høyskoler.
- For å sette fokus på sykehusene som utdanningsarena har Oslo universitetssykehus i 2011 også arrangert en utdanningskonferanse for hele regionen, fagforeninger, universitet og høyskoler. Konferansen reiste viktige problemstillinger og møtte stor interesse på tvers av institusjoner og profesjoner.
- Sykehuset har videre arbeidet med overordnede avtaler med samarbeidende utdanningsinstitusjoner (Høgskolen i Oslo og Akershus og Lovisenberg Diakonale Høyskole). En avtale med Sykehjemsetaten i Oslo om mottak av helsefagarbeider-

lærlinger er klar til undertegning, og det tette samarbeidet med Universitetet i Oslo er videreutviklet.

- Oppfølgingen av spesialistutdanningen av leger er blitt trappet opp, og et eget forum for lederne av utdanningsutvalgene i våre 41 spesialistutdanninger er etablert.

Utfordringer

Økonomisk resultat

Arbeidet med å tilpasse bemanningen til et lavere aktivitetsnivå er krevende og tar lengre tid enn forutsatt i budsjett 2011. Så langt i 2011 har foretaket ikke klart å ta ned bemanning og kostnader i klinikkene i takt med redusert budsjett og aktivitet. Til tross for en reduksjon i antall årsverk i siste del av 2011 er bemanningen per desember 460 årsverk høyere enn forutsatt i de prognosene som ble lagt frem for styret i september. Fortsatt fokus på reduksjon av årsverk er viktig for gjennomføringen av budsjett 2012.

Økonomisk bærekraft

Likviditetsbudsjettet og balansebudsjettet viser at Oslo universitetssykehus har svekket sin økonomiske situasjon helt siden fusjonen 1.1.2009 og selv med en vellykket gjennomføring av driftsbudsjettet for 2012 vil dette vil fortsette gjennom 2012. Gjeldsoppbyggingen har økt og den kortsiktige likviditeten er svekket gjennom disse årene.

Dette sett sammen med de investeringsbehov sykehuset nå står overfor, tilsier et betydelig strammere budsjett for 2012 for ved det å ta de første skritt for å komme inn på en bærekraftig økonomisk utvikling.

IKT integrasjon

Manglende etablering av gjennomgående IKT-løsninger for hele helseforetaket er en vesentlig utfordring for omstillingsprosessens fremdrift og evne til å realisere gevinster. Helseforetaket har fremdeles ulike plattformer på de forskjellige hovedlokalisasjonene, samt at ikke alle administrative løsninger er konsolidert. Dette medfører at mange arbeidsprosesser/oppgaver fremstår svært tungvinte for ansatte og ledere. Spesielt gjelder dette for ledere som jobber med personell på ulike lokalisasjoner og er en merbelastning for merkantilt personell.

Som følge av manglende leveranse, og senere avbestilling, av Klinisk arbeidsflate (KA) er det begrenset integrasjon av kliniske systemer på tvers av lokalisasjonene. Dette skaper utfordringer for pasientforløpene som går på tvers av lokalisasjoner, og legger begrensninger på handlingsrommet for flyttinger av fagområder mellom ulike lokalisasjoner. Det er etablert felles pasientadministrativ system mellom Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål, samt at det er etablert tilgang til de ulike kliniske systemene på tvers av lokalisasjoner. Dette ivaretar pasientsikkerheten, men medfører økt ressursinnsats for brukerne.

En medvirkende årsak til begrenset fremdrift i sammenslåing på IKT-området er kapasiteten i Sykehuspartner IKT. Sykehuspartner IKT jobber med å finne sin form og etablere tilstrekkelig kapasitet etter etableringen september 2009, og er ikke i stand til å levere nok ressurser til å understøtte planlagt og forventet fremdrift i OUS sine prosjekter.

Det er videre knyttet vesentlige utfordringer til økonomi og avtalemessige forhold mellom helseforetaket og Sykehuspartner IKT. Begrenset avtalemessig handlingsrom begrenser også leveranseevnen. Det har gjennom 2011 vært problemer med å få etablert en IKT driftsavtale og enighet rundt de økonomiske konsekvensene av denne avtalen med Sykehuspartner.

Avbestilling Klinisk Arbeidsflate (KA)

Prosjektet klinisk arbeidsflate (KA) skulle etter planen ha levert en teknisk løsning som rakest skulle bidra til å støtte fusjonsprosessen gjennom etablering av en portalløsning som ville

tilgjengeliggjøre klinisk informasjon på tvers av de ulike lokalisasjonene i foretaket. Prosjektet var sterkt forsinket, og leverandøren overleverte IT-løsningen til akseptansetest i februar 2011. Testene som umiddelbart ble gjennomført, viste at løsningen åpenbart hadde mangler slik at den ikke oppfylte kontraktens krav. Flere av manglene var av en slik karakter at de ville hindre effektiv testing av løsningen. Løsningen hadde også flere mangler som, hvis de ikke ble utbedret, hver for seg ville hindre fremtidig produksjonssetting av løsningen fordi de vil sette pasientenes sikkerhet i fare. Sykehuset benyttet på denne bakgrunn sin rett til å avvise leveransen til akseptansetest og kommuniserte tydelig til leverandøren at man avventet et nytt oppfyllelsesforsøk etter at manglene var rettet. Et nytt oppfyllelsesforsøk fra leverandøren fant aldri sted. En totalvurdering av løsningens beskaffenhet gjorde at sykehuset valgte å avbestille resterende leveranser fra leverandør.

Ledelsesinformasjon – Styringsdata

Adekvat og gjennomgående ledelsesinformasjon til aktiv styring av foretaket er en utfordring. Våren 2011 ble det gjennomført et LIS-utviklingsprosjekt som la et felles grunnlag/plattform for videre utvikling av LIS, etter at de tidligere ledelsesinformasjonssystemene ved Ullevål og Rikshospitalet ble avviklet høsten 2010.

Prosjektet hadde størst fokus på aktivitetsdata, men leverte også regnskapsrapporter. Arbeidet har vært organisert i 3 hovedprosesser:

- Prosessforbedringer (inkludert prosess for utvikling av nye rapporter)
- Avstemming av datakvalitet
- Prioriterte rapporter

Kort oppsummert viste prosjektet at tallene i LIS i hovedsak er riktige. Prioriterte rapporter ble levert og det ble laget prosess for utvikling av nye rapporter fremover.

Etter innføring av PasDoc på Rikshospitalet og Radiumhospitalet i 2010 ble det laget retningslinjer for registrering av aktivitet i PasDoc "Felles registreringspraksis". Felles registreringspraksis ble vedtatt å gjelde 1.1.2011. I praksis ble ikke dette gjennomført og det er nå gjort et stort arbeid for å omkode aktivitet til riktige ansvarlige enheter.

Det lages nå en plan for utvikling av LIS i 2012. Denne vil inkludere blant annet HR-data. Generelt vektlegges prioritering av styringsdata i LIS for å understøtte foretakets aktuelle utfordringsbilde.

Meldingsløftet

Meldingsløftet OUS er et prosjekt som har fokus på elektronisk samhandling med Oslo kommune (epikrise og labsvar), samt utarbeide forslag til strategi for etablering av mottak av elektroniske henvisninger til sykehuset. Det er laget en nivå 1 prosedyre for utsendelse av elektronisk epikrise som blir innført nå i januar 2012, samt at Sykehuspartner har innført bedre rutiner for overvåking av meldingene med feilsøk når meldingene stopper opp.

Det skal også gjennomføres foranalyser for oppstart sending av epikrise til andre helseforetak, samt sending av pleie- og omsorgsmeldinger til kommunen. Vesentlige leveranser i Meldingsløftet er avhengig av samordning av PAS/EPJ-systemene, spesielt gjelder dette mottak av elektroniske henvisninger, samt sending av pleie- og omsorgsmeldinger. Dette vil derfor ikke være mulig å innføre før konsolidert PAS/EPJ er innført for hele OUS, inkludert Aker.

MTU

På grunn av lave investeringsrammer over flere år har gjennomsnittsalderen på utstyr økt og utskiftningstakten er for lav. Samtidig har aktivitetsendring og teknologisk utvikling gitt økt etterspørsel etter medisinsk-teknologiske tjenester. Det samme gjelder innen

radiologiske tjenester. Dette er en stor utfordring også for de kliniske miljøene, fordi ventetider blir lenger.

Bemanningsstilpasninger

I forbindelse med overføringen av virksomhet til Ahus, har det vært utfordrende å nedbemanne tilsvarende reduksjonen i oppgaver.

Beregninger fra klinikkene pr mai 2010 viste at OUS hadde en planlagt reduksjon på 1321 årsverk i forbindelse med virksomhetsoverdragelser til Ahus og frivillig overgang av personell til Ahus og Vestre Viken.

Det har imidlertid vært en reduksjon i antall brutto årsverk fra 2010 til 2011 på 1068 årsverk. Dette inkluderer 561 årsverk som ble virksomhetsoverdratt til Akershus universitetssykehus HF og ytterligere 262 årsverk knyttet til ansatte som frivillig gikk fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF/ Vestre Viken HF fra 1.1. 2011. Den faktiske bemanningsreduksjonen ifm endret pasientgrunnlag fra årsskiftet ble dermed på 823 årsverk. Dette innebærer at OUS i 2011 har redusert bemanningen 245 årsverk utover de 823 årsverkene som gikk til Ahus/Vestre Viken.

Det har i siste halvår 2011 vært rettet særlig oppmerksomhet mot reduksjon av antall årsverk for leger. Stab medisin/ helse og HR har blant annet opprettet et eget utvalg og prosjekt for vurdering av alle overlegestillinger i foretaket med tanke på å redusere antallet.

Bruken av variabel lønn ligger over plantall og det systematiske arbeidet med å redusere denne vil derfor fortsette. Fullmaktene for å utløse overtid og innleie er hevet til ledernivået over, og det er utarbeidet et kontroll- og oppfølgingsregime med sjekklister og ukentlige rapporter til klinikkleder

Omstilling, arbeidsmiljø og tilpasning til av virksomheten

Omstillingsprosessen er krevende for ledere og ansatte. Innplasseringsprosessen og arbeidet med reduksjon i bemanning, overtid og innleie har stilt klinikkene overfor store utfordringer i 2011. Mobilisering av ledere og medarbeidere mht å kombinere effektiviseringsarbeid for å oppnå driftsbalanse med omstillings- og utviklingsarbeid knyttet til mål for fusjonen har vært og vil fortsette å være krevende. Viktigheten av relevant og god informasjon vektlegges.

Oppfølging og reduksjon av brudd på arbeidsmiljøloven er et viktig og krevende arbeid. Oslo universitetssykehus har store arbeidsmiljøutfordringer, og kravet til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø er krevende å oppfylle. Dette gjelder spesielt arbeidsbelastning, arbeidstid, tilrettelegging av arbeidet og teknisk standard på deler av bygningsmassen. Så langt i 2011 har det vært en firedobling i meldte HMS-avvik sammenliknet med 2010.

Manglende tydelighet av målbilde og manglende tilstedeværelse av ledere

Høstens medarbeiderundersøkelse viser at sykehusets ansatte ønsker forbedringer når det gjelder mål, tilhørighet og involvering under endring og omstilling.

7 av 10 av dem svarer at de "ikke ser gevinster av fusjonen". Dette utgjør en betydelig omstillingsutfordring for ledelsen både i å synliggjøre gevinster og i å skape engasjement.

Mange ansatte gir tilbakemelding om at de ikke opplever reell ledelse. Det kan være flere grunner til dette. Blant disse er; store lederspenn, geografiske avstander (flere avdelinger lokalisert på flere steder) og redusert lederstøtte samtidig som rapporteringsoppgaver har økt. Kun halvparten av de ansatte som har svart, opplever å få konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet sitt.

Blant de tiltak som det vil arbeides videre med for å forbedre disse forholdene er;

- Involvering av alle medarbeidere i tilbakemeldingsmøter og arbeid med tiltak for å bedre psykososialt arbeidsmiljø i egen enhet
- Forsterkning av foretakets plan- og målprosess
- Videreføring av satsning på lederutviklingsprogram for alle ledere med spesiell fokus på kommunikasjon, oppfølging av medarbeidere og virksomhetsstyring
- Stedlig koordinatorfunksjon for å bistå leder i drifts- og personalledelsesfunksjoner i enheter som er spredd på flere lokalisasjoner
- Grunnopplæring i arbeidsmiljø/HMS med verneombud som hovedmålgruppe
- Obligatorisk HMS-opplæring (2 dager) for alle ledere
- Løpende samarbeid mellom Arbeidsmiljøavdelingen og Arbeidsmiljøutvalget både på foretaksnivå og i klinikkene (AMU)
- M.flere

Fristbrudd og ventetider

Foretaket har arbeidet systematisk med å få kontroll og styring på ventelister og å redusere fristbrudd. Gjennom året er fristbrudd redusert fra 20 til ca 11%. Spesielt fokuseres det på å redusere ventetider for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Til tross for dette fokuset ser foretaket at det er flere områder hvor sykehuset ser økende ventetider og utfordringer knyttet til ventelistebehandling og fristbruddsproblematikk. Et eksempel er innenfor plastikk kirurgi som også er aktualisert gjennom store mediaoppslag høsten 2011. Det er også fagområder som settes under press fordi behandlingsmulighetene bedres for en pasientgruppe som alle faller inn under rettighetsbegrepet. Aldersrelatert maculadegenerasjon (AMD) er det mest aktuelle eksemplet her. Dette er pasienter som før mistet synet, men som nå ved hjelp av nye behandlingsmetoder og tett oppfølging over tid beholder dette.

Forskning, utdanning og innovasjon

- **Forskning:** De største utfordringer er knyttet til a) meldinger om økende vanskeligheter i klinikkene med å kombinere forskning og klinisk virksomhet, b) manglende karriereveier for forskere etter fullført doktorgrad, c) manglende prioritering av IKT-systemer som understøtter forskning, forsterket av at foretaket har ulike IKT-løsninger for forskere som følge av fusjonen, d) mangel på forskningsarealer som støtter opp under ønskede og prioriterte store satsinger (hovedsakelig eksternt finansiert, etter nasjonal eller internasjonal konkurranse).
- **Innovasjon:** Manglende ressurser i klinikkene til å implementere innovative og fremtidig ressursbesparende løsninger, særlig hvis de begrensede ressurser som må til er knyttet til frikjøp av stillinger/vakter eller investeringer.
- **Utdanning:** Stort press på tid og ressurser i klinikkene utfordrer særlig kvaliteten på utdanningsaktiviteter. Det har vært og er enkelte problemer mht undervisningsarealer som følge av interne omrokninger og flytteprosesser. For spesialistutdanning av leger er det, som følge av fusjonen og sammenslåtte avdelinger, en uoversiktlig situasjon mht eksisterende godkjenninger pr avdeling, særlig der avdelingene fra tidligere har vært hhv gruppe 1 og gruppe 2-avdelinger. Det er behov for et tettere samarbeid og tydeligere føringer for søknader om nye/reviderte godkjenninger fra helsemyndighetene (ansvar overført fra Legeforeningen til Helsedirektoratet i 2011). Sykehuset har også en utfordring i å skaffe tilstrekkelig antall praksisplasser innen bachelor utdanning.

Bygningsmasse

MultiConsult har gjennomført en kartlegging av bygningsmassen i foretaket. Kartleggingen viser at sykehuset har mye ny og bra bygningsmasse, men også en betydelig del av bygningsmassen der den tekniske tilstanden er dårlig eller meget dårlig. Det er i løpet av våren 2011 gjort en oppdatering som bekrefter tidligere funn. Rapporten viser at det foreligger et stort oppgraderingsbehov av bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF.

Særlig er situasjonen utfordrende ved Ullevål sykehus og Radiumhospitalet, der bygningsmassen er av svært varierende kvalitet. I tillegg er det en utfordring i at ca 200.000m² av totalt 950 000 m² er vernet.

Arbeidstilsynet gjennomførte våren 2011 en befaring som resulterte i en rapport med vedlegg datert 18.7.2011. Det vises til rapportens pålegg 1, plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler, og pålegg 2 gjennomføring av vedlikeholdsplanen fra Arbeidstilsynet, også omtalt i sak til styret 19.8.2011 (sak 91/2011). Med hovedfokus på å lukke avvik av svært alvorlig/alvorlig til moderat konsekvensgrad, spesielt ved brudd på lover/forskrifter, er omfang av arbeider som må gjennomføres ved Oslo universitetssykehus sin bygningsmasse kartlagt (Arbeidene omfatter altså ikke tiltak som må utføres for å bringe bygningen opp på et verdibevarende vedlikeholdsnivå). Av rapporten som er utarbeidet, fremgår det at dersom de fleste tiltak skulle gjennomføres over en treårsperiode, iht. til Arbeidstilsynets krav, vil dette innebære oppgraderingskostnader til omlag 3,7 mrd NOK. Utover dette vil det påløpe kostnader knyttet til minimumstiltak i overgangsperioder for bygninger som skal avhendes, og kostnader tilknyttet bla. flyttinger, riving og midlertidige lokaler for nybygg. Plan for prioritering og gjennomføring av de ulike tiltak er under utarbeidelse. Dette arbeidet vil bli sett opp mot arbeidet med Arealutviklingsplan mtp hvilke bygninger og arbeidslokaler som inngår i en fremtidig utviklingsplan. Arbeidet vil også bli koordinert med pågående og planlagte samlokaliseringssjekter (omstillingsprosjekter) der hvor disse omfatter bygninger med pålegg og behov for vedlikehold/utbedringer. Videre vil planens del som omhandler fremdrift, tidsperspektiv på gjennomføring / lukking av avvik, være avhengig av bevilgninger og hvor mange byggesaker det til enhver tid er mulig å gjennomføre. Det legges nå en plan for å møte arbeidstilsynets krav, der hvert års enkeltplaner detaljeres innen første kvartal i det påfølgende år, slik at det er mulig å følge tiltakenes gjennomføring. I 2012 vil det vektlegges å gjennomføre alle tiltak som reduserer fare for tap av liv og helse (kategori 5 tiltak). Planene og evt dispensasjonssøknader ift til fremdrift vil diskuteres i samarbeid med tilsynet. I tillegg til arbeidstilsynet så har det vært andre tilsynsmyndigheter på befaring i våre bygg, blant andre brann og el. Dette har også medført pålegg om utbedringer som er under en samlet planlegging. Finansiering for utbedring av de ulike pålegg er en vesentlig utfordring for sykehuset. Se nærmere i punkt 5.4 om bygningsmessig status og videre planer for utbedring av disse.

2.2. Virksomhetsstyring - styrets arbeid med intern styring og kontroll

2.2.1. Arbeidet med god virksomhetsstyring

Helt siden etableringen av helseforetaket har det vært tilrettelagt systematiske prosedyrer for å understøtte god intern styring og kontroll. I 2011 har en fortsatt arbeidet med å innarbeide disse rutinene samtidig som en har lagt vekt på prinsippene for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst.

Ledelsens målsettinger og beslutninger er forankret i organisasjonen, og roller, ansvar og oppgaver er definert og gjort kjent. Det er inngått avtaler mellom ledernivå med mål- og resultatkrav. De ulike målene har vært konkretisert i ulike planverk (handlingsplaner) i de ulike enhetene.

Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst gjennomførte medio 2011 "Revisjon av system for rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier som sikrer forankring og gjennomføring". Gjennomgangen viser at Oslo universitetssykehus har etablert system for gjennomgående styring og kontroll. Foretakets pågående forbedringsarbeid videreføres i 2012.

Internkontroll

Elementene i internkontrollsystemet, som består av prosesser, systemer og rutiner, er beskrevet i sykehusets dokumentstyringssystem. Dette systemet, eHåndboken, ble tatt i bruk høsten 2010. I løpet av 2011 er implementeringen av systemet videreført gjennom omfattende opplæring og bred kontakt med klinikker og staber. Systemet gjør alle styrende dokumenter elektronisk tilgjengelige samtidig som en har god styring på versjoner og godkjenningsordning. Det er sikret at nødvendige retningslinjer og prosedyrer er utarbeidet både for sykehusnivå og klinikk- og enhetsnivå. Ved utgangen av året er det over 7500 godkjente dokumenter i eHåndboken. Det er fordelt oppgaver via lederlinjen slik at aktiviteten innen alle vesentlige områder blir styrt med bakgrunn i prosedyrer og retningslinjer. Ved alle de tidligere sykehusene har en hatt tilsvarende håndboksystemer. Det har vært et mål å fase ut de gamle håndboksystemene i løpet av 2011, men det viser seg at overgangsfasen må utvides inn i 2012.

Ansvar for sikring av intern styring og kontroll er lagt i lederlinjen fra adm. direktør til 2. linjelederne. Sykehusets prosedyre for internkontroll er oppdatert sammen med sjekkliste for internkontroll. På den måten kan den enkelte leder selv kontrollere om de nødvendige systemer er tilrettelagt og fulgt opp. Ved siden av dette er det behov for opplæring av ledere slik at de blir fortrolige med prinsippene for god virksomhetsstyring. I 2011 er det gjennomført et lederutviklingsprogram med fokus på intern styring og kontroll.

Tilsyn

Alle henvendelser fra tilsynsmyndighetene om tilsynsbesøk og andre oppfølginger koordineres av tilsynskoordinator i stab. Ved det sikres best mulig samarbeid og gjennomføring av tilsynene samt tydelig rollefordeling for videre oppfølging av avvik, pålegg og øvrige tilbakemeldinger. I 2011 har sykehuset hatt totalt 25 tilsynsbesøk fra en rekke ulike tilsynsmyndigheter. Blant de viktigste er;

- Helsetilsynet i Oslo og Akershus
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
- Mattilsynet
- Arbeidstilsynet
- Statens legemiddelverk
- Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS
- Asker og Bærum brannvesen IKS
- Luftfartstilsynet
- Oslo brann- og redningsetat
- Hafslund DLE (Det lokale eltilsyn) utføres av Infratek
- Bydelsoverlegen i bydel Ullern

Alle tilsyn med avvik eller anmerkninger har blitt fulgt opp med konkrete handlingsplaner slik at de avsluttes i henhold til de frister som er satt. På noen områder er det naturlig at de planlagte tiltak vil ta tid. Dette gjelder bl.a. mer omfattende arbeid av bygningsmessig karakter.

Avviksbehandling

Registreringer av uønskede hendelser, avvik og farlige forhold, viser også i 2011 en jevnt økende tendens, noe som tolkes som at sykehuset har en åpen registreringskultur. Kompetanse og kvalitet på arbeidet i klinikkens kvalitetsutvalg er bedret i løpet av 2011 og samarbeidet med sentral stab oppleves som godt.

Læringserfaringer fra konkrete hendelser sikres på flere måter:

- Alle viktige saker behandles i klinikkens kvalitetsutvalg
- Konklusjoner i saker behandlet av Helsetilsynet legges frem og diskuteres i sentralt ledermøte.

- Viktige risikoområder basert på liknede uønskede hendelser / enkeltvis viktige læringssaker publiseres på intranettet.
- System for sikkerhetsanbefalinger er innført.

Også hendelser i samhandlingsfeltet har blitt håndtert i 2011.

Interne revisjoner

Oslo universitetssykehus har etablert en funksjon for intern revisjon i stab til direktør for fag og pasientsikkerhet. Denne skal bidra i administrerende direktør sitt arbeid for å ivareta ansvaret for etablering, gjennomføring og overvåking av en tilfredsstillende internkontroll. I tillegg skal denne funksjonen være et bindeledd til konsernrevisjonen med å fremskaffe tilleggsinformasjon og analyser som er nødvendig i forhold til saker som skal fremmes for styret i Helse Sør-Øst RHF eller i forbindelse med internrevisjon i foretaksgruppen

Alle revisjonsoppdrag som utføres av konsernrevisjonen blir forelagt ledergruppen og styrebehandlet. Etter hver revisjon arbeider foretaket med funn og anbefalinger i revisjonen og det er utarbeidet egne handlingsplaner som blir fulgt opp med konkrete tiltak, tidsfrister og ansvarlig for gjennomføring av forbedringer og lukking av avvik.

Styret holdes underrettet om status.

Revisjoner som har vært utført /er under arbeid ved Oslo universitetssykehus i 2011 er:

- Lønnsområde – Sykehuspartner /OUS. Styrebehandlet OUS februar 2011 RHF
- Behandlingsreiser til utlandet (OUS-RH). Styrebehandlet OUS august 2011 RHF
- System for forankring, gjennomføring, rapportering og oppfølging av styringskrav fra eier (vurdere god virksomhetsstyring). Styrebehandlet OUS desember 2011 (orienteringssak) RHF
- Intern styring og kontroll i pasientforløp (ortopedisk avdeling, nevrokirurgisk avdeling, psykiatri og rus), herunder ventelistebehandling. (Startet – samarbeid OUS/RHF)
- (Nasjonal revisjon – etter anmodning fra helsedirektoratet) RHF

2.2.2. Risikostyring og vurdering av overordnet risikobilde

Risikostyring er sikret ved gjennomføring av sykehusets retningslinje for risikovurderinger.

Med bakgrunn i dette dokumentet er det sikret både regelmessige, tertialvise risikovurderinger og enkeltvis situasjonsbetingede risikovurderinger. Gjennom identifisering og analyse av risiko utarbeides det på avdelings-, klinikk- og sykehusnivå egne handlingsplaner for risikoreduserende tiltak. Vurderingene tar utgangspunkt i de seks innsatsområdene for strategisk utvikling i Helse Sør-Øst:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Kunnskapsutvikling og god praksis
- Organisering og utvikling av fellestjenester
- Mobilisering av medarbeidere og ledere
- Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Det har også vært dialog med klinikkene om hvordan den systematiske risikostyringen kan forbedres.

Situasjonsbetingede risikovurderinger

I helseforetakets retningslinje for risikovurderinger er det fastsatt krav om situasjonsbetingede risikovurderinger. Denne type risikovurderinger gjøres ved omstillinger eller når endring i forutsetninger eller krav gjør det nødvendig med gjennomgang av risiki og konsekvenser. Det er gjennomført slike risikovurderinger knyttet til flyttinger og andre endringer i avdelinger og klinikker. På sykehusnivå er det gjennomført situasjonsbetingede risikovurderinger på flere områder, bl.a. kvittering av prøvesvar og for å vurdere konsekvenser av innsparings- og budsjettforslag.

Tertialvise risikovurderinger

Straks etter at oppdrag og mål ble klargjort i 1. tertial, ble det gjort en hovedgjennomgang av risikosituasjonen i klinikker og avdelinger og i helseforetaket som helhet. Dette ble gjort i henhold til interne retningslinjer og krav fastsatt av Helse Sør- Øst. Risikovurderingen førte til handlingsplaner med risikoreduserende tiltak på de ulike ledelsesnivåer.

I tillegg til denne hovedgjennomgangen ble det ved utgangen av 2. tertial gjort en revurdering av risikoanalyser og handlingsplan for å identifisere risikoreduserende tiltak.

Begge risikovurderingene ble også rapportert til Helse Sør-Øst innen fastsatte frister. I 3. tertial ble det gjennomført en risikovurdering som først og fremst tok utgangspunkt i forslag til budsjett for 2012. Dette forslaget med tilhørende risikovurdering ble styrebehandlet i november.

Hovedpunkter i sykehusets risikovurdering i forhold til bestillinger og egne mål

Gjennom hele 2011 har det vært stor fokus på helseforetakets økonomiske situasjon. I risikovurderingene har også det negative økonomiske resultatet og mangel på økonomisk bærekraft blitt ansett som den største faren ved sykehusets drift og utvikling. Det har vært forsøkt en rekke tiltak for å bedre situasjonen, men selv om deler av utviklingen har vært rettet, har en ikke lyktes med å styre økonomien innen akseptable rammer. Ved siden av økonomien har det også vært stor fokus på pasientbehandlingen. Helseforetakets hovedoppgave er å gi trygg, god og likeverdig behandling til våre pasienter. Derfor har ledelsen lagt vekt på å styre slik at behandlingskvalitet og service opprettholdes på et tilstrekkelig høyt nivå. Av den grunn har vurderingen av risikoen for svikt i behandlingen blitt vurdert som relativ liten. Som helhet blir behandlingsnivået vurdert som trygt og godt. En rekke andre forhold ved virksomheten influeres av at en på den ene siden har en anstrengt økonomi og på den andre må prioritere og skåne den kliniske virksomheten i størst mulig grad.

Øvrige vesentlige risikoområder har i 2011 vært de samme som skisseres under utfordringsområdene beskrevet over (arbeidsmiljø og omstillinger, MTU, bygg, IKT, etterlevelse av krav og tilsyn med mer).

Det er arbeidet med planer for risikoreduserende tiltak både lokalt i avdelinger og på overordnet nivå. Lederne får stadig større erfaring med styring ut fra risiko, og det legges vekt på betydningen av kontinuerlig fokus på å håndtere risiko innen akseptable rammer.

2.2.3. Sentrale saker behandlet i styret

Styret for Oslo universitetssykehus HF hadde i 2011 i alt 14 styremøter, herav 5 ekstraordinære møter.

Styret har ivarettatt sine oppgaver og fremlagt beretning og regnskap for 2010 og vedtatt plan og budsjett for 2011. Samlet har styret behandlet 152 saker (saker til beslutning og orienteringssaker). I hvert styremøte har det vært gitt omfattende aktivitets- og økonomirapporteringer.

Styret har i tillegg fått presentert 5 tema saker som har vært presentasjon av spissede oppgaver og en revisjons sak.

Styret har fulgt opp eiers styringsbudskap og prestasjonskrav og at helseforetaket har rapportert til eier i henhold til rutiner.

Eiers oppdrag og bestilling og betingelsene for dette har fra styrets ståsted også for 2011 vært krevende. Det er spesielt styrets ansvar med å sikre at foretaket styrer etter godkjent

budsjett og krav til økonomisk resultatmål og arbeid med tiltak for å oppnå dette som har vært hovedsaken for styret gjennom hele året. Foretaket har lagt ned et stort arbeid for å tilpasse bemanningsutviklingen og kostnadsutviklingen i takt med reduksjon i aktivitet og budsjetttramme. Styret initierte tidlig i året tiltak for å redusere resultatrisiko og styrke likviditeten. I april fikk styret forelagt tiltakspakke bestående av tiltak i klinikk og stab samt tiltak om innsparinger innen IKT og forskyvning i investeringer. De korrigerende tiltak har vært risikovurdert for å balansere med god drift, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. I påfølgende behandlinger har styret grundig fulgt opp nye tiltak og reduksjon i kostnadene.

Ved første gangs realitetsbehandling av budsjett 2012 og økonomisk langtidsplan oppstod en vanskelig situasjon med forskjellige synspunkter mellom styrets flertall og administrerende direktør om innhold, framdrift og utvikling. Prosessen ledet til at administrerende direktør valgte i samråd med styreleder å si opp sin stilling med virkning fra 6. juni.

Styret ble etter at administrerende direktør hadde fratrådt forelagt et nytt forslag til økonomisk langtidsplan 2012-2015. Styret utsatte realitetsbehandling av forslaget og ba om en administrativ oversendelse til Helse Sør-Øst RHF. Påfølgende endringer i styrets sammensetning medførte at det av hensyn til sakens kompleksitet ble for kort tid til disposisjon for en realitetsbehandling av økonomisk langtidsplan. Helse Sør-Øst RHF aksepterte at styret ikke klarte å realitetsbehandle saken.

Budsjett 2012 har vært gjenstand for flere behandlinger i styret, der styret har besluttet arbeidsprosess og strategi. Underveis har styret konstatert foretakets store økonomiske utfordringer med å tilpasse kostnadsnivået og spesielt bemanningen til de økonomiske rammene for 2012 samtidig som en skal gjennomføre pålagt aktivitet. Vedtatt budsjett vil kreve en betydelig reduksjon i antall årsverk fra 2011 til 2012.

Omstillings- og integrasjonsprosessen har også dette året opptatt styret. Følgende 4 saker har krevd særlig stor oppmerksomhet fra styret:

Klinisk arbeidsflate

Prosjektet Klinisk arbeidsflate skulle etter planen ha levert en teknisk løsning som raskt skulle bidra til å støtte fusjonen i Oslo universitetssykehus ved at pasientinformasjon fra alle lokalisasjoner ble tilgjengelig uavhengig av geografisk sted. Styret har løpende blitt orientert om fremdrift og gjennomføring av prosjektet. Forsinkelser og kostnadsoverskridelser samt avdekkede svakheter ved løsningsforslag med funksjonelle og tekniske mangler medførte at styret 28. april besluttet at prosjektet ble stanset og leveransen ble avbestilt.

Styret har videre foretatt strategiske veivalg for å etablere felles klinisk informasjonsgrunnlag som delvis vil være erstatning for Klinisk arbeidsflate.

Utvidet kapasitet for akuttfunksjoner på Ullevål sykehus – nytt akuttbygg

Nytt akuttbygg på Ullevål sykehus vil muliggjøre å overføre akutt- og somatisk døgnvirksomhet fra Aker sykehus og vil være sentralt i arbeidet med å samle storbyfunksjonene (lokal- og områdefunksjoner for Oslo sykehusområde). Bygget vil inneholde akuttmottak, operasjonsstuer, postoperativ og oppvåkning/intensiv. Styret har godkjent prosessen fra ide/konseptfasestadiet til forprosjekt, besluttet iverksetting og tildeling av kontrakt med entreprenør og organisering av byggeprosjektet. Styret har hatt tett dialog med Helse Sør-Øst RHF for å sikre rask gjennomføring av de formelle prosessene.

Helhetlig plan for samlokaliseringer, arealutviklingsplan og vedlikeholdsplan

Styret har blitt holdt orientert om arbeidet som er på planstadiet og som vil forme sykehusets utvikling. Helhetlig plan for samlokaliseringer inneholder tiltak som planlegges gjennomført i eksisterende bygningsmasse. I arealutviklingsplan legges det til rette for nybygg og ombygginger for å oppnå ytterligere samlokalisering.

Utviklingen av Aker sykehus

Styret har jevnlig blitt orientert om arbeidet med utvikling av Aker sykehus og samarbeidet med Oslo kommune og øvrige sykehus som betjener Oslos befolkning inkludert Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas HF. Prosjekt Samhandlingsarena Aker gir mange muligheter for realisering av intensjonene bak Samhandlingsreformen. Sykehusets eget prosjekt Helsearena Aker, ses i nær sammenheng med samarbeidsprosjektet.

Det er også under utforming en arealplan for Aker med disponering og eventuell eiendomsutvikling. Avklaring av finansiering og formalisering av de ulike samarbeidsoppgavene gjenstår.

Styret er blitt holdt orientert om alvorlige tilsynssaker og prosesser som foretaket har hatt med de ulike tilsynsmyndighetene, og som angår foretakets sentrale oppgaver, herunder Helsetilsynets overoppsyn med omstillingsprosessen, Arbeidstilsynets gjennomgang av inn klima og arbeidslokalenes utforming.

Av andre saker som styret har behandlet kan nevnes:

- Salg av eiendommer
- Strategi innen områdene innovasjon, likeverdige helsetjeneste og mangfold, samhandling og strategi for Kreftregisteret
- Brudd på arbeidstidsbestemmelsene (få oversikt samt sikre informasjon og kontroll av at arbeidstidsbestemmelsene følges)
- Vedtakelse av forelegg i form av bot og inndragning til staten for overtredelse av forurensningsloven
- Behandlingstilbudet innen rus og psykisk helse (kvalitet og bredden i tilbudet)
- Ventelistehåndtering (sentrale områder)
- Sykehusets håndtering av terrorhendelsene i Oslo og på Utøya 22. juli
- Vurdering av investeringsvalg for pensjonsmidler
- Gjennomføring av samhandlingsreformen ved foretaket
- Gjennomføring og hovedresultater fra medarbeiderundersøkelsen i foretaket
- Ansettelse av ny administrerende direktør for foretaket

I tillegg er rapportene fra revisjonene som er gjennomført av konsernrevisjonen Helse Sør-Øst gjort kjent i foretaket og merknadene fulgt opp i styrets arbeide.

2.3. Evaluering av egen virksomhet og organisering

Oslo universitetssykehus fortsetter det pågående arbeidet med utvikling av organisasjonen slik at sykehuset får en mest mulig stabil og bærekraftig driftssituasjon. Målet er en organisering av klinisk virksomhet som gir grunnlag for god pasientbehandling, gode pasientforløp, forskning og undervisning og en økonomi i balanse.

Samlokaliseringer for å oppnå mer robuste fagmiljø og unngå kostbar vaktberedskap er helt avgjørende for sykehuset, og overføring av døgn- og akuttvirksomheten fra Aker til Ullevål og Rikshospitalet vil bidra til at sykehuset kommer i en bedret og mer stabil driftssituasjon. Samtidig oppfyller også dette styrets føringer om en samling av akutfunksjoner innen kirurgi, medisin og psykisk helse så raskt som mulig. Målsettingen er at akuttmottaket på Aker skal stenge 1.7 2012.

Oslo universitetssykehus har en stor utfordring i å gjenvinne produktiviteten sykehuset hadde før overføring av opptaksområder. Det er også en stor utfordring å prioritere bruken av de begrensede ressursene riktig mellom pasientgrupper, funksjonsnivåer, innad i klinikker, på tvers av klinikker, bruken av medisinske serviceklinikker og mellom foretak i regionen.

3. Medvirkning fra brukere og tillitsvalgte

Tillitsvalgte

Sykehuset ivaretar medvirkning for tillitsvalgte og verneombud iht Hovedavtalen, arbeidsmiljøloven og de 12 prinsipper for omstilling i Helse Sør-Øst. Foretaket har etablert en rekke formelle og uformelle fora som innebærer ukentlige møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser. Medvirkningen utgjør et viktig og nødvendig korrektiv til vurderinger og beslutninger som treffes. Foretaket mener at oppfølging av medvirkning og involvering viser en positiv utvikling. Det legges imidlertid ikke skjul på at det er krevende å implementere gode rutiner i hele foretaket og på alle nivå. Foretakstillitsvalgte melder at samarbeid og medvirkning fungerer godt på foretaksnivå, men ikke nødvendigvis lenger ned i organisasjonen. Det er stor variasjon mellom klinikkene. Det jobbes derfor aktivt med lederopplæring og bevisstgjøring.

Brukerutvalget

Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus HF ble oppnevnt i styresak 68/2009, 7. mai 2009. Brukerutvalgets viktigste oppgave er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene. Brukerutvalget hatt 14 representanter og har avholdt 11 møter à 4 timers varighet i 2011. Viseadministrerende direktør Tove Strand har vært fast møtende representant fra ledelsen. Administrerende direktør er tilstede på de fleste møter og tilgjengelig for dialog. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt Brukerutvalget i forbindelse med ulike saker. Brukerutvalget har hatt ett felles møte med styret ved Oslo Universitetssykehus HF. Leder og nestleder med vararepresentant har deltatt som faste observatører på styremøtene.

Brukerutvalget mener at det kan ha en viktig rolle i å sikre pasientfokus, og gjennom det arbeide for felles holdninger på tvers av dagens kulturer. Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes gjennom omorganiseringsprosessene.

Brukerutvalget har vært bekymret for helseforetakets økonomi og manglende bevilgninger til den store omstillingsprosessen. På grunn av Oslo universitetssykehus størrelse og omfang har Brukerutvalget sett det som nødvendig å opprette klinikkvise brukerråd.

Det er gjennomført opplæringsmodul 2 for brukerutvalg og klinikkoppnevnte brukerråd i samarbeid med FFO, Safo og Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring. Brukerutvalget har deltatt i en rekke prosjekter, samt på en rekke konferanser, seminarer og arrangementer både som deltagere og som foredragsholdere.

Brukerutvalgets arbeid har i 2011 vært preget av omorganiseringen og overføringsprosjektet ved sykehuset mellom Oslo universitetssykehus, Ahus og Vestre Viken. Utover dette har utvalget involvert seg i strategiske spørsmål i OUS både pasientspesifikke og generelle. Brukerutvalget har også involvert seg i forhold til klargjøring av retningslinjer og råd, driftstilpasning i 2011 og budsjett 2012, samt styresaker.

Brukerutvalget vil spesielt trekke frem følgende saker fra 2011:

- *Fristbrudd.* Utvalget uttrykker bekymring for sykehusets høye andeler fristbrudd, men påpeker samtidig tilfredshet med det arbeidet som er gjort for å få bedre oversikt over området. Brukerutvalget mener pasientene skal orienteres om dato for konsultasjon i brevet med dato for fristbrudd i tråd med oppdragsdokumentet fra HSØ. Brukerutvalget ber sykehuset komme tilbake med en orientering om strategisk arbeid med prioriteringsveiledere for ulike pasientgrupper. Fristbrudd er også kommentert i

Styresak 113/2011, der klinikk-brukerrådene oppfordres til å følge opp ventelisteutvikling og fristbrudd.

- *Strategiarbeid 2025*. Utvalget ønsker å holdes orientert om fremdrift, og om å få anledning til å uttale seg om alternativene som presenteres.
- *Økonomi- tilpasning til rammene*. Brukerutvalget ønsker at vil be om at ledelsen utreder pasientforløpene før nedbemanning.
- *22.juli* Brukerutvalget har merket seg at OUS gjorde en fremragende innsats ved 22.07-hendelsen. Måten sykehuset løste oppgaven på, viste at OUS har sin berettigelse og at sykehuset har stor kompetanse som koordinerende faktor ved større ulykker/terroranslag. OUS viste også å ha den nødvendige og faglige spisskompetansen innen akuttmedisin som hele landet kan ha nytte av.

Brukerutvalget har i sitt arbeid erfart behovet for å fokusere på de flerkulturelles situasjon i dialogen og forståelsen med helsevesenet, med vekt på utfordringer i språk og kulturforskjeller. Dette er et arbeid som det er svært viktig å fokusere på i tiden som kommer, også sammen med de flerkulturelles organisasjoner. Se for øvrig brukerutvalgets årsmelding i vedlegg 3

Pasientmedvirkning

Det er utarbeidet nivå-1 retningslinje for pasientmedvirkning på individnivå. Retningslinjene tar utgangspunkt i pasienters rett til medvirkning, § 3-1, som er forankret i pasientrettighetsloven. Retningslinjen omhandler informasjon om egen behandling og pleie, hvordan ta informerte beslutninger og valg, medvirkning i egen behandling og pleie og medvirkning i forhold til kvalitetsforbedring.

Lærings- og mestringsforum er etablert med representanter fra samtlige klinikker, brukerutvalg og primærhelsetjeneste. Forumet er gitt i mandat å styrke brukermidvirkning i foretaket. Klinikkerne har, gjennom Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring, fått tildelt midler til stimulering av opplæringstiltak. Brukermidvirkning var ett av de viktigste kriteriene for tildeling av disse midlene. Sykehuset har en høy aktivitet knyttet til lærings- og mestringsstilbud, der brukermidvirkning er en viktig bestanddel, og en forutsetning for tilbudene. Det arbeides aktivt for å få pasient- og pårørendeopplæring, inkludert brukermidvirkning til å bli en integrert del av utvalgte pasientforløp.

DEL II: RAPPORT FOR 2011

4. Oppfølging av oppdrag og bestilling

4.1. Innledning

Virksomheten til Oslo Universitetssykehus HF er basert på lover og forskrifter. Sentrale regelverk i denne forbindelse er helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter og avtaler. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til helseforetaket er konkretisert og utdypet i Nasjonal helseplan, oppdragsdokument for 2011 og foretaksmøter.

Det har helt fra starten på året blitt lagt vekt på betydningen av intern kontroll og risikostyring. For hvert tertial har styret gjennomgått risikovurderinger og øvrige deler av internkontrollen og dette har inngått i tertialrapporteringen. Se for øvrig punkt om intern kontroll og risikovurderinger.

4.2. Innsyn og konsernrevisjon

Oslo universitetssykehus HF har nedfelt rutiner for samarbeid, koordinering, rapportering og oppfølging av revisjonsaktivitet i styringsdokumenter. Det er formalisert samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF.

Planleggingsprosessen for interne revisjoner i Oslo universitetssykehus HF har vært et samarbeid mellom internrevisjonen i Oslo universitetssykehus HF og konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF for utarbeidelse av revisjonsplaner for henholdsvis Oslo Universitetssykehus HF og konsernrevisjonen. I samarbeidet inngikk også nærmere vurdering av eventuelle felles utførelse av oppdrag og øvrige prosjekter. Hensikten var koordinering og en bredest mulig dekning av interne revisjoner ved foretaket.

Alle funn fra konsernrevisjonen, interne revisjoner og eksterne tilsyn følges opp gjennom ledelsens gjennomgang og rapporteres etter standard rutine til styret hvert tertial. I tillegg vil styret fortløpende bli orientert om saker relatert til Konsernrevisjonens virksomhet. Det samme gjelder mottatte rapporter fra eksterne tilsynsmyndigheter.

4.3. Overordnede styringsbudskap

Se vedlegg med rapportering av oppdrag og bestilling 2011 oversendt Helse Sør-Øst RHF 20. januar 2012

- 4.3.1 Målområde 1 - pasientbehandling
- 4.3.2 Målområde 2 - forskning, utvikling og innovasjon
- 4.3.3 Målområde 3 - kunnskapsutvikling og god praksis
- 4.3.4 Målområde 4 - organisering og utvikling av fellestjenester
- 4.3.5 Målområde 5 - mobilisering av medarbeidere og ledere
- 4.3.6 Målområde 6 - bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

I tillegg til rapporteringsdelen beskrives her enkelte hovedområder klinikkene ønsker å trekke frem.

Psykisk helse og avhengighet

Klinikken har lyktes med å gi god pasientbehandling med korte ventetider til tross for at Klinikken har gjennomført betydelige omstillinger. Sammenlåingen av Barn og unge, rus og voksenpsykiatri for Aker og Ullevål har vært krevende. Det har også vært store omstillinger i barn og unge knyttet til redusert opptaksområde ved overføring av Alna/Follo til Ahus.

Medisinsk klinikk:

- Etablert Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin, en avdeling som har pasienter som krever høyspesialisert diagnostikk og behandling og som har ansvaret for svært store og økende pasientgrupper. Avdelingen gjennomfører nær 20 000 polikliniske konsultasjoner årlig og har meget høy forsknings- og undervisningsaktivitet.
- Tilbudet til ME (myalgisk encefalopati/kronisk utmattelsessyndrom) pasienter videreføres gjennom en tverrfaglig poliklinikk med ambulant team, samt to senger i spesielt tilrettelagte rom på Aker. I tillegg til utredning av pasienter fra HSØ på tredjelinjenivå, tilbyr senteret tverrfaglig oppfølging og mestringskurs til pasienter med en bekreftet ME/CFS-diagnose.

Klinikk for kirurgi og nevrofag

- Startet samling av regionsfagene gjennom flytting av Avdeling for plastikk og rekonstruktiv kirurgi. Det er etablert vaktordninger og system for ivaretagelse av traumer og tilsynsfunksjoner på Ullevål som fungerer bra.
- Kirurgisk avdeling for barn har i samarbeid med ortopedisk avdeling økt den operative virksomheten av ortopediske barn med 35% fra 2010. Det er også gjennomført prosjekt for å avvikle lange ventelister for ungdom med scolioser.
- Klinikken har åpnet en ny dagkirurgisk stue på Rikshospitalet som vil føre til en ytterligere vridning fra inneliggende til mer dagkirurgisk behandling også av de mer avanserte inngrepene.

Kvinne- og barneklubben:

- Etablert en ny organisasjon på tvers av ulike lokalisasjoner, og langt på vei tilpasset klubben til nye økonomiske rammer og bemanning. Klubben har samlet behandlingen av kreft og hjertesykdommer hos barn på Rikshospitalet, og av gynekologi på Ullevål, for å gi et bedre behandlingstilbud. Gynekologisk kreft samles i 2012. Klubben har etablert en avdeling som omfatter de fleste nasjonale kompetansetjenester for sjeldne sykdommer og funksjonshemninger.
- Klubben har mange nasjonale oppgaver og ble i år tildelt ytterligere tre nasjonale behandlingsoppgaver innen CFS/ME og to innen gynekologisk kreftbehandling. Sykehuset har økende forskningsaktivitet og fikk i 2011 en god ekstern evaluering av vår forskning, og sykehuset har fått svært god studentevaluering for vår undervisning av medisinstudenter.

Kreft- kirurgi og transplantasjonsklubben

- Klubben har gjennomført fusjon mellom tidligere klinikk for kreft og kirurgi og klinikk for høyspesialisert medisin, til en ny samlet klinikk.
- I 2011 har klubben samlokalisert og flyttet flere pasientgrupper innen kreftbehandling og gastrokirurgi.
- Klubben har gjennomført en krevende innplasseringsprosess.
- I evaluering ift NFR av forskning fikk klubben "svært god".

Hjerte, lunge og karklinikken

- Har bedret tilbudet for ablasjonsbehandling av atrieflimmer og andre arytmier gjennom en dobling av behandlingskapasiteten og et markert fall i ventetid. Dette har skjedd uten økning i antall leger.
- Videre har klinikken gjennomført en reduksjon i antallet lokalisasjoner der det drives hjertekirurgi ved å avvikle virksomheten i Akersbakken.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon:

- Tilpasset radiologi- og laboratorievirksomheten til samlokaliseringer, funksjonsfordelinger og flyttinger som er gjort innenfor de andre klinikkene.
- Gjennomført omorganiseringer av samtlige avdelinger og organisert seksjoner på tvers av lokalisasjoner. Klinikken arbeider aktivt i regionen knyttet til anskaffelse av felles LIMS og felles RIS/PACS.

Oslo sykehuservice:

- Redusert antallet ansatte med ca 140 årsverk og redusert egen aktivitet utover foretakets tilsvarende nedgang i aktivitet, etablert nye organisasjonsenheter og tilpasset organisasjonen til rammene for 2012.
- Det er arbeidet mye med effektivitets- og kvalitetsforbedringer i tjenesteleveransene, herunder tilpasset kvaliteten på noen tjenesteleveranser til riktig nivå.

Ihht krav fra foretaksmøte er oppfølging av kravene til samfunnsansvar, inkludert områdene etisk handel og miljøansvar håndtert ti helseforetakets strategiske og operasjonelle virksomhetsstyring.

4.4. Driftsavtale

4.4.1. Avtalt aktivitetsnivå 2011

Det vises til tabellene i helseforetakets oppdrag og bestilling for 2011. "Åpne" tabeller er tatt inn i vedlegg.

4.4.2. Økonomisk vederlag og øvrige økonomiske betingelser

Det vises til tabell i helseforetakets oppdrag og bestilling for 2011. "Åpen" tabell er tatt inn i vedlegg 2.

DEL III: STYRETS PLANDOKUMENT 2012 - 2015

5. Utviklingstrender og rammebetingelser

5.1. Faglig og demografisk utvikling

Oslo universitetssykehus skal jobbe for å tilby alle pasienter likeverdige helsetjenester; likhet i tilgang, kvalitet og resultat. For å få dette til må sykehuset tilpasse sin virksomhet til de fremtidige demografiske utfordringene som generell befolkningsvekst, inkludert økt andel med innvandrerbakgrunn; flere eldre; sosioøkonomiske forskjeller mellom bydeler i Oslo og et stadig større kulturelt og språklig mangfold.

Oslo er det fylket i landet som i følge SSBs prognoser forventes å ha den sterkeste befolkningsveksten. I løpet av de neste fire årene legges det til grunn en vekst på omlag 7 %. Det forventes vekst i alle bydelene i Oslo. Kraftigst vekst forventes i Indre Øst, nærmere bestemt bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og Sagene. Av disse har Gamle Oslo den desidert sterkeste veksten frem til 2015, 21%. Ser vi perioden frem mot 2022 forventes en vekst på 31% samlet for disse bydelen, men Gamle Oslo forventes alene å øke med over 50%.

Veksten i bydelene der Oslo universitetssykehus har lokalsykehusansvar er om lag som forventet vekst i Oslo. Den store veksten i pasienttilfang vil komme i bydeler der Oslo universitetssykehus har områdeansvar. I tillegg har regionen en betydelig sterkere forventet vekst enn landet for øvrig.

Utviklingen av sykdomsbildet og etterspørsel etter sykehustjenester for Oslo universitetssykehus framover, vil påvirkes av følgende forhold:

- Aldersutviklingen – omfanget av sykdommer og tilstander med økt forekomst over 65 år vil øke. For utviklingen på litt lengre sikt er det snakk om følgende bilde: Dersom en tar hensyn til befolkningsvekst og endring i aldersprofil tilsier prognosen at Oslo universitetssykehus HF vil stå overfor en økning på totalt nærmere 50 % i forekomst av de fire vanligste krefttypene i løpet av de neste 20 årene. Prognoser for sykehusinnleggelse i Oslo universitetssykehus HF for alle hoveddiagnosene gir 20 – 50 % økning på fram til 2030.
- Ytterligere økt overlevelseshetsgrad fra livstruende sykdommer og skader. Dette vil føre med seg økt behov for rehabilitering, oppfølgende behandling, håndtering av bivirkninger og omfang av andre ikke livstruende sykdommer som pasienter som overlever i større grad vil være utsatt for. Her vil ikke minst det økte antallet kreftoverlevende være en viktig og ressurskrevende gruppe fremover.
- Antibiotikaresistens. Antibiotika benyttes mye i behandlingen av svært syke pasienter. En økning av antallet antibiotikaresistente bakterier vil kunne medføre at infeksjoner ikke lar seg behandle og operasjoner og bruk av cellegift vil bli mer komplisert enn det er i dag.
- Endret livsstil fører til endret sykdomsbilde. Konsekvensene her er sammensatte. Livsstilsendringene er sterkt påvirket av sosial bakgrunn, arbeid og utdanning. Særtrekk ved sykdomsframkallende livsstil i vårt opptaksområde vil gjenspeiles av den sosioøkonomiske profilen i dette området (store sosioøkonomiske forskjeller). Fedme og livsstil som ligger bak dette, ser ut til å være hovedutfordringen framover.

- For Oslo kommer dessuten spesielt utfordringer knyttet til særskilte forhold som stor konsentrasjon av enslige, stort antall mennesker med annen kulturell bakgrunn, sterk økning i antall barn og unge, mange innbyggere som er sosioøkonomisk ressursvake og mennesker med midlertidig opphold. Sykdomsmessig kan disse forholdene slå ut i form av relativt større utfordringer når det gjelder f.eks. psykisk helse og rus og omfang og risiko for infeksjonssykdommer. I tillegg kan det bety større utfordringer når det gjelder samarbeid om omsorgsansvar mellom pasientenes hjemmemiljø og helsevesen. Det kan argumenteres for at denne typen utfordringer kan vokse i årene framover.

Sosioøkonomiske faktorer har stor betydning for sykelighet og død. Kontrasten i forventet levealder mellom bydeler i Oslo er kjent og forskjellen i dødelighet mellom bydelene er fortsatt stor. Historisk har Oslo vært delt i øst og vest som bl.a. gir seg uttrykk i forskjeller i inntekt, utdanning og forventet levealder mellom den mer velstående delen av befolkningen på vestkanten, og befolkningen på østkanten. For eksempel vil en guttebaby født i Sagene bydel ha mer enn 8 års kortere forventet levetid enn en guttebaby ført i Vestre Aker bydel.

Sentrale stikkord for faglige teknologiske og metodiske endringer i årene framover er trolig:

- Generelt en fortsatt vekst i ikke-kirurgisk intervensjonsmetodikk.
- Mer spesifikke diagnosemetoder gjennom kombinasjon av ulike typer billeddiagnostikk, invasiv intervensjon og genbasert diagnostikk.
- Økt grad av glidning mellom ulike behandlingsformer, eks mellom ulike typer kirurgiske inngrep, ikke kirurgiske inngrep, ulike typer stråleterapi (kreft) og ulike typer medikamentell behandling samt ulike former for integrering av trening og ernæringsmessige regimer.
- Mer kunnskap om effekter av behandlingsforløp inklusiv kunnskap om hvordan oppnå varig funksjonsforbedring og unngå bivirkninger.

Disse utviklingstrekkene vil på flere områder gi konsekvenser for Oslo universitetssykehus sin utvikling:

- De vil påvirke hvor spesifikk forståelse det er mulig å få av en lidelse og dermed hvor individuelt tilpasset behandlingsopplegg det er mulig å gi.
- Det vil påvirke hva slags kompetanse som involveres både i vurdering og behandling og i mange tilfeller kreve at det trekkes inn flerfaglige grupper i disse prosessene og det vil forsterke utvikling i retning av ytterligere spissing av kompetanseområder og tildels flytte behov for kompetanse over på andre spesialiteter og faggrupper enn tidligere.
- Det vil legge grunnlaget for en endring av arbeidsdeling innen pasientforløp – med spisset, men teambasert vurdering, mer spesialiserte behandlinger i en fase, men også mer distribuert behandling eventuelt under ulike former for fjernveiledning.
- Det vil føre til at behovene for sykehusinnleggelse ved vurdering og behandling reduseres betydelig.

Mer konkret kan forhold som påvirker kapasitetsutviklingen ved Oslo universitetssykehus beskrives slik:

- Funksjoner og deler av pasientforløp som kan ivaretas like godt i primærhelsetjenesten eller lokalsykehus (der pasienten kommer fra annet sykehusområde) kan flyttes dit (eks oppfølgende behandling og kontroller, rehabilitering og palliasjon, enklere terapi)
 - o Samhandlingsreformen blir sentral fra og med 2012.
- Utviklingen innen teknologi og medisinsk og helsefaglig metodikk kan utnyttes offensivt til ytterligere å øke omfanget av bruk av dagbehandling og poliklinikk.
- Både kronikere, kreftpasienter og eldre med funksjonssvikt kan knyttes opp mot mer planlagte og semiakutte forløp slik at presset på rene akuttforløp reduseres.
- Sykehusets sengekapasitet vil konsentreres ytterligere om pasientgrupper med mer krevende oppfølgingsbehov i intensiv og observasjonsfaser.

- Arbeidsdeling mellom sykehusområder (utvikling av flerområdefunksjoner og nye regionfunksjoner), regioner (utvikling av flere landsfunksjoner) og utvikling av internasjonal arbeidsdeling vil påvirke kapasitetsbehovene i Oslo universitetssykehus.

Per 1.1.2011 hadde i overkant av 28% av Oslos befolkning innvandrerbakgrunn (dvs har selv innvandret til Norge, eller er født i Norge av to foreldre som begge har innvandret, SSB), hvorav ca 5% kommer fra Norden og Vest-Europa. Prognoser (middels) fra Statistisk Sentralbyrå tilsier at Norge per 2025 vil ha 1 millioner innbyggere med innvandrerbakgrunn. En stor del av veksten forventes å komme i Oslo-området. Denne demografiske utviklingen gir nye helse- og kommunikasjonsrelaterte utfordringer. For sykehuset innebærer økt kulturelt mangfold blant annet å håndtere ulike syn på helse, sykdom og behandlingsformer på en profesjonell og åpen måte som ivaretar respekten for pasientens verdisyn. Samtidig er det viktig å legge til rette for økt forståelse for det norske helsevesen og betydningen av helsefremmende arbeid blant større grupper av befolkningsgruppene.

Vurderinger av Oslo Universitetssykehus sin kapasitet i forhold til behov for årene framover er en viktig del av strategisk utviklingsplan som er utarbeidet i 2011, men som vil styrebehandles og oversendes Helse Sør-Øst RHF i 2012.

5.2. Forventet økonomisk utvikling

Budsjettet for 2012 og de utfordringene det representerer, viser den balansen som er nødvendig mellom kortsiktige hensyn og utfordringer for å sikre gjennomføring av neste års oppgaver og oppdrag på den ene siden og hensynet til et mer langsiktig krav om en bærekraftig økonomi for Oslo universitetssykehus HF på den andre siden. Det økonomiske resultatkravet (minimumskrav) er satt av Helse Sør-Øst RHF. Gjennomføring av dette krever en betydelig reduksjon i antall årsverk i foretaket fra 2011 til 2012. Statusrapportene fra klinikkene viser videre at det på dette tidspunkt ikke foreligger tilstrekkelig med tiltak for å styre mot det økonomiske resultatkravet for 2012. Samtidig viser likviditetsbudsjettet og balansebudsjettet at Oslo universitetssykehus har svekket sin økonomiske situasjon helt siden fusjonen 1.1.2009 og selv med en vellykket gjennomføring av driftsbudsjettet for 2012 vil dette vil fortsette gjennom 2012. Gjeldsoppbyggingen har økt og den kortsiktige likviditeten vil være kraftig svekket gjennom alle disse årene. Isolert sett skulle dette tilsi et betydelig strammere budsjett for 2012 for ved det å ta de første skritt for å komme inn på en bærekraftig økonomisk utvikling.

5.3. Personell- og kompetansebehov

Foretaket har jevnt over god kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse, men registrerer vesentlige utfordringer innen spesialsykepleiergruppen. Dette gjelder i særlig grad operasjonssykepleiere og i noen grad anesthesi- og intensivsykepleiere. Et samarbeid mellom HR, stab medisin/helse og tillitsvalgte mht kartlegging og iverksettelse av utdannings- og rekrutteringstiltak innen disse gruppene skal startes i 2012.

OUS samarbeider med flere høgskoler i Oslo og Akershus. Høgskolen i Oslo og Akershus er vår største samarbeidspartner når det gjelder mottak av sykepleie- og helsefagstudenter i praksis. I 2011 har OUS samlet sett hatt 1651 bachelor studenter hvor studenter innen fagområdet sykepleie utgjorde 1217 studenter. I tillegg har det vært 212 studenter i praksis innen videreutdanningene anesthesi-, operasjon-, barn-, nyfødt-, intensiv-, kreftsykepleie og psykisk helsearbeid.

Det er et betydelig behov for praksisplasser innen bachelor utdanningene i Helse Sør-Øst, og det er et økt krav til OUS om å etablere tilstrekkelig antall praksisplasser. I 2012 er det varslet at sykehuset vil ha et krav til reduksjon av aktivitet/sengetall. Det er derfor ikke

samsvar mellom kostra tallene som innrapporteres hvert år og som videre danner grunnlaget for fordeling av praksisplasser i Helse Sør-Øst og den reelle kapasiteten for OUS til å etablere gode og tilstrekkelig antall praksisplasser for bachelor studentene.

Sykehuset bestemte at opptak ved Høgskolene høsten 2011 skulle tildeles stipend til et stort antall ansatte som vil videreutdanne seg innen operasjons-, anesthesi-, intensiv - og kreftsykepleie.

En avtale med Sykehjemsetaten i Oslo om mottak av helsefagarbeiderlærlinger er klar til undertegning, og det tette samarbeidet med Universitetet i Oslo er videreutviklet.

Innenfor legegruppen, særlig i virksomhet knyttet til sykehusets høyspesialiserte tilbud og lands- og regionsfunksjoner, er det en økende tendens til subspesialisering, hvor hver enkelt lege går dypere inn i et mer begrenset område av sin spesialitet eller fagfelt. Bredden i perspektivet rundt den enkelte pasients sykdom sikres ved multidisiplinær vurdering, behandling og koordinering. Et stadig økende antall eldre pasienter, ofte med flere diagnoser, øker behovet for legespesialister med en bred faglig bakgrunn, samtidig som de utfordrer tidligere grenser for avansert kirurgisk og medikamentell kreftbehandling.

Kompetanse

I 2010/2011 har Oslo Universitetssykehus kompetansekartlagt store deler av personalet. Dette er et nyttig materiale i arbeidet med systematisk kompetansestyring og planlegging. Strategisk kompetansestyring er ett av satsningsområdene i HR-strategi for sykehuset 2011/2012-2014. HR har sammen med stab medisin/helse utarbeidet overordnede føringer på sykehusnivå for hvordan kompetansestyring i sykehuset skal gjennomføres. Dette er nedfelt i en egen nivå 1-prosedyre som beskriver prinsipper for identifisering av kompetansebehov, måling av kompetansenivå, planlegging og gjennomføring av opplæring og hvordan en skal dokumentere gitt opplæring.

Det er etablert et felles klinisk stige program for alle sykepleiere/spesialsykepleiere. Dette er viktig for felles utvikling av sykehusene.

I tilknytning til oppdraget om å redusere andel deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011 ble det nedsatt en partsammensatt arbeidsgruppe som la fram sin rapport "Reduksjon av andel deltidsansatte ved OUS" i mai. Av de faste ansatte pr 15. april var det 2787 som arbeider deltid. Dette utgjør 20 % av alle faste ansatte ved sykehuset. Hovedtyngden av deltid finnes innenfor gruppen sykepleiepersonell med 1565 ansatte som arbeider deltid. Arbeidsgruppen identifiserte hovedårsakene til bruk av deltid ved sykehuset, og fremmet forslag om virkemidler og hvilke tiltak som må iverksettes for å gjennomføre disse. I mai 2011 ble det gjennomført en deltidsundersøkelse. Undersøkelsen ble sendt ut til deltidsansatte med et fast arbeidsforhold, hvorav 1887 (48%) svarte. Resultatet av undersøkelsen viste at 151 (8%) av de som svarte ønsker å arbeide heltid, og 76 (4%) ønsker større deltidsstilling. Retningslinjer for deltid er utarbeidet. To klinikker har søkt om og fått tildelt midler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til prosjekter for å arbeide med reduksjon av andel deltid.

Medarbeidere fra sykehuset deltar også i internasjonal kompetanseoverføring gjennom deltagelse i internasjonale oppdrag. Dette gjelder i forhold til institusjoner i lavinntektsland som sykehuset har samarbeidsavtaler med, og også gjennom arbeid som utføres av organisasjoner som "leger uten grenser" og lignende. Slik deltagelse gir viktige erfaringer og økt kultursensitivitet. Også dette er viktig å ha med i møter med sykehusets flerkulturelle pasienter.

Lederutvikling

Oslo universitetssykehus har et systematisk arbeid med lederutvikling. Sykehuset har egne lederutviklingsprogrammer for å sikre kritisk masse av ledere som over tid kan utvikle seg til å bli kandidater som kan påta seg tyngre lederoppgaver. Ca 240 ledere gikk gjennom programmet i 2011. Oslo universitetssykehus har også deltatt med 2 kandidater på Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene. Et annet virkemiddel er lederevaluering (basert på en lederkontrakt) som foregår i den årlige utviklingssamtalen mellom leder og ledes leder. Lederkontrakter ble implementert for alle ledere i hele sykehuset i 2011. Det er også startet opp et eget lederutviklingsprogram med særlig fokus på potensielle lederkandidater med flerkulturell bakgrunn.

5.4. Bygningskapital og øvrige investeringsområder – status og utfordringer

Det har gjennom høsten vært arbeidet systematisk med fire planer som alle berører arealer og virksomhet i Oslo universitetssykehus HF:

1. Helhetlig plan for samlokaliseringer
2. Arealutviklingsplan 2025
3. Vedlikeholdsplan
4. Plan for arealbruk knyttet til Helsearena Aker

De to første planene har ulike tidsperspektiv. I helhetlig plan for samlokaliseringer ligger tiltak som planlegges gjennomført i eksisterende bygningsmasse. I arealutviklingsplan legges det til rette for nybygg og ombygninger som ytterligere virkemiddel for samlokalisering. Disse to planene er harmonisert og følger på hverandre. I tilknytning til dette, er det arbeidet med en totaloversikt over de investeringsbehov som knytter seg til samlokaliseringer i Oslo universitetssykehus HF, både på kort (fase I – helhetlig plan for samlokaliseringer) og lang sikt (fase II og III – arealutviklingsplan).

Sykehusets vedlikeholdsplan prioriteres slik at den understøtter de to øvrige planene og dermed sikrer at det ikke foretas unødvendige investeringer i bygg som skal saneres eller ombygges som en del av det fremtidige sykehuset. Sykehusets samlede vedlikeholdsbehov er så stort at det ikke kan løses gjennom et regulært vedlikeholdsbudsjett, men må sees som en del av investeringen knyttet til samlokaliseringer i Oslo universitetssykehus HF.

Det arbeides også med en plan for arealbruk på Aker sykehus i samarbeid med Prosjekt Helsearena Aker.

Oslo Kommune planlegger ny legevakt på Ullevåls sykehusområde. Til det formål har Oslo kommune fått tilbudt tomt sydvest for Barnesenteret, der parkeringsplass ligger i dag. Tomten viser seg å være for liten i forhold til å utforme en effektiv legevakt. Oslo kommune ber derfor om også å få disponere den del av tomteområdet som Ullevåls kjøkken ligger i dag. Sykehuset har foreløpig akseptert at Oslo kommune planlegger ut fra en slik løsning. Prosjektet er nå i konseptfase. Sykehuset deltar i prosessen som observatør i styringsgruppen. Det er forutsatt at den aktivitet som foretaket har i Oslo kommunale legevakt i dag skal videreføres i den nye legevakten.

Helhetlig plan for samlokaliseringer – fase I

Helhetlig plan for samlokaliseringer fase I omhandler hovedsakelig prosjekter som skal bidra til samlokaliseringer av virksomhet innen dagens bygningsmasse, det vil si i et kortsiktig tidsperspektiv. Unntaket her er det nye akuttmottaket som er en del av denne porteføljen. I arbeidet med helhetlig plan for samlokaliseringer pågår det også en tett koordinering med

prosjekt Helsearena Aker, slik at planer for utflytting av aktivitet fra Aker sykehus henger sammen med planer for innflytting av aktivitet på Aker sykehus

Status akuttbygg Ullevål

Forprosjekt "Nytt akuttbygg" på Ullevål er nå godkjent av RHF og styret i OUS. Bygget har en ramme på 376 mill nok og finansieres gjennom omstillingsmidler. Byggearbeidet startet desember 2011 og er ferdig vinteren 2013/2014. Deretter vil det foregå ombyggingsarbeider i gammel bygningsmasse knyttet til nybygget, fram til sommer 2014. Akuttmottaket vil kunne være i full drift sept 2014.

Arealutviklingsplan 2025- samlokaliseringer fase II og III

Utvikling av Campus Oslo

Med Campus Oslo forstås området mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus på den ene side og Ullevål sykehus på den andre side - og med Universitetet i Oslo og Forskningsparken i sentrum. En samlet utvikling av dette området fanger opp internasjonale trender innen medisin og utdanning og svarer ut oppdraget med å lage et sykehus som både rommer det sjeldne for Norge(nasjonale funksjoner), og har plass for det alminnelige for Oslos befolkning.

Det er samme internasjonale trend innen forskning og fagutvikling - kalt konvergens - der både fag og forskning utvikles i møtet mellom ulike fagområder og profesjoner. Per i dag utnytter sykehuset ikke fullt ut de muligheter som ligger i nærheten mellom sykehus og Universitet. Denne muligheten visualiseres lettest i bygg og direkte naboskap, men skal mens ny bygningsmasse planlegges utvikles som organisatorisk samarbeid - med forskning, innovasjon og utdanning som sentrale bærebjelker.

Klinisk aktivitet på en, to eller tre hovedlokalisasjoner

Ut fra hensynet til så vel pasient som faglig utvikling, logistikk og driftsøkonomi, har Oslo universitetssykehus HF et ønske om å samle driften på færrest mulig geografiske lokalisasjoner. Med et utgangspunkt på omlag en million kvadratmeter spredt på 70 adresser og 186 bygninger er dette en omfattende oppgave som må realiseres gradvis.

Oslo universitetssykehus HF har et særlig ansvar for å sørge for at de 270.000 kvm som er vernet blir tatt godt vare på, dog på en måte som er forenlig med moderne sykehusdrift. Denne utfordringen er unik for Oslo universitetssykehus HF.

Ledelsen ved Oslo universitetssykehus HF har primært bedt om å få beskrevet tre langsiktige alternativer, der alternativ 1 er samling på en lokalisasjon (ut fra tilgjengelig tomteareal betyr det i praksis på Ullevål sykehus), alternativ 2 med drift på to hovedlokalisasjoner (Rikshospitalet/Gaustad og Ullevål sykehus, realiseres ved at Radiumhospitalet og Statens senter for Epilepsi flytter) og alternativ 3 med drift på de tre hovedlokalisasjonene Rikshospitalet/Gaustad, Ullevål sykehus og Radiumhospitalet.

I alle scenarioer forutsettes Aker sykehus utviklet til en samhandlingsarena med Oslo kommune. Det legges opp at det her drives virksomhet både i regi av Oslo universitetssykehus HF, andre Oslo-sykehus og Oslo kommune. Det forventes at det samlede framtidige tilbudet på Aker sykehus vil bidra til å redusere kapasitetsbehovet en ellers ville hatt andre steder i Oslo universitetssykehus HF.

Det er fysisk mulig å samle hele Oslo universitetssykehus HF på Ullevål sykehus dersom man bygger høyt og fullt ut benytter tomten. En gradvis samling er mulig over tid. Selv om man starter med tre lokalisasjoner, er dette ikke til hinder for at man senere kan endre dette til to eller ett-lokalisasjonsalternativ om det skulle vise seg realiserbart.

Ved å beholde Campus Oslo – ideen med to hovedlokalisasjoner, benytter man i størst mulig grad ny bygningsmasse og legger til rette for et tydeligere skille mellom nasjonale- og regionale sykehusfunksjoner og område- og lokalsykehusfunksjoner.

I alternativ 3 vil Radiumhospitalet fortsette som et frittstående kreftsykehus. I internasjonal sammenheng er imidlertid sykehusets pasientgrunnlag for lite for å opprettholde en slik organisasjonsform, og ser man på utviklingen innen kreftbehandling vil den fra 2025 kreve nærmere tilknytning til Universitet (inkludert andre fagområder som for eksempel informatikk, kjemi og farmasi) og til den spesialiserte infrastrukturen for pasientbehandling som finnes i resten av Campus. Dermed vil den ideelle videreutviklingen av Radiumhospitalet i et lengre tidsperspektiv være i direkte tilknytning til Rikshospitalet - men et slikt grep vil kreve omfattende omregulering og en lang prosess. Dette lar seg kombinere med bruk av dagens nye bygningsmasse på Radiumhospitalet i minst en 15-års periode, forutsatt at klinisk areal rustes opp.

Samlokalisering i Oslo – en langvarig rydde- og utviklingsprosess

Arealutviklingsplanen legger opp til et utviklingsløp som går over minst 15 år. I løpet av denne perioden vil benyttet areal reduseres fra i overkant av 900. 000 kvm til om lag 700. 000 kvm, og man vil ha utviklet tidsmessige sykehusarealer for fremtidig fagutvikling og drift. Samtidig vil man ha håndtert utfordringen med å eie 250.000 kvm vernede bygg og det store vedlikeholdsetterslepet som bygningsmassen per i dag bærer preg av.

Status arealutviklingsplan

Arealutviklingsplanen sluttbehandles i løpet av februar / mars 2012 i ledergruppen og vil definere den arealmessige rammen som sykehusets virksomhet skal utvikles innenfor. Dette arbeidet vil fortsette i klinikkene og møtes i sykehuset samlede fagstrategi. Videre behandling av arealutviklingsplanen vil bli berammet til styremøtet i mars 2012.

Status vedlikeholdsplan for Oslo universitetssykehus HF

Arbeidet med vedlikeholdsplan for Oslo universitetssykehus pågår for fullt og er koordinert med helhetlig plan for samlokaliseringer og arealutviklingsplan. Planen skal omfatte all bygningsmasse som Oslo universitetssykehus har aktivitet i.

Til orientering ble det den 17.11.11 avholdt statusmøte mellom Arbeidstilsynet og Oslo universitetssykehus. Foretaket presenterte da utkast til helhetlig plan for samlokaliseringer og arealutviklingsplan, som i tillegg til vedlikeholdsbehovet også ivaretar omstillingsprosjekter og behov for samlokaliseringer. Arbeidstilsynet vurderte denne positivt og uttrykte forståelse for at den totale planen må ta hensyn til flere forhold, planer og behov enn de rent arbeidsmiljørelaterte. Det ble også bemerket at planene ikke var ferdigstilt og ikke vedtatt, og at foretaket således ikke har kommet i gang med de tiltak som rent materielt vil være å svare til påleggene fra Arbeidstilsynet. Ny frist for gjennomføring av pålegget er satt til 1. mars 2012, og Arbeidstilsynet vil ilegge tvangsmulkt dersom de ikke har mottatt skriftlig melding om at pålegget er oppfylt innen ny fastsatt frist. Denne er satt til 1 000 000,- NOK per virkedag.

I arbeidet med vedlikeholdsplanen er det foretatt en kartlegging av nødvendige bygningsmessige tiltak og det arbeides nå med å prioritere samt planlegge tiltak for gjennomføring. For å sikre at prioriteringer også hensyntar de ansattes opplevelse av arbeidsmiljøforhold, er det gjennomført en begrenset spørreundersøkelse. Denne omfatter ansatterepresentanter, verneombud og tillitsvalgte, hvor alle er bedt om å gi sine synspunkter på opplevd arbeidsmiljø relatert til bygninger og deres tilstand.

I bygninger som er planlagt sanert, men hvor det skal være drift frem til nybygg er på plass, er gjennomført befaringer hvor Arbeidsmiljøavdelingen, verneombud og brukere har vært med. Hensikten med befaringen var å danne et grunnlag for utarbeidelse av et forslag til "minimumsløsninger" slik at tiltak samsvarer med det brukere og hovedvernombud anser er

tilstrekkelige utbedringer frem til riving. Det ble i forkant av befaringene avholdt oppstartsmøte med forvaltere og drift- og vedlikeholdspersonell som innehar førstehåndskunnskap om byggene samt koordinering mot samlokaliseringstiltak som er planlagt i de samme byggene. Samlokaliseringstiltakene planlegges slik at krav om bufferareal ivaretas mens "minimumsoppgraderingene" gjennomføres. Foretaket legger opp til dialog med Arbeidstilsynet før endelig rapport vil være klar til behandling i Arbeidsmiljøutvalget og deretter fremlagt for styret i februar 2012.

6. Planer for innsatsområdene

6.1. Pasientbehandling

Sykehuset har som fokusområde i 2012 å etablere og forankre en tydelig og robust fagstrategi for de kommende år. Denne vil blant annet bygge på HSØ plan for strategisk utvikling, HSØ styrevedtak 108/2008, tidligere innholdsstrategi, nasjonale handlingsplaner med mer. Det er ønskelig med en bredt anlagt prosess der fagmiljøene selv beskriver hva de bør gjøre mer av og mindre av fremover og hvordan de kan og bør fordele fagområder mellom lokalisasjonene i årene fremover. Det er allerede beskrevet en god del planer for dette i klinikkenes redesign arbeid i 2010, samt arealutviklingsplanen, som man vil kunne bygge videre på i denne prosessen.

Under kommenteres kort noen av elementene som ønskes belyst fra HSØ strategiske utviklingsplan i hht til ønsket rapportering i mal.

Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus – etablering av sykehusområder

Alle regionsfunksjoner er samlet i Oslo universitetssykehus HF med unntak av revmakirurgi og deler av revmatologi. Disse er plassert ved Diakonhjemmet sykehus. Områdefunksjoner innen Øre-, nese- og hals er fordelt mellom Lovisenberg sykehus og Oslo universitetssykehus. For øvrig er også alle områdefunksjoner samlet ved Oslo universitetssykehus HF. Diakonhjemmet sykehus har fortsatt egen akuttkirurgi, men arbeidet med å planlegge overflytting av denne til Oslo universitetssykehus HF er i gang og planlegges skje når nytt bygg for akuttinntak står klart på Ullevål. Lovisenberg Diakonale sykehus dekker indremedisin i bydel Sagene for Oslo universitetssykehus gjennom en tidsbegrenset avtale. Denne gikk opprinnelig ut 1.3.2012, men er nå forlenget med to år.

Innen sykehusområde Oslo, er det regelmessige samarbeidsmøter med Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus. Innen ortopedi og gastrokirurgi er det opprettet to partssammensatte grupper med Diakonhjemmet sykehus. I ortopedi er en enig om at funksjonen eldre med lårhalsbrudd videreføres i henhold til eksisterende avtale, men utvides med eldre med lårhalsbrudd fra Bjerke bydel. Det er utarbeidet en samarbeidsavtale innen fot- og ankelkirurgi. Når det gjelder gastrokirurgi, så vurderes det om eldre pasienter med kreft i tykktarmen skal funksjonsfordeles til Diakonhjemmet. Det gjøres en felles gjennomgang av de aktuelle pasientene. En faggruppe arbeider med alderspsykiatri, og dette arbeidet fortsetter inn i 2012.

Sunnaas sykehus har hatt et betydelig antall pasienter fra Oslo sykehusområder. Det er dessuten omfattende samarbeid mellom Sunnaas og Oslo universitetssykehus om fag, forskning og pasientforløp. Dette er utgangspunkt for at eier på de to sykehusene å inngå en formalisert samarbeidsavtale for 2011. Denne er revidert for 2012 og gjort til en treårig avtale.

Ved etablering av sykehusområder i Helse Sør-Østs styrevedtak 108/2008 ble det slått fast at alle sykehusområder på nærmere bestemte områder skulle lage en plan for utvikling av

behandlingstilbud og funksjonsdeling. Arbeidet med å lage disse planene for Oslo sykehusområde er i løpet av 2011 gjennomført under ledelse av Oslo universitetssykehus (dvs innen habilitering, rehabilitering, fødselsomsorg, psykisk helsevern og rusbehandling). Oslo kommune har vært delaktig i prosessene og de vil bli styrebehandlet i løpet av våren 2012. Disse planene vil i årene framover bli videreutviklet både innholdsmessig og som planleggings- og ledelsesverktøy.

Kvalitet og pasientsikkerhet er gjennomgående

Fokus på kvalitet og pasientsikkerhet er høyt i Oslo universitetssykehus' kliniske miljøer. Også i 2012 blir det en viktig føring å oppmuntre og gi muligheter for forbedringer i pasientarbeidet, enten dette er overordnet / pasientadministrativt eller i møte med den enkelte pasient. Forbedringer i IKT-verktøy, logistikk og samhandling er viktige elementer i tillegg til det rent profesjonsfaglige. Utvidet bruk av kvalitetsregistre og bruk av indikatorer er et viktig, men krevende arbeid i denne sammenheng.

Læring av uønskede hendelser og påvisning av forbedringsbehov vil fortsette og sannsynligvis øke i 2012. Bruken av avvikssystemet står sentralt. Organiseringen med klinikkvise kvalitetsutvalg vil videreføres. Det vil også være nødvendig med endringer i dette arbeidet som følge av flyttingen av meldeordningen fra Fylkesmannen til Kunnskapssenteret som er planlagt iverksatt 010712. Oslo universitetssykehus er en aktiv medspiller i det planarbeidet som Kunnskapssenteret foretar på dette området. Hvilke konkrete endringer som må gjøres i den interne organiseringen er foreløpig litt for tidlig å kommentere nærmere. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har flere prosjekter som er iverksatt i sykehuset. Dette vil fortsette. Men kampanjens aktivitetsområder utvides etter hvert og vil forutsette ytterligere aktiviteter i 2012, som til dels skal iverksette allerede tidlig i 1.tertial. Planer for dette er ikke ferdigstilt. Dette gjelder for eksempel gjennomføring av pasientsikkerhetskulturundersøkelse, innhenting av indikatordata, lokal bruk av Trigger-verktøy, sjekklister etc. Dette er arbeidsoppgaver som kommer i tillegg til det øvrige pasientsikkerhetsarbeidet, som allerede er iverksatt utenfor kampanjen, og som gjør prioriteringssituasjonen krevende.

I tillegg skal sykehuset fortsatt ha som ambisjon å være et sykehus for kompetanse og utvikling på pasientsikkerhetsområdet som en naturlig del av sin regionale og nasjonale rolle.

Tjenesteutvikling og kommunikasjon skal skje etter brukernes behov

Oslo universitetssykehus tilstreber å ha pasienten i sentrum og være en lærende organisasjon med fokus på læring av tilbakemeldinger fra brukerråd (sykehus/klinikk), pasienter og pårørende. Alle klinikker har kvalitetsråd der klager tas opp.

Forpliktende samhandling med kommunene styrkes og videreutvikles

Oslo universitetssykehus har sammen med Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus, Akershus universitetssykehus og Oslo kommune fra 27.06.11 inngått "Avtale om samhandling angående helsetjenester knyttet til lokalsykehusfunksjoner" (Eggerutvalget). Utvalget har nå kommet sammen igjen for å sikre at lovpålagte krav i henhold til § 6-2 i helse- og omsorgstjenesteloven innarbeides i foreliggende samarbeidsavtale. Arbeidet preges av godt samarbeidsklima og mål om å sikre at samarbeidsavtalene blir felles dokumenter for hele Hovedstadsområdet. Arbeidet ferdigstilles innen fristen 31.01.12.

I avtalen er også beskrevet eksisterende samhandlingsarenaer på ulike nivåer innen Hovedstadsområdet: Samarbeidsutvalget, Direktørmøtet og Samarbeidsforum.

Oslo universitetssykehus er også deltager i felles arbeidsgruppe med Akershus universitetssykehus, Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg og Oslo kommune for i fellesskap å utarbeide samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp på individnivå mellom sykehus og bydeler. Her belyses også fastlegenes rolle. I denne avtaleteksten beskrives bl.a.

retningslinjer for innleggelse i sykehus, hvilke helse - og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt og retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter.

I tillegg til ovenstående har Stab samhandling nedsatt en arbeidsgruppe som skal sikre at alle rutiner og retningslinjer i forhold til samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning er på plass pr.1.1.12. Gruppen skal også beskrive rutine for fakturering av utskrivningsklare pasienter. Retningslinjene må ivareta kravene i ny forskrift. Gruppen er sammensatt av representanter fra klinikker, primærhelsetjeneste, praksiskonsulent (fastlege), juridisk, økonomi og stab samhandling. Stab samhandling har lagt opp til et omfattende informasjonsarbeide i klinikkene i januar. Denne arbeidsgruppen skal fortsette sitt arbeid utover våren for å ivareta behov for rutiner i forhold til øvrige endringer som følger av innføringen av samhandlingsreformen.

Samhandlingsreformen skal sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud med vekt på kvalitet, pasientsikkerhet og individuelt tilpasset den enkelte pasient. Gjennom endret ansvarsfordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten forventes at kommunene vil ta et større ansvar for forebygging, pasient - og pårørendeopplæring , enklere lidelser og også større del av oppfølgingen etter sykehusopphold. Samlet må det forventes at utvikling av kommunale tjenester over tid kan redusere presset på sykehusets lokalsykehusfunksjoner. Desentraliserte sykehusstilbud skal opprettholdes og desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbud skal videreutvikles. Samtidig skal spesialisthelsetjenesten rendyrke sine spissfunksjoner.

For å få til denne utviklingen er det behov for et bredt sett av virkemidler. Hovedvekt vil ligge på økonomi, lovverk, samarbeidsavtaler, overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, samt vekt på forebygging og tidlig intervensjon. Spesialisthelsetjenesten vil i større grad enn tidligere måtte understøtte kommunens arbeid med å sikre pasientbehandling etter LEON-prinsippet. Dette forutsetter også tettere og mer forpliktende samarbeid med andre sykehus, fastleger og primærhelsetjeneste.

Det er utarbeidet formell samarbeidsavtale med sykehuset Innlandet, og flere andre sykehus ønsker det samme, bl.a. sykehuset Sørlandet. Oslo universitetssykehus har et veletablert samarbeid med Sunnaas sykehus om pasienter med hodeskader.

Sykehuset Innlandet ønsker for eksempel å gjennomføre konsolideringsbehandling og håndtering av benmargsaplasi etter kjemoterapi i forhold til akutte leukemier. Det er også ønske om mer oppfølging av kroniske leukemier når pasientforløpet er klarlagt. Andre områder for samarbeid og overføring av oppgaver er innen ventrikelkirurgi, kreft i magesekk, cystektomier (forundersøkelser og deltagelse under operasjoner) og fosterdiagnostikk (informasjonsdelen).

Det blir viktig å bygge på gode erfaringer, samle eksempler og informere om dem, dessuten etter hvert måle resultater for hver klinikk i Oslo universitetssykehus.

Fra fastleger og avtalespesialister i Oslo må sykehuset kunne forvente mer ansvar for forundersøkelser og oppfølging av enkelte pasientgrupper. Dette vil forutsette tett og forpliktende dialog og system for kompetanseoverføring. Sykehusets praksiskonsulenter bidrar inn i dette arbeidet.

Stab samhandling bidrar i et felles arbeid med å utarbeide overordnede, helhetlige pasientforløp innenfor ulike pasientgrupper og vil vektlegge at sykehusets og primærhelsetjenestens erfaringer, rutiner og kunnskap om hva som kan bidra til gode pasientforløp, gir best mulig effekt for den enkelte pasient. Pasientens forløp gjennom hele helse- og omsorgskjeden, fra hjem til hjem, beskrives. Sykehusets og primærhelsetjenestens ansvar beskrives og tydeliggjøres. Fordelene med standardiserte pasientforløp er at de bidrar til lettere samarbeid og arbeidsdeling mellom sykehus, mellom sykehus og kommune

og mellom fastlege og sykehus. Det gir forutsigbarhet for pasient og pårørende, gjør protokoller og prosedyrer kjent og muliggjør effektiv ressursbruk.

Spesialisthelsetjenestens rolle innen forebygging skal tydeliggjøres

Sykehuset har en betydelig oppgave i å forebygge sykdom hos befolkningen. Dette gjøres innen en rekke områder. Blant eksempler som her trekkes frem er;

- Det er gjennomført et pilotprosjekt knyttet til forebygging av KOLS i samarbeid med primærhelsetjeneste og brukere. Resultatet er en modell for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste om forebygging av sykdom og ivaretagelse av helse.
- Avdeling for Preventiv kardiologi ved Tor Ole Klemsdal og Serena Tonstad har vært sentrale i utarbeidelsen av Helsedirektoratets 'Nasjonale Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer' og Avdeling for Endokrinologi ved Kåre Birkeland og Kristian F. Hanssen har vært sentrale i utarbeidelsen av Helsedirektoratets 'Nasjonale kliniske retningslinjer for Forebygging, diagnostikk og behandling av Diabetes'.

Lokalbaserte tilbud til flertallet av pasientene

Det foreligger godkjent avtale mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst pr. 28.03.11 vedr lokalsykehusfunksjoner. Denne avtalen revideres p.t. i henhold til minimumskrav i lovens § 6-2. "Samhandlingsrutiner på individnivå mellom sykehus og kommune/bydel" er foreslått erstattet med: "Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp, ansvars- og oppgavefordeling mellom sykehusene og bydelene i hovedstadsområdet" Dette betyr at man vil få på plass likelydende avtaleverk for hele Hovedstadsområdet. I tillegg til dette arbeides det med utarbeidelse av rutiner/retningslinjer for enkelte områder. Disse tilpasses det enkelte sykehus med respektive bydeler. Stab samhandling har ansvar for flere eksternt finansierte samhandlingsprosjekt. Et felles evalueringsprosjekt av fire intermedieærheter/spesialiserte korttidsenheter avsluttes ved utgangen av året. Nytt prosjekt "Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre" starter 1.1.12. Prosjektet er et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus og tre bydeler. Fra 1.1.12 etableres også prosjekt "Ambulerende sårteam", et samhandlingsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus og tre bydeler. Foretakets ansvar for pasient- og pårørendeopplæring er ytterligere styrket på strategisk nivå i om etablering av et klinikkovergripende forum hvor også brukerutvalget og primærhelsetjenesten er representert.

Planlegging av framtidig virksomhet på Aker sykehus vil være en viktig del av lokalbaserte tilbud i Oslo som Oslo universitetssykehus bidrar til å drive og utvikle. Dette tilbudet vil omfatte både kunnskapsutvikling og kunnskapsspredning, men også direkte pasientrettet virksomhet. Disse prosessene motiveres både av det generelle arbeidet med å relokalisere virksomhet innen Oslo universitetssykehus og av pålegget fra eier om å bidra til å utvikle helsetilbud på Aker i et tett samarbeid mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. I løpet av 2012 vil en ha tatt de første praktiske skrittene for å realisere denne ambisjonen. Dette arbeidet er samlet og koordinert innad i og utad fra Oslo universitetssykehus gjennom Prosjekt Helsearena Aker, og i samspillet mellom sykehus og kommune ledet gjennom Prosjekt Samhandlingsarena Aker der kommunen har prosjektledelse, men Oslo universitetssykehus deltar i en felles prosjektstab.

Akutfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder styrkes og videreutvikles på grunnlag av nasjonale standarder

Akutfunksjonene i kirurgi i Oslo sykehusområde vil samles på Ullevål hvor man har startet byggingen av et nytt akuttmottak og en ombygging av det gamle akuttmottaket. Det er stort fokus på funksjonaliteten og pasienthåndteringen i et nytt akuttmottak i tråd med nasjonale standarder og interne planleggingsprosesser.

Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra nødvendig pasientvolum og faglige avhengigheter

I planene for flyttinger legges til grunn at det som hovedregel er ønskelig at like funksjoner samles. Det vektlegges faglige avhengigheter og behov for nærhet til spesialisert utstyr/spesialisert kompetanse.

Regionale funksjoner samles og rendyrkes

I tråd med styrevedtak 108/2008 fra Helse Sør-Øst RHF har prosessen med sikte på å samle landsfunksjoner og alle dupliserte regionsfunksjoner i hovedsak på Rikshospitalet fortsatt. For eksempel er i 2011 regional lever og pancreaskirurgi, regional karkirurgi, plastikk- og kjevekirurgi samlet på Rikshospitalet. En del funksjoner er også planlagt samlokalisert i 2012. Alle dupliserte regionale funksjoner er allerede organisert under felles ledelse.

Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet styrkes lokalt og regionalt

I foretaksmøter i juni 2010 ble helseforetakene gitt i oppdrag å utarbeide områdeplaner innen habilitering, rehabilitering, psykisk helsevern og TSB for sykehusområdene i henhold til vedtak i RHF-styresak 108-2008. I styresak 108-2008 står blant annet at habilitering og rehabilitering er et av regionens prioriterte satsingsområder og det skal sikres tilstrekkelig, likeverdig og god tjeneste i hele HSØ. Områdeplanene er viktige verktøy for å nå disse målene.

Områdeplan for rehabilitering og Områdeplaner for habilitering, barn og voksen, er en del av felles områdeplaner for rehabiliterings og habiliteringstjenestene i Oslo sykehusområde.

I områdeplanene beskrives behovene man har innenfor rehabilitering og habilitering, hva som finnes samt udekket behov. Planene beskriver samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og de gir en definisjon av områdeoppgaver og skisserer hvordan tjenestene innen disse områdene bør utvikles i årene fremover. I tillegg gis en kort oversikt over FoU innen fagfeltene.

Om koordinerende enhet

Målet med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er å sikre koordinerte tjenester til dem som trenger det. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling. Dette gjelder både på individnivå mellom pasient/bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer.

I samhandlingsreformen er bestemmelsen om koordinerende enheter i kommunene og i spesialisthelsetjenesten løftet fra forskrift til lov. Samtidig tydeliggjøres at enhetene skal ha «overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator». Styrkingen av lovgivningen på dette området er et sentralt virkemiddel i å sikre bedre koordinerte tjenester til de som trenger det. Dette er et av målene i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015.

Koordinerende enhet ved OUS er lagt i administrativ linje. Enheten ligger i seksjon Samhandling, under Stab Samhandling og internasjonalt samarbeid.

Våre oppgaver er:

- Har overordnet ansvar for Individuell plan (IP)
- Oversikt over alle private rehabiliteringsinstitusjoner
- Utvikle kommunikasjon og samarbeid med koordinerende funksjoner i kommunehelsetjenesten
- Overordnet ansvar for opplæring og veiledning av de som skal være koordinatører i pasientrettet arbeid. Dette er oppgaver sykehuset er godt i gang med.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes og integreres i lokalsykehustilbudet.

Det arbeides aktivt med å styrke TSB og integrere dette i lokalsykehustilbudet. Det er også utstrakt samarbeid med kommunehelsetjenesten på dette området. Dette er også redegjort for innen rapporteringsdelen. Her skisseres kort fra enkeltområder;

- Avgiftningsavdelingen: kontakter pasienter til elektive innleggelser kvelden før, og rapporterer til inntaksteam dersom pasienter ikke har møtt på angitt dato.
- Avgiftningsavdelingen har i enkelte saker behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunen, spesielt i saker der det erfaringsmessig kan oppstå komplikasjoner eller særskilte *utfordringer* i forbindelse med behandlingen. Det blir i alle § 6-2 saker avholdt bistandsmøte/forberedelsesmøte med kommunen før innleggelse.
- Avdeling Spesialiserte ruspoliklinikker: Aktivitet med pasient som en avklarende samtale, registreres ikke som behandling. Ved Avhengighetspoliklinikken starter den polikliniske behandlingen innen en uke etter rett er gitt. Ved LAR poliklinikkene starter behandlingen med samarbeidsmøter internt eller eksternt, eller samtale med pasienten. Dette skjer gjerne før oppstarten av den medikamentelle behandlingen.
- Behandlingsavdeling voksen har kontinuerlig samarbeid med pasienten og samarbeidspartnere i venteperioden, f eks: avklaringssamtale, utredning av personlig informasjon, målsetting for oppholdet, ev ansvarsgruppe, IP, opphevelse av taushetsplikt. Spesiell fokus på eventuelle endringer i pasientens livs- og russytuasjon. Hvis nødvendig/aktuelt legges pasienten inn før planlagt tid.
- Avdeling ung: Det er ikke etablert noe spesifikt behandlingsforberedende tiltak i samarbeid med kommunen da det i 2011 har vært svært kort ventetid for rettighetspasienter. Det utføres generelt behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart i form av samtaler.
- Rusakuttmottaket ved SRA har fast daglig kommunikasjon med Legevakten om pasienter som skal til TSB. Det er utarbeidet en rutine for øyeblikkelig hjelp til pasienter med rusmiddelbruk og samtidig symptomer på psykose. Det er en utfordring at mange Oslo pasienter får sin behandling hos private tjenesteleverandører som ikke regelmessig har samhandling med lokalbasert psykisk helsevern i opptaksområdet.

Tilbudet innen psykisk helsevern videreutvikles

Også her vises det til rapporteringsdelen der tilbudet til psykisk helsevern er behandlet. Kort beskrives her noen hovedpunkter.

I forbindelse med arealutviklingsplanen er det gjennomført en idefase for virksomhet på regionalt nivå. Denne prosessen løftes nå til HSØ for en nærmere avklaring om alternativer og behovsavklaring.

Generelt skal Helse Sør-Øst RHF gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II. Dette arbeidet er i gang. Helseforetak og sykehus skal følge opp alle strategiske føringer og anbefalinger gitt i de fem delrapportene i arbeidet med "Nasjonal strategi II Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk". Rapportene fra de fem arbeidsgruppene er; Riktigere og redusert bruk av tvang i behandlingen, Arbeidsfordeling DPS - Sykehus, Kunnskapsbaserte metoder, Brukermedvirkning og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette er gjort, og klinikken er representert i den nasjonale gruppen.

Vedr planlegging av virksomheten går alle elektive henvisninger til spesialisthelsetjenesten via DPS. Akutteam er etablert på Søndre Oslo DPS. Det arbeides med å gjøre om ambulantteam i Josefinegt. DPS til et akutteam, etter samme modell som Søndre Oslo DPS. Sykehuset har i 2011 styrket alderspsykiatrisk poliklinikk (APS), gjennom å overføre ressurser fra sykehusnivå. APS arbeider også ambulant. Det arbeides med å legge til rette for et 24/7 tilbud i Oslo.

Innen den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen leder klinikken ekspertgruppen innfor psykisk helse som har valgt områdene selvmord og overdoser som sine temaer. Kampanjen vil bli breddet i 2012 på norske sykehus.

6.2. Forskning og innovasjon

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok 24.11.10 Forskningsstrategi 2011-2015, http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Om%20oss/Mål%20og%20strategier/Forskningsstrategi_styrevedtatt_24.11.2010.pdf. Oslo universitetssykehus sin forskningsstrategi støtter opp under regional forskningsstrategi for Helse Sør-Øst, men åpner for og understreker betydningen av at Oslo universitetssykehus har et selvstendig strategisk handlingsrom for prioriteringer. Strategien følges opp gjennom rullerende handlingsplaner, både på overordnet nivå og pr klinikk. Handlingsplan for 2011-2012 ble vedtatt av Ledermøtet i Oslo universitetssykehus 24.6.2011, <http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Handlingsplan-for-forskning-2011-12.pdf>. Klinikkenes handlingsplaner for 2012-2013 ferdigstilles primo 2012. I disse konkretiseres ytterligere satsinger og tiltak, og det legges stor vekt på oppfølging av anbefalinger fra fagpanelene i Norges forskningsråds fagevaluering av biologi, medisin og helsefag.

I overordnet handlingsplanen for kommende år er følgende tiltak særlig høyt prioritert:

- Arealer til forskning og undervisning
- Budsjett – skjerming av forskning i budsjettene og funksjonsbudsjett for forskning
- Synliggjøring av forskningsresultater
- Scientific Advisory Board for Oslo universitetssykehus
- Kjernefasiliteter – godkjenningsordning og avklaring av finansieringsordninger
- IKT-systemer som understøtter forskning
- Kvalitetsregistre

Faglige/tematiske satsinger i klinikkene og fokusering på kvalitet og etikk gjennom etablering av robuste forskningsgrupper er sentrale deler av klinikkenes handlingsplaner. Både eksisterende og reetablerte forskningsgrupper og tematiske forskningsområder skal synliggjøres på internett, både på engelskspråklige websider som primært er rettet mot forskere og på norske websider som i større grad rettes mot pasienter, media, eiere og samarbeidspartnere.

Forskningsrådets evaluering peker på hvilke muligheter helseregistre, biobanker, helseundersøkelser og personnummersystemet gir Norge når det gjelder å drive forskning helt i front i internasjonal sammenheng. Mange av miljøene som får topp karakter nasjonalt i fagevalueringen har lyktes nettopp i å utnytte dette potensialet, og det pekes på at enda flere burde benytte seg av mulighetene. Satsing på videreutvikling av biobanker og kvalitetsregistre er i Oslo universitetssykehus nedfelt i en egen delstrategi og en rullerende tiltaksplan. Planverket er forankret i sykehusets Biobankutvalg og omhandler blant annet systemansvar for sykehusets biobanker og registerdata, logistikk og godkjenningsprosedyrer, lagringsfasiliteter internt og i samarbeid med Folkehelseinstituttet, regionale rådgivningsfunksjoner og nasjonalt samarbeid, verktøy for biobank- og registervirksomhet, regional node for kvalitetsregistre mv. I Biobankutvalget er både UiO og Brukerutvalget representert. Etablering av gode retningslinjer for tilgang til bruk av biobanker for forskning er en sentral strategisk oppgave for utvalget.

Oslo universitetssykehus vil i 2012 arbeide aktivt sammen med Helse Sør-Øst for etablering av flere nasjonale kvalitetsregistre, eksempelvis et nasjonalt hjertestansregister og et nasjonalt register for pacemaker.

Oslo universitetssykehus vil ha et fortsatt sterkt fokus på forskningsetikk. Viktige tiltak er etablert forskningsombudsfunksjon, økt oppmerksomhet på medforfatterskap ved publisering

samt god informasjon til pasienter for å ivareta pasientrettigheter, som eksempelvis reservasjonsrett og personvern.

Forskning innen samhandlingsfeltet gis økt oppmerksomhet og er et uttrykt strategisk mål i forskningsstrategien. Sykehuset vil koordinere videre satsing gjennom et fagråd som også involverer universitets- og høyskolesektoren, Oslo kommune og Brukerutvalget. På tilsvarende måte koordineres forskningsprosjekter institusjonelt i et fagråd knyttet til terrorhandlingene 22.7.2011.

Oslo universitetssykehus er av eier gitt en særskilt rolle som "nav" for forskning og innovasjon i regionen. Denne oppgaven prioriteres og styrkes videre. Sterke forskningsmiljøer tar i økende grad ansvar for nettverksbygging, drift av kjernefasiliteter og formidling og deling av kunnskap og resultater.

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok 17.2.2011 Innovasjonsstrategi 2011-2015, jf http://www.oslo-universitetssykehus.no/SiteCollectionDocuments/Fagfolk/Forskning%20og%20utvikling/Annen%20lyspære_%20Innovasjonsstrategi.pdf. Primo 2012 opprettes et Innovasjonsutvalg som vil arbeide videre med handlingsplan for innovasjon. Det strategiske hovedmål er at innovasjon skal være en integrert og tydelig del av sykehusets virksomhet, skape verdi gjennom bedre pasientbehandling og nye behandlingsrutiner og slik bidra til optimal ressursbruk og økonomisk gevinst. Strategien omhandler blant annet temaer som innovasjonskultur, dokumentasjon av gevinster og måling av innovasjonsaktivitet, validering av funn innen forsknings- og kliniske miljøer med tanke på fremtidig kommersiell utnyttelse, rettigheter (IPR) og samarbeid med datterforetaket Inven2, samhandling med førstelinjetjenesten, nasjonalt og internasjonalt samarbeid, herunder samarbeid med næringslivet.

Sammen med føringer i oppdragsdokument fra eier, vil helseforetakets ovennevnte strategier og handlingsplaner for henholdsvis forskning og innovasjon danne grunnlag for politikktutforming og interne prioriteringer innen forskning og innovasjon.

6.3. Kunnskapsutvikling og god praksis

Utdanningsansvar på overordnet, strategisk koordinerende nivå er fra 2011 organisatorisk samlet med forskning og innovasjon i Oslo universitetssykehus. Organiseringen fordrer tett samarbeid med sykehusets utdanningsutvalg, øvrige stabsenheter, klinikkledere og deres medarbeidere med operativt utdanningsansvar, og ikke minst samarbeidende utdanningsinstitusjoner. Utkast til Utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus er utarbeidet og vil bli styrebehandlet i 2012. Som grunnlag for visjon, prinsipper og mål i strategien foreligger en SWOT-analyse fra klinikkene. Strategien fokuserer på kunnskapsutvikling på både grunn-, videre- og etterutdanningsnivå. Det fokuseres blant annet på viktigheten av systemer som legger til rette for at den enkelte medarbeider skal kunne ivareta eget ansvar for oppdatert klinisk kompetanse. Utdanningsaktiviteten må også organiseres og tilrettelegges på en slik måte at det enkelte fagområde gis mulighet til å gi et faglig forsvarlig tilbud til pasienter, pårørende og studenter. Utdanningsvirksomheten skal være fremtidsrettet, behovstilpasset og gjenspeile den medisinske og helsefaglige utvikling og holde høyt nivå sett i internasjonal sammenheng. Utdanning i Oslo universitetssykehus skal inneholde etisk refleksjon og vurdering av skikkethet.

6.4. Organisering og utvikling av fellestjenester

Fellestjenester innen en rekke funksjoner er i 2011 organisert i en enhet og til dels samlokalisert. Eksempelvis kan nevnes arbeidsmiljøavdeling, hygiene og smittevern, forskningsstøtte, innkjøp, regnskap, kompetanseutvikling, funksjoner innen eiendom,

renhold, mat/kjøkken, medisinsk-teknisk virksomhet, sakarkiv, sentralbord, vaskeri og portør. Samorganiseringen har gitt stordriftsfordeler og styrket det faglige miljøet. Det er startet et arbeid innen harmonisering og standardisering av tjenester som gir høyere profesjonalitet innen flere fagområder. Det er planlagt og startet prosjekter innenfor elektroniske systemer og verktøy som gir klare stordriftsfordeler og som muliggjør samhandling på tvers av funksjoner og lokaliteter. Antall produksjonskjøkken er redusert fra 4 til 2 uten forringelse av kvalitet i leveransene. Det er planlagt og påbegynt et prosjekt for Aktiv forsyning som vil frigjøre ressurser til pasientbehandling i vesentlig grad. Det er planlagt standardisering til ett verktøy innenfor turnusplanlegging og – oppfølging og innenfor fakturahåndtering.

6.5. Mobilisering av medarbeidere og ledere

Integrasjonsprosessen i Oslo universitetssykehus HF har fortsatt i 2011 og det er gjennomført innplasseringsprosesser i alle somatiske klinikker, medisinske og ikke-medisinske støttetjenester. Koordinering av gjennomgående stillinger på tvers av foretakets klinikker håndteres primo 2012. Det samme gjelder avslutning av innplasseringsprosessen i klinikk for psykisk helse og avhengighet. Det meste av klinikkenes grunnarbeid for eventuelle nye innplasseringsprosesser for å tilpasse bemanningen til foretakets budsjettbetingelser er lagt. Prosessen har blitt koordinert og kvalitetssikret underveis av Direktørens HR-stab ved juridiske og tekniske team. Ansattes representanter og verneombud har deltatt i prosessene.

Det understrekes at innplasseringsprosessen og arbeidet med reduksjon i bemanning, overtid og innleie har stilt klinikkene overfor store utfordringer i 2011. Mobilisering av ledere og medarbeidere mht å kombinere effektiviseringsarbeid for å oppnå driftsbalanse med omstillings- og utviklingsarbeid knyttet til mål for fusjonen har vært krevende. Oppfølging og reduksjon av brudd på arbeidsmiljøloven er et viktig og krevende arbeid.

Oslo Universitetssykehus HF har gjennomført utviklingsprogrammer og kurs for ledere, blant annet innen områdene arbeidsgiverrollen, omstilling, bemanningstilpasninger, HMS, Personalportalen m.fl.

Sykehuset har etablert en rekke formelle og uformelle fora som innebærer ukentlige møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser. Foretaket mener at oppfølging av medvirkning og involvering viser en meget positiv utvikling. Det legges imidlertid ikke skjul på at det er krevende å implementere gode rutiner i hele foretaket og på alle nivå. Foretakstillitsvalgte melder at samarbeid og medvirkning hos fungerer godt på foretaksnivå, men er mer varierende jo lenger ned i organisasjonen en kommer. Det jobbes derfor aktivt med lederopplæring og bevisstgjøring om medvirkning i organisasjonen.

Sykehuset har gjennom arbeidet med HR-strategi vedtatt hovedpilarer for personalpolitikk som skal støtte sykehusets overordnede mål og sykehusets kjernevirksomhet. Personalpolitikken skal 1) sikre riktig kompetanse 2) er bygget på likeverd 3) er inkluderende 4) bygger på medvirkning og involvering.

Sykehuset utviklet i 2010 en egen lederplattform med et tilhørende lederutviklingsprogram. Fokus i dette programmet er verdibasert endringsledelse og virksomhetsstyring (økonomi, HR og kvalitet). I 2011 gjennomførte ca 240 ledere programmet, og siden oppstarten har omlag 400 ledere (ca 1/3 av totalt antall ledere) vært gjennom programmet.

Det arrangeres kvartalsvise dialogmøter og inspirasjonssamlinger for ledere der samtlige ledere ved sykehuset inviteres. Tema for disse samlingene har vært medarbeiderskap, dialog, jazz og ledelse og ledergruppers effektivitet. Om lag 300 ledere deltar i disse inspirasjonsseminarene hver gang.

Det tilbys en rekke e-læringskurs som er spesielt relevante for ledere, som f.eks kurs i endringskommunikasjon, bemanningstilpasninger, tilbakemeldingsmøter etter Medarbeiderundersøkelsen (forbedringer i psykososialt arbeidsmiljø) osv. Sykehuset har ikke et eksakt tall på hvor mange som har gjennomført (pga tilgang til data), men sykehuset anslår at ca et par hundre ledere har gått gjennom disse i 2011.

Oslo universitetssykehus har vært aktiv bidragsyter i Partnerforum og spesielt på HR - siden har det vært trukket veksler på partnerskapet med Universitetet i Oslo og BI. Dette arbeidet gir god tilgang på spisskompetanse innen organisasjonsutvikling og ledelse, og til sammen har 9 ledere ved sykehuset gjennomgått lederutdanningsprogram i Helseledelse.

6.6. Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring

Oslo universitetssykehus HF står overfor store økonomiske utfordringer i langtidsplanperioden grunnet de endringer som følger av Hovedstadsprosessen og overføring av ansvar og oppgaver. De samlede kostnadene i Oslo universitetssykehus HF skal reduseres de neste årene på grunn av inntektsbortfall og for høye inngående kostnader ved årsskiftet 2011/2012. Oslo universitetssykehus HF skal også gjennomføre store investeringer de nærmeste årene for å utvikle foretaket i samsvar med styrevedtak 108-2008 i Helse Sør-Øst RHF og for å oppgradere og/eller erstatte nedslitt og lite hensiktsmessig bygningsmasse.

Oslo universitetssykehus HF har med fremleggelse av Statsbudsjettet for 2012 fått stilt til rådighet 1 500 millioner kroner til omstillingsinvesteringer for årene 2010-2013. Videre er foretaket blitt prioritert i det regionalt finansierte IKT-prosjektet.

Oslo universitetssykehus har arbeidet med en arealutviklingsplan for foretaket og hatt tett dialog med Helse Sør-Øst RHF om investeringsbehovet knyttet til denne, blant annet for 2013. Det legges opp til styrebehandling av planen i mars 2012.

Driftssituasjonen for Oslo universitetssykehus HF de kommende årene vil være krevende. Utfordringen for foretaket er å redusere kostnadene ved å øke produktiviteten i organisasjonen. Mulighetene for resultatforbedring gjennom 2012 de kommende årene er blant annet knyttet til at den somatiske døgnvirksomheten på Aker kan trappes ned og avvikles og at foretaket etter hvert kan ta i bruk gjennomgående IKT-systemer. Utover dette krever produktivetsforbedringer at det gjennomføres standardisering av bemanningen så langt det er mulig og at andre fellestiltak blir besluttet og gjennomført.

I planperioden vil det løpende være behov for ordinære utskiftninger i medisinsk teknisk utstyr og et behov for vedlikehold/investeringer i eksisterende bygningsmasse.

Styret vedtok i oktober en områdeplan for IKT. I denne planen er det prioritert følgende områder:

- Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg
- Understøttelse av omstillingsprosessen
- Innføring av regionale tjenester
- Videre digitalisering av informasjon og arbeidsprosesser, samt understøttelse av sykehuset ' spesialoppgaver

I 2012 vil Oslo universitetssykehus HF styres etter et budsjettert underskudd på 400 mill kroner. Den overordnede oppgaven for den økonomiske styringen de neste årene vil være å bidra til at Oslo universitetssykehus HF kan komme i økonomisk balanse senest i 2013, og at driften deretter kan gi positive likviditetsbidrag til framtidige investeringer

7 Oppfølging av mål for planperioden

1. Ventetiden er redusert og pasienten opplever ikke fristbrudd

Oslo universitetssykehus HF har fokus på rydding, styring og kontroll av ventelister herunder ventetider og fristbrudd. Halvt års planleggingstid i timebøker på alle poliklinikker, omfordeling av legeressurser til poliklinikk innen de områdene som har brudd over tid. Opplæring av dedikerte sekretærer og leger som kan systemene. God erfaring med fleksibel bruk av operasjonsstuer, poliklinikk og legeressurser. Sykehuset er kjent med retningslinjene for fritt sykehusvalg og de muligheter som ligger i å avvise henvisninger når det foreligger begrenset kapasitet.

På tross av dette har Oslo universitetssykehus HF økende ventetider innen områder som ortopedi, kardiologi, nevrokirurgi og plastikkirurgi. Årsakene er sammensatte: bl.a. mangel på operasjonssykepleiere, økende pasienttilstrømning og flyttinger. Det har vært satt i gang eget tiltak for å få ned ventetidene innen barneortopedi og ablasjonsbehandling. Det vil ytterligere bli arbeidet med tiltak i 2012.

Oslo universitetssykehus HF mål for fristbrudd er null. Monitorering av trender samt planlegging, iverksetting og oppfølging av tiltak for å fjerne fristbrudd har hatt stort fokus gjennom hele 2011 i alle klinikker. Antall reelle fristbrudd er redusert. I våre fire sykehus med flere datasystemer forekommer det en del feilsendinger som gjør at henvisningen kan bruke lang tid på å komme til rett sted - det arbeides kontinuerlig med å redusere denne type feil. Det er fremdeles områder hvor antall fristbrudd ikke representerer reelle brudd. Det er gjennomført rydding av ventelister etter innføring av nytt pasientadministrativt system. Det er en utfordring at pasienter som kommer fra andre HF kommer uten data som knytter seg til den rettighetsvurderingen/tildelingen som er gjort fra henvisende foretak. Et stort antall av de pasienter som registreres som "fristbrudd" har ikke møtt til avtalt tid.

Eksempler på tiltak for å redusere antall fristbrudd er:

- Implementert prosedyrer og føringer som kom som følge av AVO prosjektet.
- Gjennomført opplæring i henvisningspraksis og registreringspraksis for venteliste.
- Gjennomført opplæring i bruk av PAS til ventelisteansvarlige.
- Plassert og definert ansvar i funksjonsbeskrivelse for ventelisteansvarlige. Nå implementeres Oslo universitetssykehus HF sine funksjonsbeskrivelser på klinikk-, avdelings-, og enhetsnivå.
- Etablert ventelistenettverk i klinikkene.
- Opplæring i Prioriteringsveilederen.
- Gjennomført opplæring i sammenhengen mellom PAS og LIS (NPR) og i bruk av LIS for å identifiser fristbrudd og lære av egne feil.
- Ventelisteseminarer
- Egenrevisjoner.

Oslo universitetssykehus HF har fortsatt reelle fristbrudd for eksempel innen kreftbehandling

2. Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %

Analysene av årets siste prevalensregistrering 30. november er foreløpig ikke ferdig. Gjennomsnittlig prevalensrate for 2011 forventes å bli mellom 6 % og 7 %. Prevalensnivå i sykehuset varierer sterkt mellom lokalisasjoner og forskjellige typer avdelinger. Gammel bygningsmasse er en utfordring samt at sykehuset normalt vil bli tilført pasienter med infeksjoner som en del av sin regional- og landsfunksjon

3. *Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning*

Flere pasientadministrative datasystemer med til dels manglende funksjonalitet har gitt sykehuset store utfordringer med å måle status og utvikling av dette kravet. Gjennom 2011 har det vært arbeidet med teknisk løsning for å kunne registrere/måle hvor mange pasienter som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Oslo universitetssykehus HF kan ikke i dag ta ut statistikk på hvor mange som får dette. Teknisk løsning forventes ferdigstilt primo 2012. Alle klinikker og avdelinger har dog uavhengig av dette arbeidet mot innfrielse ved å innarbeide lokale styrende dokumenter, tilpasse legenes timebøker etc.

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

Medarbeiderundersøkelsen ved OUS ble gjennomført med en svarprosent på 70%. Hele sykehuset var med i undersøkelsen. Det ble også gjennomført en pilot på elektronisk handlingsplan i Kvinne- og barneklubben. Dette med henblikk på å få en god forberedelse til en full utrulling av elektronisk handlingsplan i 2012.

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

Oslo universitetssykehus HF har i samråd med Helse Sør-Øst RHF styrt etter et negativt resultatmål på 400 mill kroner i 2011. Estimert per november viste et negativt avvik fra resultatmålet på 450 mill kroner. Som følge av dette er gjeldsgrad økt og foretaket har ikke skaffet seg økt handlingsrom for fremtidige investeringer gjennom driften i 2011.

DEL IV: VEDLEGG

Vedlegg 1: Aktivitet, styringsparametre, bemanning og resultat

Merk at alle resultatene for 2011 er foreløpig. Neste rapportering er medio februar. Når det gjelder aktivitet somatikk, er tallene slik de er rapportert for 2011 (og ut fra regelverk/logikk gjeldende for 2011).

AKTIVITET

| Somatikk - DØGNBEHANDLING | 2010 | 2011 |
|---|---------------|---------------|
| Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling | 118235 | 104252 |
| Antall liggedøgn - døgnbehandling | 561853 | 496382 |
| Fordeling av antall DRG-poeng - tradisjonelle DRG-poeng | | |
| - Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF | 158512 | 148899 |
| - Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 12557 | 12740 |
| - Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner | 268 | 0 |
| - Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale | 0 | 0 |
| Sum DRG-poeng innlagte | 171337 | 161639 |

| Somatikk - DAGBEHANDLING | 2010 | 2011 |
|---|--------------|--------------|
| Antall dagbehandlinger | 82361 | 74830 |
| Fordeling av antall DRG-poeng - tradisjonelle DRG-poeng | | |
| - Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF | 14098 | 11280 |
| - Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 1052 | 734 |
| - Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner | 0 | 0 |
| - Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale | 0 | 0 |
| Sum DRG-poeng dagpasienter | 15150 | 12014 |

| Somatikk - POLIKLINISK VIRKSOMHET | 2010 | 2011 |
|---|--------------|--------------|
| Ant. inntektsgivende polikliniske konsultasjoner | 825182 | 781850 |
| Fordeling av antall DRG-poeng - poliklinisk virksomhet | | |
| - Pas bosatt i egen region beh. i eget HF | 40838 | 41836 |
| - Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 914 | 945 |
| - Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner | 0 | 0 |
| - Pas. bosatt i egen region beh. ved private inst. iht avtale | 0 | 0 |
| Sum DRG-poeng poliklinikk | 41752 | 42781 |

| Somatikk - TOTALT ANTALL DRG-POENG | 2010 | 2011 |
|------------------------------------|------|------|
| | | |

| | | |
|---|--------|--------|
| Totalt ant. DRG-poeng (døgn, dag og polikl.) iht. "Sørge for ansvaret" (pas. fra egen region) | 215995 | 203694 |
| Totalt ant DRG-poeng (døgn, dag og poliklinikk) (fra egen og andre regioner) | 230250 | 218113 |

| Voksenpsykiatri - HF-ENE (SUM SYKEHUS OG DPS-ER) | 2010 | 2011 |
|---|--------|-------|
| Ant. utskrevne pasienter døgnbehandling | 3031 | 1415 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 119162 | 81600 |
| Ant. oppholdsdager dagbehandling | 5593 | 680 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 104538 | 69246 |
| Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private | 14 | 12 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling private | 11049 | 11499 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling private | 0 | 0 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner private | 0 | 0 |

| Barne- og ungdomspsykiatri | 2010 | 2011 |
|---|-------|-------|
| Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling | 179 | 140 |
| Antall liggedøgn – døgnbehandling | 6951 | 4892 |
| Ant. oppholdsdager dagbehandling | 4998 | 3707 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 73104 | 47926 |
| Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private | 0 | 0 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling – private | 0 | 0 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling private | 0 | 0 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner private | 0 | 0 |

| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere | 2010 | 2011 |
|--|-------|-------|
| Antall utskrevne pasienter – døgnbehandling | 3017 | 3282 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling | 39538 | 37944 |
| Antall oppholdsdager – dagbehandling | 251 | 659 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 12646 | 8966 |
| Antall utskrevne pasienter døgnbehandling – private | 6 | 0 |
| Antall liggedøgn døgnbehandling private | 354 | 0 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling private | 0 | 0 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner private | 0 | 0 |

| Pasientopplæring | 2010 | 2011 |
|------------------------------|------|-----------|
| Antall kurs ved LMS | 211 | Ikke rapp |
| Antall kursdeltagere ved LMS | 2469 | Ikke rapp |

STYRINGSPARAMETRE:

| Beskrivelse av mål | 2010 | 2011 |
|---|-----------|-----------|
| 2 h Andel med timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning | Ikke data | Ikke data |
| 5a. Andel korridorpasienter - somatikk | 1,7% | 1,0% |
| 5b. Andel korridorpasienter - akuttavd psykisk helsevern | 0,1% | 0,0% |
| 4a. Andel epikriser sendt innen 7 dager – somatikk | Ikke rapp | Ikke rapp |
| 4b. Andel epikriser sendt innen 7 dager – psykisk helsevern | Ikke rapp | Ikke rapp |
| 4c. Andel epikriser sendt innen 7 dager – tverrfaglig spesialisert | Ikke rapp | Ikke rapp |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| behandling for rusmiddelavhengige | | |
| 7 a Andel liggedøgn utskrivningsklare - somatikk | Ikke rapp | 2,4% |
| 7 b Andel liggedøgn utskrivningsklare - psykisk helsevern voksne | Ikke rapp | 10,0% |
| 10 Andel henvisninger BUP vurdert innen 10 dager | 86,8 % | |
| 9a Andel fristbrudd - somatikk | Ikke rapp | 12,2% |
| 9b Andel fristbrudd - psykisk helsevern | Ikke rapp | 11,1% |
| 9c Andel fristbrudd - tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige | Ikke rapp | 17,5% |
| 11 c Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern voksne | 11 | Ikke rapp |
| 11 d Andel ambulante konsultasjoner psykisk helsevern (BUP) | Ikke data | Ikke rapp |
| 18 Tvungen innskriving i psykisk helsevern, andel totalt (sum TO og TPH) | 17,3 % | Ikke rapp |
| 19 Andel ikke planlagte reinnleggelser i psykisk helsevern (voksne) | 18,4 % | Ikke rapp |

BEMANNING:

| Beskrivelse av mål | 2010 | 2011 |
|--|-------|-------|
| Brutto månedsverk (gjennomsnitt) | 18443 | 17376 |
| Antall ansatte (ved årets slutt) | 25502 | 23423 |
| Sykefravær i % | 7,59% | 7,38% |
| Brutto månedsverk, leger (gjennomsnitt) | 2412 | 2291 |
| Brutto månedsverk, sykepleiepersonell (gjennomsnitt) | 6682 | 6257 |
| Brutto månedsverk, laboratoriepersonell (gjennomsnitt) | 938 | 933 |
| Brutto månedsverk, annet fagpersonell i pasientbehandling (gjennomsnitt) | 2422 | 2219 |
| Brutto månedsverk, forsknings- og fagutviklingspersonell (gjennomsnitt) | 738 | 780 |
| Brutto månedsverk, ledere (gjennomsnitt) | 1229 | 1156 |
| Brutto månedsverk, adm-/kontorpersonell (gjennomsnitt) | 2106 | 1945 |
| Brutto månedsverk, teknisk-/forsyningspersonell (gjennomsnitt) | 1862 | 1728 |
| Brutto månedsverk, ukjent (gjennomsnitt) | 52 | 65 |

RESULTAT

| Beskrivelse av mål | 2010 | 2011 |
|---|----------|----------|
| Sum driftsinntekter | 17260951 | 17707582 |
| Sum driftskostnader | 16600044 | 18192240 |
| Driftsresultat | 660907 | -484658 |
| Netto finans | -93173 | -115597 |
| Resultat | 566809 | -600255 |
| - Herav økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske forutsetninger | 0 | 0 |



OPPDRA OG BESTILLING 2011

Oslo universitetssykehus HF

Rapporteringsoppsett til årlig melding

Frist: 20. januar 2012

| OPPDRA OG BESTILLING 2011 FOR OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF | |
|---|---|
| 1. INNLEDNING | |
| <p><i>Virksomheten til Helse Sør-Øst er basert på lover og forskrifter, med særlig vekt på helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rammene for virksomheten er nærmere definert i vedtekter og avtaler. Den nasjonale helsepolitikken og oppgavene til det regionale helseforetaket konkretiseres og utdypes i Nasjonal helseplan, oppdragsdokument og foretaksmøter.</i></p> <p><i>Alle overordnede føringer og styringsbudskap gitt Helse Sør-Øst RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller gjelder også for Oslo universitetssykehus HF. Spesifikke oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet som gjelder Oslo universitetssykehus HF er innarbeidet i dette dokumentet.</i></p> <p><i>Dette dokumentet sammenstiller således Helse Sør-Øst RHF's oppdrag og bestilling til Oslo universitetssykehus HF for 2011 med utgangspunkt i overordnede rammer samt økonomiske og faglige prioriteringer slik de fremkommer i RHF-styresak nr 075-2010 Mål og budsjett 2011. Økonomisk langtidspan 2011-2014. Relevante mål og krav gitt i tidligere år vil fortsatt være gjeldende.</i></p> <p><i>Det kreves at vedtatte strategier og mål følges opp og gjenspeiles i helseforetakenes oppfølgingsplaner og rapporteres i måneds- og tertialrapporter, særskilt og til slutt samlet i foretakenes årlige melding.</i></p> | |
| | <p>Opgaver konkretisert i Nasjonal helseplan, oppdragsdokument og foretaksmøter ligger til grunn for Oslo universitetssykehus HF sine strategivalg og handlingsplaner, lederkontrakter og oppfølging i månedlige og tertialvise gjennomganger.</p> |
| <p><i>Videre oppfølging og forankring av alle vedtatte strategier, mål og eierkrav implementeres og beskrives nærmere i dette dokumentet. Formell forankring for helseforetaket skjer i foretaksmøte i februar 2011.</i></p> <p><i>Det må påregnes at det i løpet av 2011 vil komme supplerende eller nye styringssignaler. Disse vil bli gitt helseforetakene i foretaksmøter eller i form av egne brev, men vil ikke medføre at dette dokumentet blir revidert. Det er likevel helseforetakets ansvar å påse at disse integreres i de relevante styrings- og rapporteringssystemene.</i></p> <p><i>Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF samarbeider nært med Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus om gjennomføring av oppgaver som må løses innenfor sykehusområdet.</i></p> <p><i>For tjenestetilbud som omfatter hele sykehusområdet, ligger hovedansvar for gjennomføringen på Oslo universitetssykehus HF, mens utviklingen av gode lokalsykehusfunksjoner skal gjennomføres i samarbeid mellom de tre partene i sykehusområdet.</i></p> | |
| | <p>Sykehuset har regelmessige samarbeidsmøter med Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Oslo universitetssykehus HF har hatt dialog med de private sykehusene for å sikre et godt samarbeid og en god arbeidsdeling.</p> <p>Det ble opprettet to partssammensatte grupper med Diakonhjemmet Diakonale sykehus i henholdsvis ortopedi og gastrokirurgi. I ortopedi er en enig om at funksjonen eldre med lårhalsbrudd videreføres i henhold til eksisterende avtale, men utvides med eldre med lårhalsbrudd fra Bjerke bydel. Det er utarbeidet forslag til samarbeidsavtale innen fot - og ankelkirurgi. Innen gastrokirurgi er det enighet om å gjøre en fordeling av gastrointestinale kreftpasienter der Diakonhjemmet Diakonale sykehus får pasienter med andre geriatriske problemstillinger. Det gjøres en felles gjennomgang av pasientene. Oslo universitetssykehus HF kan ikke overta all akuttkirurgi for sykehusområde Oslo før det nye akuttbygget står ferdig. Det innebærer at det fortsatt vil være akutt gastrokirurgi på Diakonhjemmet Diakonale sykehus til da.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>En faggruppe har arbeidet med alderspsykiatri. Det er laget en rapport. Det er en god dialog med Diakonhjemmet Diakonale sykehus om mulig samarbeid innen alderspsykiatri i 2012.</p> <p>De tre sykehusene har også samarbeidet om utvikling av områdeplaner innen psykisk helse og innen tverrfaglig rusbehandling. Også Oslo kommune brukerrepresentanter og ansattes organisasjoner har vært invitert med i dette arbeidet. Planen ble ferdigstilt i 2011 og sendes på kort innspillsrunde i begynnelsen av 2012.</p> |
| <p><i>Helseforetaket skal i samarbeid med Sunnaas sykehus HF avklare sammensetning og innhold i tjenestene som gis fra Sunnaas sykehus HF. Helseforetaket har medansvar for at det inngås egen avtale om dette med Sunnaas sykehus HF.</i></p> | |
| | <p>Det har vært et godt samarbeid med Sunnaas sykehus HF om hvilke tjenester som skal løses av dem. En avtale er nå utarbeidet. Den overordnede avtalen vil bli fulgt opp med avtaler om pasientforløp for enkelte grupper av pasienter</p> <p>Det er generelt lagt vekt på å definere gode pasientforløp for grupper av pasienter som vil ha særlig nytte av å komme direkte til Sunnaas sykehus HF. Det er videre lagt vekt på å sikre forutsigbarhet og tydelighet i gjensidige forpliktelser.</p> |
| <p><i>Oslo universitetssykehus HF skal ta del i regionale fagråd og andre regionale nettverk og stille nødvendig kompetanse til disposisjon for regionale prosjekter og tiltak innenfor alle de seks målområdene som omfattes av dette dokumentet.</i></p> | |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF deltar i alle regionale fagråd, med leder i mange. Det fagrådet som har vært mest aktiv i 2011 er det regionale fagrådet for kreft som ledes av Kjell Magne Tveit.</p> |
| <p><i>I forbindelse med gjennomføring av vedtak i RHF-styresak 108-2008, vil Oslo universitetssykehus HF i 2011 gjennomføre betydelig omstilling. Omstillingen vil medføre risiko knyttet både til resultat og aktivitet. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at Oslo universitetssykehus HF løpende styrer på en slik måte at risiko reduseres i størst mulig grad og forutsetter at omstillingsprosessene legges til rette for oppfølging av planlagt og faktisk gevinstrealisering i 2011.</i></p> | |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF har stort fokus på konsekvenser og risiko som følge av omstilling.</p> <p>For å sikre identifisering av risiko og håndtering av risiko innen forsvarlige og akseptable rammer gjennomføres risikovurderinger regelmessig hvert tertial på sykehus-, klinikk og avdelingsnivå.</p> <p>Risikovurderingene, som inneholder handlingsplaner for risikoreduserende tiltak, blir fortløpende fulgt opp av lederne på de ulike organisasjonsnivåene.</p> <p>Ved siden av de tertialvise risikovurderinger gjennomføres også enkeltvise risikovurderinger knyttet til konkrete planer om omstillinger og andre endringer. Blant annet er det gjennomført egne risikovurderinger i forbindelse med høstens budsjettforslag.</p> <p>Alle overordnede risikovurderinger legges fram for styret. De rapporteres også til Helse Sør-Øst RHF.</p> |
| <p><i>Helse Sør-Øst RHF oppretter et særskilt og gjennomgående oppfølgingsregime for Oslo universitetssykehus HF i 2011. Oppfølgingsregimet vil omfatte Oslo universitetssykehus HF, Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, og innebærer både foretaksvis og samlet rapportering. Hyppighet og detaljeringsgrad i rapportering og dialog vil være tilpasset vurdert risiko.</i></p> | |
| <p><i>For å sikre oppfyllelse av Helse Sør-Øst RHF's "sørge for"-ansvar forutsettes det at helseforetakene i en overgangsfase bistår hverandre med nødvendige tjenester og behandlingsskapasitet for å sikre at endringene i opptaksområdene pr 01.01.2011 blir gjennomført mest mulig smidig.</i></p> | |
| | <p>Etter endringene i opptaks- og ansvarsområder fra 1.januar 2011 mellom Akershus universitetssykehus HF, Vestre Viken HF og Oslo universitetssykehus HF var det behov for å følge endringene for det enkelte foretak og for disse foretakene samlet i 2011. På bakgrunn av dette ble det etablert en felles månedlig rapportering med fokus på endring i aktivitet og pasientstrømmer, økonomi, kvalitet og</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>bemannings.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har avviklet haleaktivitet etter overføringen til Akershus universitetssykehus HF 1.september. Det er avtalt videreføring av aktivitet for spesielle pasientgrupper, for eksempel robotassisterte urologiske inngrep.</p> <p>Det er avtalt egne overføringstidspunkter for noen fagområder/pasientgrupper etter overføringen 1.januar 2011.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF mottar ofte pasienter fra andre områder i regionen som henvises som følge av Oslo universitetssykehus HF sine regionale- og nasjonale funksjoner. I tillegg brukes Oslo universitetssykehus HF sin kompetanse i større grad av helseforetak med kort reisetid for pasientene, sammenlignet med helseforetak der pasientene har lengre reisevei (Sørlandet HF, Telemark HF og Vestfold HF). Det må være et mål at områdesykehusene i nærområdet øker andelen av pasienter som får totaltilbud i eget foretak.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har startet et arbeid sammen med nærliggende helseforetak for å tegne ut gode forløp for de enkelte pasientgrupper. Fritt sykehusvalg skal selvfølgelig hensynstas.</p> |
|--|--|

| |
|--|
| 2. INNSYN OG KONSERNREVISJON |
| <i>Helse Sør-Øst RHF kan ved behov, og i samarbeid med styreleder og direktør ved Oslo universitetssykehus HF, foreta en gjennomgang av alt grunnlagsmateriale som er levert i forbindelse med rapportering i forhold til helseforetakets virksomhet.</i> |
| <i>Oslo universitetssykehus HF vil i tillegg bistå med å fremskaffe tilleggsinformasjon og analyser som er nødvendig i forhold til saker som skal fremmes for styret i Helse Sør-Øst RHF eller i forbindelse med internrevisjon i foretaksgruppen.</i> |
| <i>Konsernrevisjonen skal bistå styret og ledelsen med å utøve god virksomhetsstyring gjennom vurdering av risikohåndtering og intern kontroll. Konsernrevisjonen skal også bidra til kontinuerlig kvalitetsforbedring av foretakenes interne styrings- og kontrollsystemer.</i> |
| <i>Konsernrevisjonens ansvar, oppgaver, samhandling og kommunikasjon i forhold til helseforetakene, skal ivaretas som nedfelt i gjeldende instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst, fastsatt av revisjonskomiteen for Helse Sør-Øst RHF.</i> |

| |
|--|
| 3. OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP |
| <i>Styret vedtok i 2008 et omstillingsprogram for Helse Sør-Øst. Omstillingsprogrammet består av 6 innsatsområder som er beskrevet i Plan for strategisk utvikling 2009-2020:</i> <ul style="list-style-type: none">• <i>Pasientbehandling</i>• <i>Forskning</i>• <i>Kunnskapsutvikling og god praksis</i>• <i>Organisering og utvikling av fellestjenester</i>• <i>Mobilisering av medarbeidere og ledere</i>• <i>Bærekraftig utvikling gjennom god økonomistyring</i> |
| <i>Strategidokumentet skal være Helse Sør-Østs strategiske fundament for utvikling av gode og fremtidsrettede helsetjenester for befolkningen i tråd med "sørge for"-ansvaret frem mot 2020.</i> |
| <i>Strategiene angir den langsiktige utviklingen av helseforetaksgruppen i Helse Sør-Øst iht. helseforetakslovens bestemmelser, lov om spesialisthelsetjenester, nasjonal helseplan mv. Perspektivet skal fange opp ønsket utvikling innenfor pasientbehandling, eiendomsutvikling, investering mv. slik at dette utgjør et målbilde frem mot 2020 og har også tatt hensyn til formål beskrevet i Samhandlingsreformen.</i> |
| <i>Helse Sør-Østs visjon er å skape:</i> <i>Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi</i> |
| <i>Helse Sør-Øst har satt de overordnede målene i den nasjonale kvalitetsstrategien som overordnede mål for sitt omstillingsprogram for å sikre at omstillingsprogrammet også er regionens kvalitetsstrategi.</i> |
| <i>Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategiutviklingen i Helse Sør-Øst. Dette overordnede målet går på tvers av de seks innsatsområdene.</i> |

| Våre kvalitetsmål innebærer at tjenestene skal ... | Det er ... |
|---|---|
| <i>Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)</i> | <i>Faglige arveininger og beslutninger ved valg av kvalitetsnivå må bygge på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring. Resultater må kunne dokumenteres.</i> |
| <i>Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)</i> | <i>Sannsynlighet for feil og ubeldige hendelser skal reduseres til et minimum gjennom risikostyring og avviksbehandling. Ved valg av kvalitetsnivå skal det tas hensyn til pasientens sikkerhet.</i> |
| <i>Involvere brukerne og gi dem innflytelse</i> | <i>Pasientens erfaringer og synspunkter er viktige faktorer for utvikling av kvalitetsnivået i helsetjenesten. Samtidig må pasienten ansvar for eget liv og helse må tydeliggjøres. På individnivå skal epikrise til pasienter og individuell plan vektlegges. På systemnivå skal brukerne og deres organisasjoner trekkes inn i planlegging og evaluering av helsetilbudene.</i> |
| <i>Være samordnet og preget av kontinuitet</i> | <i>Alle tiltak skal være samordnet og preget av kontinuitet. Arbeid med pasientforløp, tverrfaglighet og pasientansvar skal vektlegges.</i> |
| <i>Utnytte ressursene på en god måte</i> | <i>Rett tjeneste skal tilbys rett bruker på rett måte til rett tid. Brukerens behov, tilstandens alvorlighetsgrad, forventet helsegevinst og nytte av behandlingen samt kostnader (prioriteringskriteriene) skal hensyntas når kvalitetsnivå for behandlingstiltak settes.</i> |
| <i>Være tilgjengelig og rettferdig fordelt</i> | <i>Brukere med like behov skal få et tilbud med samme innhold og kvalitet. Tilgjengelighet skal vektlegges.</i> |
| <p><i>Fremtidig utvikling og omstilling i Helse Sør-Øst handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioriteringer. Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strateg utviklingen i Helse Sør-Øst.</i></p> <p><i>Helsetjenesten har ansvar for å ivareta velferdsstatens grunnleggende etikk og moral i tillegg til å forvalte samfunnets ressurser. Helse Sør-Øst vil drive sin virksomhet verdibasert. De tre nasjonale verdiene "kvalitet", "trygghet" og "respekt" er i Helse Sør-Øst omsatt til følgende normer for virksomheten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>• Åpenhet og involvering - i måten vi arbeider på og i våre prosesser</i> <i>• Respekt og forutsigbarhet - i måten vi møter hverandre på</i> <i>• Kvalitet og kunnskap - er vår virksomhet basert på og skal våre beslutninger være bygget på</i> <p><i>Skal pasientenes behov dekkes både nå og inn mot 2020 må det skje en kontinuerlig kvalitetsforbedring både for å gi et kunnskapsbasert godt og et likeverdig faglig tilbud. Dette er nødvendig for å kunne utvikle helsetjenesten videre og sikre at de økonomiske rammene utnyttes til beste for pasientene.</i></p> <p><i>Overordnet mål er at daglig virksomhet i det enkelte helseforetak i sum oppnår den ønskede bærekraftige utvikling av Helse Sør-Øst og realiserer de mål som følger av omstillingsprogrammet.</i></p> <p><i>For å fokusere den målrettede innsatsen i helseforetaksgruppen, har styret vedtatt at fem mål prioriteres i 2011. Disse målene representerer en økt ambisjon innen tilgjengelighet, kvalitet og pasientsikkerhet samtidig som de understreker betydning av arbeidsmiljø og god økonomistyring.</i></p> | |
| 3.1 OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP FRA HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT SOM GJØRES GJELDENE | |
| 3.1.1 Overordnede styringsbudskap fra oppdragsdokument 2011 | |
| <u>Overordnede føringer</u> | |

Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, berunder innvandregrupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Oslo universitetssykehus HF arbeider aktivt for å nå målet om å tilby alle likeverdige helsetjenester. I tråd med dette er det utarbeidet en egen strategi for likeverdig helsetjenester og mangfold (2011-2015). Strategien skisserer viktige områder som Oslo universitetssykehus HF særlig skal ha fokus på inndelt i målområdene: pasienter, medarbeidere og organisasjon.

Det legges vekt på å bygge opp de ansattes kompetanse på feltet flerkulturell forståelse. Sykehuset ønsker at de ansatte skal bli tryggere i møtet med pasienter med en annen bakgrunn. Dette er et ledd i at tjenestene tilpasses den enkeltes individuelle behov i forhold til språk, kultur, religiøs overbevisning, funksjonsevne med mer. Kulturveilederutdanningen er videreført i 2011, i et samarbeid mellom Høyskolen i Oslo, og de øvrige parter i Oslo kommunes og helseregionens prosjekt for likeverdige helsetjenester.

Det oppleves økende bevissthet rundt bruk av tolk i Oslo universitetssykehus HF.

Oslo universitetssykehus HF har vært pådriver og aktiv deltaker er prosjektet "Helseinformasjon og helsedialog på radio". Dette er et av delprosjektene i samhandlingsprosjektet "Styrking av likeverdig og integrerende helsetjenester for minoritetsbefolkning i Hovedstadsområdet", og som i særlig grad ivaretar mål om å redusere helseforskjeller i befolkningen.

I helsevesenet oppleves utfordringer knyttet til "å nå ut med informasjon" til ulike målgrupper.

En del pasienter (eller potensielle pasienter) kan ikke godt nok norsk og/eller er analfabeter. Det er kjent at en del minoritetspråklige grupper ikke leser aviser, bøker eller brosjyrer som er publisert med tanke på helseopplysning. På den annen side er de ofte hyppige brukere av radio som sender programmer på gruppens eget morsmål.

Med bakgrunn i dette ble det inngått et samarbeid med Pak Radio, Voice of Oslo, om en radio programserie på urdu, arabisk og somali. Fagfolk som snakker disse språkene ble invitert (fra både primær- og spesialisttjeneste) for å diskutere ulike helsetemaer med journalist i studio. I tillegg kan lyttere ringte inn og stilte spørsmål. Det er gjennomført totalt 18 sendinger, 6 på hvert av språkene. Temaer som har vært tatt opp er *diabetes og kosthold*, syke barn/fødsel og graviditet, psykisk helse, brystkreft og kvinnehelse, tannhelse og munnhygiene, og hjerte-karsykdommer/infeksjonssykdommer.

Prosjektet har fått svært mye oppmerksomhet og god mediedekning både i Osloregionen, men også i andre deler av landet og i utlandet. Medlemmer i arbeidsgruppen har blant annet blitt intervjuet av Radio Norge og P2s program Migrapolis.

Oslo universitetssykehus HF har gjennomført en utdanning av tros og livssynsrepresentanter i 2011. Dette har vært et samarbeidsprosjekt med Forum for tros og livssynssamfunn og det Teologiske fakultet. Det er første gang et slikt tilbud tilbys i Norge.

Oslo universitetssykehus HF skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen.

| | |
|---|---|
| | <p>Dokumentstyringssystemet eHåndboken, ble tatt i bruk høsten 2010. I løpet av 2011 er implementeringen av systemet videreført gjennom omfattende opplæring og bred kontakt med klinikker og staber. Systemet gjør alle styrende dokumenter elektronisk tilgjengelige på alle lokalisasjoner samtidig som en har god styring på versjonshåndtering og godkjenningsordning. Det er sikret at nødvendige retningslinjer og prosedyrer er utarbeidet både for sykehusnivå og klinikk- og enhetsnivå. Ved utgangen av året er det nærmere 7000 dokumenter godkjente i eHåndbok.</p> <p>Det har vært et mål å fase ut de gamle håndbokssystemene fra de tre tidligere sykehusene i løpet av 2011, men trolig blir en nødt til å utvide denne overgangsfasen noe.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF implementerte fra 1. januar 2010 et felles og overgripende tilgjengelig elektronisk verktøy for registrering, analyse, tiltaksutvikling og rapportering av hendelser, avvik og uønskede forhold. Systemet er i utstrakt bruk og er tatt godt i mot i avdelingene og av personalet.</p> <p>Bruken av verktøyet er regulert av styrende dokumenter i sykehuset.</p> <p>Det er etablert klinikkvise kvalitetsutvalg og etablert rutiner for strukturert arbeid med tiltak og forbedringer.</p> |
| <p><i>Oppfølging av Helsetilsynets rapporter må ha større fokus. I 2011 skal det være særskilt oppmerksomhet på Helsetilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. For å sikre at uønskede hendelser og funn fra tilsyn blir fanget opp i hele organisasjonen, må Oslo universitetssykehus HF legge til rette for kollektiv læring av feil og systemsvikt.</i></p> | |
| | <p>Registreringer av uønskede hendelser, avvik og farlige forhold i avvikssystemet viser også i 2011 en jevnt økende tendens, noe som tolkes som at sykehuset har en åpen registreringskultur.</p> <p>Kompetanse og kvalitet på arbeidet i klinikkenes kvalitetsutvalg er bedret i løpet av 2011 og samarbeidet med sentral stab oppleves som godt.</p> <p>Læringserfaringer fra konkrete hendelser sikres på flere måter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle viktige saker behandles i klinikkenes kvalitetsutvalg. - Konklusjoner i saker behandlet av Helsetilsynet legges frem og diskuteres i sentralt ledermøte. - Viktige risikoområder basert på liknede uønskede hendelser / enkeltvise viktige læringsaker publiseres på intranettet. - System for sikkerhetsanbefalinger er innført. <p>Også hendelser i samhandlingsfeltet har blitt håndtert i 2011.</p> |
| <p><i>Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Arbeidet skal baseres på prinsippet om å sentralisere det man må og desentralisere det man kan. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene/bydelene skal ikke gjennomføres før kommunene/bydelene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner/bydeler, og mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukere skal legges til grunn i slike prosesser.</i></p> | |

| | |
|--|---|
| | <p>Gjennom året er det avholdt faste møter mellom Oslo universitetssykehus HF og bydeler, andre sykehus og samarbeidsparter. Møtene er viktige for felles informasjonsutvikling og konsensus om samarbeidsformer og tiltak. Arbeidsgrupper har utarbeidet prosedyrer og rutiner knyttet til overgangene mellom nivåer i pasientforløp som berører flere virksomheter.</p> <p>En arbeidsgruppe med representanter for Oslo kommune og alle oslo-sykehusene har utarbeidet felles prosedyrer knyttet til iverksetting av samhandlingsreformen og felles jobbet med elementer for at dialog, dokumentasjon og varsling skal fungere hensiktsmessig for alle parter.</p> <p>En revidert versjon av tidligere avtaler er under utarbeidelse for å tilfredsstille nye krav i samhandlingsreformen.</p> |
| | <i>Det videre arbeidet med regionale planer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen skal gjennomføres slik at kommunene/bydelene gis en reell innflytelse og at et desentralisert fødetilbud som er nært og trygt legges til grunn.</i> |
| | Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet et forslag til områdeplan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Denne vil om kort tid bli sendt på en innspillrunde til Oslo kommune og de øvrige sykehusene i opptaksområdet. |
| | Hovedprioriteringer 2011 |
| | <i>Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen.</i> |
| | Sykehusets policy er prioriteringer som sikrer forsvarlig pasientbehandling. |
| | Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan |
| | <i>I 2011 skal Oslo universitetssykehus HF i dialog med kommunene/bydelene og i tett samarbeid innenfor sykehusområdet, på ulike områder forberede seg på reformens gjennomføring. Aktuelle områder for forberedelser kan være gjennomgang av pasientforløp for store pasientgrupper, inngåelse av avtaler med kommunene, videre utvikling av samhandlingstiltak, samarbeidsprosjekter med kommunene om lokale tilbud og samarbeid om utdanning, kompetanseutvikling og forskning. Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med kommuner kartlegge muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som erstatter dagens behandling i sykehus, og vurdere etablering av lokalmedisinske sentra.</i> |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Det er gitt innspill til overordnet samarbeidsutvalg om samarbeid om pasientforløp for noen utvalgte grupper, eldre med brudd, slagpasienter og KOLS. De fire sykehusene i Hovedstadsområdet og alle 15 bydeler har gitt tilslutning til slik satsning. 2. Det er en rekke felles samarbeidsprosjekt på gang eller under utvikling, for eksempel "felles evaluering av fire spesialiserte korttidsenheter", "Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre" og "Ambulerende sårteam". Under oppstart er "satsning på kompetanseheving i hjemmetjenesten (PKO for sykepleiere)". 3. Det er arrangert 6 fagdager for ansatte i hjemmetjeneste og på sykehjem med leger og sykepleiere fra Oslo universitetssykehus HF som forelesere. Tema er spilt inn fra Bydelene. Det er også arrangert emnekurs og infokvelder for fastleger (meritterende). 4. Ingen samhandlingsprosjekt iverksettes uten tro på driftsmessig bærekraft. Alle prosjekt skal følges av evaluering eller forskning. 5. Det er under opprettelse et eget fagråd for samhandlingsforskning. Målet er å bidra aktivt til utvikling av feltet gjennom koordinert satsing internt og gjennom samarbeid med Universitetet i Oslo, Høyskolen i Oslo, Oslo kommune og andre. |
| | 3.1.2 Overordnede styringsbudskap fra foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 |
| | Forberedelse av samhandlingsreformen |
| | <i>Helse- og omsorgsdepartementets oppfølging av Stortingets behandling av St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen, jf. Innst. nr. 212 S (2009-2010) gjennom bl.a. ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny folkehelselov og Nasjonal helse- og omsorgsplan skal legges fram for Stortinget våren 2011, og det er forutsatt at lovendringer skal tre i kraft fra 1. januar 2012. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake til de regionale helseforetakene med eventuell videre oppfølging når Stortinget har behandlet lovforslaget og stortingsmeldingen.</i> |
| | <i>Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det forutsettes samarbeid mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte, brukere og berørte kommuner i slike prosesser.</i> |

| | |
|--|--|
| | <p>Oslo universitetssykehus HF har gjennom klinikkledelsen og bydelsdirektører iverksatt aktiviteter for å forberede samhandlingsreformen. Work-shops med ulike aktører har vært benyttet for å videreutvikle og forbedre dialog og samhandling. Resultatet er blitt omforente avtaler i hele Oslo området, samt prosessuelle beskrivelser av samhandling, varsling og dialog. Det er lagt plan for videre oppfølging fra januar og frem til sommeren 2012. Fra januar 2012 vil alle nivåer i klinikkene bli introdusert for Samhandlingsreformens hensikt og krav gjennom presentasjon av avtaleinnhold og prosedyrer.</p> <p>Sunnaas sykehus HF ønsker å benytte samme prosedyrer som Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har et tett samarbeid med Oslo kommune om utvikling av samarbeidsavtale og avtale om prinsipper for pasientforløp for enkeltpasienter. Det er et aktivt samarbeid om oppgaver og oppgavedeling i forbindelse med utviklingen av Aker som samhandlingsarena. Det er organisert møteplasser der kommunen, tillitsvalgte og brukerrepresentanter deltar. Det er fora for "Samarbeidsutvalget for sykehusområdet Oslo" og "Styringsgruppen for Samhandlingsarena Aker". I tillegg har Oslo universitetssykehus HF regelmessige møter med bydelsdirektørene i opptaksområdet.</p> |
| <p><i>I saker om salg av eiendom skal det gjøres en særskilt vurdering av om eiendommen kan være egnet for bruk i forhold til de forslag som vil komme i samhandlingsreformen. Berørte kommuner og fylkeskommuner skal informeres om alle aktuelle salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak. Dette må skje på et tidlig nok tidspunkt til å muliggjøre dialog omkring prosessen og bruk av eiendommen. Ved nye investeringer skal det legges vekt på å tilrettelegge for oppfølging av intensjonene i samhandlingsreformen. Dette er særlig aktuelt ved planlegging av større byggeprosjekter.</i></p> | |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF har etablert gode prosesser og dialoger med Oslo kommune i forbindelse med intensjonene i samhandlingsreformen. Der bruk og eventuelt salg av eiendom kan sees i sammenheng med samhandling, behandles dette gjennom dialog og prosess med berørte kommuner.</p> |
| <p><i>- Helseforetaket skal forberede seg på implementering av samhandlingsreformen fra 1. januar 2012, herunder legger til rette for å følge opp forslaget om å lovfeste plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom (regionale) helseforetak og kommuner.</i></p> | |
| Årlig melding | <ol style="list-style-type: none"> Oslo universitetssykehus HF har 22. juni 2011 inngått samarbeidsavtale med Oslo kommune vedrørende lokalsykehusfunksjonen. Denne avtalen er nå under revisjon i forhold til nye lovkrav. Avtalen vil ferdigstilles innen 31. januar 2012 og omfatte hele hovedstadsområdet. Det arbeides med å få på plass felles tjenesteavtaler på individnivå mellom alle sykehusene i hovedstadsområdet med tilhørende bydeler. Det arbeides med utarbeidelse av felles prosedyrer og retningslinjer for enkelte utvalgte samarbeidsområder, for eksempel: utskrivningsklare pasienter, pasienter som trenger følge av fast personell, bruk av individuell plan og felles kompetanseplaner. |
| <p><i>- Foretaksrådet la til grunn at berørte kommuner og fylkeskommuner informeres om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig.</i></p> | |
| Årlig melding | <p>Oslo universitetssykehus HF vil vektlegge intensjonene i samhandlingsreformen ved avhending av eiendom.</p> |
| <p><i>- Ved planlegging av større investeringsprosjekter skal det legges vekt på å tilpasse planene til samhandlingsreformen.</i></p> | |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|---|---|
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF vil vektlegge intensjonene i samhandlingsreformen i sin eiendomsforvaltning. |
| <u>Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks</u> | |
| <i>Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet veileder for styrearbeid i de regionale helseforetakene. Veilederen er en sammenfatning av gjeldende rettsregler og styringskrav. Veilederen inneholder også en omtale av styrearbeid av mer veiledende karakter.</i> | |
| <i>- Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, sørge for at det utarbeides veileder for styrearbeid i helseforetakene. Helseforetaket skal bistå i dette arbeidet.</i> | |
| Årlig melding | Veilederen er sendt styrets medlemmer og distribuert innen administrerende direktørs stab. Helse Sør-Øst RHF har i tillegg oppnevnt en arbeidsgruppe med representanter for helseforetakene som har gjennomgått instruks for styre og administrerende direktør med tanke på utarbeidelse en felles anbefalt instruks for alle helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. En anbefaling fra arbeidsgruppen ble levert 1.desember 2011. |
| <i>- Det forutsettes at helseforetakets styre har fastsatt instruks for styret og instruks for daglig leder.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF følger disse instruksene |
| <u>Regjeringens eierpolitikk</u> | |
| <i>Dokumentet "Regjeringens eierpolitikk" er forankret i Stortingets behandling av St. meld. nr. 13 (2006-2007) Et aktivt og langsiktig eierskap. Det legges til grunn at styret og ledelsen i helseforetaket er kjent med forventninger og krav som følger av regjeringens eierskapspolitikk.</i> | |
| <i>- Det forutsettes at helseforetaket har utarbeidet etiske retningslinjer for sin virksomhet og at retningslinjene er gjort kjent og er publisert på virksomhetenes hjemmesider. Retningslinjene skal gjøres gjeldende for alle ansatte, og så langt de passer også for styremedlemmer og andre som representerer helseforetaket.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF har etiske retningslinjer for virksomheten som ble vedtatt av styret i forbindelse med fusjonen i 2009. Retningslinjene er i etterkant koordinert med normer for virksomheter og ønsket kultur i Helse Sør-Øst RHF. Retningslinjene inngår i sykehusets system for styrende dokumentasjon og er derved tilgjengelig for alle ansatte. Retningslinjene har i 2011 vært forelagt styret i forbindelse med en justering av verdigrunnlaget, noe som initierte en ny intern revisjonsprosess som fortsatt fortsette inn i 2012. |
| <i>- Det er forventet at styret og daglig ledelse er kjent med kravene til samfunnsansvar og håndterer dette i sin strategiske og operasjonelle virksomhetsstyring.</i> | |
| Årlig melding | For styret blir krav til samfunnsansvar ivaretatt der det er påkrevet gjennom orienteringer og saker til beslutninger som blir forelagt styret fra daglig leder. For den daglige ledelse er ansvaret for kunnskap og håndtering av samfunnsansvar strukturelt og organisatorisk lagt til linjeledelsen som gjennom styring og ledelse av organisatorisk enhet sikrer dette. Prinsippene for god virksomhetsstyring er lagt til grunn i alle lederkontrakter i Oslo universitetssykehus HF og følges opp gjennom månedlige og tertialvise rapporteringer |
| <i>- Det forutsettes at helseforetakets styre årlig evaluerer egen virksomhet. En oppsummering av evalueringen skal videreformidles til Helse Sør-Øst RHF.</i> | |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|---|
| Årlig melding | En evaluering av styrets arbeid var planlagt og berammet. Grunnet forhold i virksomheten som krevde styrets oppmerksomhet ble evalueringen utsatt. Flere utskiftninger av styreledere og styremedlemmer gjennom året har videre medvirket til at en evaluering ikke ble gjennomført. |
| <p>- <i>Det forutsettes at styret og ledelsen i helseforetaket forholder seg til retningslinjene for lederlønn. Retningslinjene slår fast at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Det forutsettes videre at styret og ledelsen er kjent med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse (Dokument 3:2 (2010-2011)). Styret i Helse Sør-Øst RHF har i sak 066-2010 godkjent retningslinjer for avlønning av administrerende direktør og ledende ansatte i Helse Sør-Øst RHF, og bedt om at disse retningslinjene styrebehandles i helseforetakene. Det forutsettes at lønnsfastsettelse, avlønning og avtaler for ledende ansatte utarbeides i henhold til disse retningslinjene.</i></p> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF lønnsystem og arbeidskontrakter for ledere er i tråd med gjeldende retningslinje. |
| <p><u>Intern kontroll og risikostyring</u></p> | |
| <p><i>Det er avdekket flere tilfeller av uheldige hendelser og systematiske avvik i tjenestene. Helseforetaket må sørge for at det arbeides systematisk med å lære av avdekkede avvik på tvers i organisasjonen.</i></p> | |
| <p>Alle avvik saksbehandles i lederlinjen. Alle alvorlige pasientrelaterte avvik, eller avvik der det er potensielt læringsutbytte, behandles i klinikkenes kvalitetsutvalg og noen i sentralt pasientskadeutvalg. Det er etablert månedlige presentasjoner i sykehusets ledergruppe av avvikshendelser som har prinsipiell betydning eller som berører flere klinikker. Det er etablert systemer for læringsoverføring på nett og gjennom distribusjon av sikkerhetsanbefalinger.</p> | |
| <p>- <i>Styret skal påse at helseforetaket har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringsystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.</i></p> | |
| Årlig melding | <p>Siden etablering av helseforetaket i 2010 er det arbeidet metodisk for å sikre god intern kontroll gjennom blant annet etablering av system for styrende dokumentasjon. I 2011 har en kontinuert dette arbeidet der en samtidig har vektlagt prinsippene for god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Risikostyring er sikret gjennom foretakets egen retningslinje for risikovurderinger som sikret både de regelmessige (tertialvise)- og enkeltvise (situasjonsbetingede) risikovurderingene. Gjennom identifisering og analysene av risiko utarbeides det på avdelings-, klinikk- og sykehusnivå egne handlingsplaner med risikoreducerende tiltak. Det har vært økende fokus på bruk og utvikling av systematisk risikostyringen.</p> <p>Det er etablert velfungerende system for registrering, saksbehandling og læringsoverføring av uønskede hendelser. Det er etablert systemer for oppfølging av klager og henvendelser fra pasienter/pårørende og tilsynsmyndigheter. Foretaket har etablert egen varslingsordning. Foretaket har etablert intern revisjon og har gjennomført opplæring av revisorer for intern- og egenrevisjon. Det er etablert godt samarbeide med Internrevisjonen i Helse Sør-Øst RHF.</p> |
| <p>- <i>Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Det skal redegjøres for styrets arbeid i årlig melding.</i></p> | |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|--|
| <p>Årlig melding</p> | <p>Det ble i 1. tertial gjort en hovedgjennomgang av risikosituasjonen i klinikker og avdelinger og i helseforetaket som helhet i henhold til retningslinjer og krav fastsatt av Helse Sør-Øst RHF. Risikovurderingen inkluderte handlingsplaner med risikoreducerende tiltak knyttet til de ulike ledelsesnivåer. Ved utgangen av 2. tertial ble det gjort en revurdering av alle risikoanalyser og handlingsplaner. Både overordnede risikovurdering 1. tertial samt revurderingen 2. tertial er styrebehandlet og rapportert til Helse Sør-Øst RHF innen fastsatte frister.</p> |
| <p><i>- Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene.</i></p> | |
| <p>Årlig melding</p> | <p>I helseforetakets retningslinje for risikovurderinger er det fastsatt krav om situasjonsbetingede risikovurderinger. Denne type risikovurderinger gjøres ved omstillinger eller når endring i forutsetninger eller krav gjør det nødvendig med gjennomgang av risikoer og konsekvenser. Det er gjennomført risikovurderinger knyttet til flyttinger og andre endringer i avdelinger og klinikker. På sykehusnivå er det gjennomført situasjonsbetingede risikovurderinger på flere områder, blant annet å vurdere konsekvenser av innsparings- og budsjettforslag.</p> |
| <p><i>- Det legges til grunn at helseforetaket sikrer en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.</i></p> | |
| <p>Årlig melding</p> | <p>Alle henvendelser fra tilsynsmyndighetene om tilsynsbesøk og andre oppfølginger koordineres av en tilsynsordinator. Ved det sikres best mulig samarbeid og gjennomføring av tilsynene samt tydelig rollefordeling for videre oppfølging av avvik, pålegg og øvrige tilbakemeldinger.</p> <p>I 2011 har sykehuset totalt hatt 25 tilsynsbesøk fra en rekke ulike tilsynsmyndigheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helsetilsynet i Oslo og Akershus • Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap • Mattilsynet • Arbeidstilsynet • Statens legemiddelverk • Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS • Asker og Bærum brannvesen IKS • Luftfartstilsynet • Oslo brann- og redningsetat • Hafslund DLE (Det lokal eltilsyn) utføres av Infratek • Bydelsoverlegen i bydel Ullern <p>Alle tilsyn med avvik eller anmerkninger blir fulgt opp med konkrete handlingsplaner slik at de avsluttes i henhold til de frister som blir satt. På noen områder er det naturlig at de planlagte tiltak vil ta tid. Dette gjelder blant annet mer omfattende arbeid av bygningsmessig karakter. Besøk av tilsynsmyndigheter og eventuelle pålegg blir rutinemessig rapportert til helseforetakets styre.</p> |
| <p><u>Nasjonalt profilprogram</u></p> | |

| | |
|--|---|
| <i>Det nasjonale profilprogrammet som ble utarbeidet ved opprettelsen av de regionale helseforetakene og helseforetakene i 2002 er revidert. En enhetlig profilering har informasjonsverdi for pasienter, pårørende og andre samarbeidsparter og synliggjør også felles identitet og tilhørighet.</i> | |
| <i>- Helseforetaket skal forholde seg til revidert nasjonalt profilprogram når det foreligger.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF har gjennom 2011 implementert ny og enhetlig grafisk profil. Profilen er utarbeidet på bakgrunn av gjeldende retningslinjer i Helse Sør-Øst RHF der det er inkludert en synliggjøring av det regionale helseforetakets prikklogo i alle maler, på alle elektroniske flater og på trykte papirflater. |
| <u>Rapportering i ØBAK</u> | |
| <i>- Helse Sør-Øst RHF skal rapportere til departementet ihht. det opplegg som er etablert i departementets oppfølgingsystem ØBAK. Nytt fra 2011 er at det også skal rapporteres månedlig på indikatorer for ventetider og fristbrudd. Helseforetaket skal følge opp dette kravet i sine rapporteringer.</i> | |
| Årlig melding | Det rapporteres månedlig og tertialvis i henhold til eiers krav på indikatorer innenfor aktivitet, resultat, styringsparametre med flere. Av tekniske årsaker har det i 2011 ikke vært mulig å rapportere på andel som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. |
| 3.2 OVERORDNEDE STYRINGSBUDSKAP FRA HELSE SØR-ØST | |
| <u>God virksomhetsstyring:</u> | |
| <i>Det vises til styresak 016-2010 God virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst. Saken beskriver utvikling av et helhetlig opplegg for å sikre god virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst. Denne beskrivelsen er nå videreutviklet i et eget dokument. Dokumentet beskriver et rammeverk og felles begrepsapparat for å etablere intern styring og kontroll (internkontroll og risikostyring) relatert til all virksomhet i Helse Sør-Øst og er forutsatt å dekke alle lovområder og mål, krav og føringer gitt av lovgiver og eier. Prinsippene for god virksomhetsstyring gjøres gjeldende for helseforetaket.</i> | |
| <u>Dokumentasjon av pasientstrømmer, henvisninger og pasientforløp</u> | |
| <i>Samhandlingsreformen gjør det mer nødvendig å dokumentere og analysere pasientstrømmer, henvisninger og pasientforløp på en bedre måte enn det som i dag er mulig. For å oppnå dette, er det påkrevet med relevant, entydig og komplett koding av pasientenes bevegelser mellom institusjoner og nivå i helsetjenesten. Det må entydig framgå av både pasientadministrative system og Norsk Pasientregister hvilken instans, institusjon eller enkeltlege som har henvist pasienten til sykehus, og til hvilken instans eller institusjon pasienten skrives ut eller overføres. Oslo universitetssykehus HF skal derfor påse at data om henvisninger (fra/til) registreres og kvalitetssikres på en komplett måte og blir tilgjengelige og komplette i Norsk Pasientregister.</i> | |
| | <p><u>God virksomhetsstyring</u></p> <p>Ansvar for sikring av intern styring og kontroll er pålagt alle ledere i lederlinjen fra administrerende direktør til sykehusets førstelinjeledere. Sykehusets prosedyre for intern kontroll er oppdatert i henhold til "God virksomhetsstyring og intern kontroll i Helse Sør-Øst" sammen med sjekklister for intern kontroll. Den enkelte leder skal selv kontrollere om de nødvendige systemer på eget og underlagte områder er tilrettelagt og fulgt opp.</p> <p>Et lederutviklingsprogram med fokus på intern styring og kontroll er gjennomført for å understøtte gjennomføringen.</p> <p><u>Dokumentasjon av pasientstrømmer, henvisninger og pasientforløp</u></p> <p>Gjennom arbeidet med å kvalitetssikre innholdet i NPR-meldingen som er grunnlag for rapportering til Norsk Pasientregister jobbes det for å sikre god kvalitet også på data om henvisninger. Klinikkene har et primæransvar for å sikre riktig og fullstendig registrering av data om egne pasienter. Overordnet kvalitetssikring av aktivitetsdata generelt ivaretas av Avdeling for aktivitetsdata- og analyse, som</p> |

| | |
|--|--|
| | arbeider tett mot klinikkenes kodeveiledere. |
| <u>Kommunikasjon</u> | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal legge felles kommunikasjonsmål 2011 for Helse Sør-Øst til grunn for sitt kommunikasjonsarbeid. Helseforetaket skal bidra med ressurser, kunnskap og erfaring på en slik måte at tiltak måles og evalueres. Dette for å kunne styrke eller sette inn korrigerende tiltak, for å sikre at målene for perioden nås.</i> | |
| <p>Helse Sør-Østs kommunikasjonsmål presiserer viktigheten av å bidra med en faktabasert og åpen kommunikasjon som tilgjengeliggjøres overfor befolkningen og egne ansatte. Dette gjelder både i de tilfeller der fakta og dokumentasjon bidrar til å trygge befolkningen på forsvarlighet og kvalitet i sykehusets tjenester, og i de tilfeller der fakta og dokumentasjon kan bidra til å belyse saker som er ufullstendig presentert.</p> | |
| <p>Oslo universitetssykehus HF har i 2011 stått i en særlig utfordrende situasjon der flere har gitt uttrykk for at kvaliteten på pasientbehandlingen, og pasientsikkerheten, er eller kan bli svekket som en følge av omstillingstiltak eller budsjettiltak. De dokumenterbare målene for pasientkvalitet har ikke vist svekkelse i pasientsikkerheten. Samtidig rapporterer medarbeiderne på sykehuset i en stor medarbeiderundersøkelse 80 av 100 poeng på spørsmålet om de selv vil være trygge som pasient på sykehuset. Undersøkelsen har en svarprosent på over 70 % av sykehusets 20 000 medarbeidere. Det er med andre ord flere blikk på sykehuset i denne perioden, og det har vært og er viktig at alle blikkene møtes med respekt. Internkommunikasjon ved sykehuset har vært en prioritert oppgave.</p> | |
| <p>Oslo universitetssykehus HF har hele tiden hatt åpenhet som fremste retningsgiver for all kommunikasjon. En stor omstilling og et stort sykehus betyr mye for mange, og det er av stor samfunnsmessig betydning at de vurderinger og prosesser som gjøres er transparente. Stor åpenhet har i seg en risiko for sykehusets omdømme (for eksempel ved publisering av detaljrike risikoanalyser), og likevel er det en del av kommunikasjonsstrategien ved sykehuset at åpenhet rundt prosesser og beslutninger er forventet, nødvendig og riktig. Vi ser at det fortsatt er potensial for en bedre tilgjengeliggjøring for flere, av den informasjon om både sykehusets tilbud og omstilling som publiseres på internett, intranett og i nyhetsbrev. Pasientinformasjon vil få et større fokus fremover.</p> | |
| <p>Oslo universitetssykehus deltar jevnlig i de fora der kommunikasjonsmålene til Helse Sør-Øst RHF ligger til grunn, så som ukentlige telefonmøter og månedlige kommunikasjonssamlinger. I tillegg er det nær kontakt mellom helseforetaket og Helse Sør-Øst RHF i de saker der koordinering er naturlig, samt vedrørende sykehusets rolle som pilot i regionens felles nettportalprosjekt.</p> | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal bidra til utvikling av felles regional nettløsning, herunder bidra til utvikling av felles informasjon for spesialisthelsetjenesten, i tråd med rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten.</i> | |
| <p>Oslo universitetssykehus HF har vært pilot i arbeidet med utvikling av felles regional internettløsning. Løsningen er basert på en såkalt Sharepoint-teknologi som tilrettelegger for deling av informasjon på tvers av helseforetakene. Internett er en hovedkanal for sykehuset i arbeidet med utvikling av pasientinformasjon. Arbeidet med å utvikle og publisere god pasientinformasjon om diagnoser og behandlingsopplegg har gått tregere enn ønsket i 2011. Den teknologiske løsningen som er levert har hatt mange feil og mangler. Systemet for å rette opp feil og mangler har ikke fungert tilfredsstillende. Det har av den grunn ikke vært naturlig å involvere fagpersoner i stort omfang i utviklingen av helsefaglig pasientinformasjon før dette er løst. Utviklingen av nettstedet har stagnert noe, blant annet med konsekvens for brukerne at de ikke finner relevant innhold på nettstedet. I årets kvalitetsvurdering av offentlige nettsteder av Norge.no, Direktoratet for forvaltning og IKT skårer våre nettsider lavt på kvalitet og tilgjengelighet.</p> | |

4. MÅL FOR HELSE SØR-ØST 2011

Følgende mål legges til grunn for foretaksgruppen i planperioden:

- 1. Pasienten opplever ikke fristbrudd*
- 2. Sykebusinfeksjoner er redusert til under 3 %*
- 3. Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning*
- 4. Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet*
- 5. Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer*

Det forventes at arbeidet med og fokus på å nå målene vil gi bedret tilgjengelighet, forutsigbarhet og pasientsikkerhet og at dette vil øke pasientenes tilfredshet med tjenestene. Ventetider vil reduseres gjennom arbeidet med bedret logistikk og kapasitetsutnyttelse. Økt kvalitet og bedret pasientsikkerhet vil bli en direkte effekt av reduksjon i infeksjoner som i dag utgjør omtrent halvparten av alle uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Fokus på medarbeidertilfredshet og arbeidsmiljø vil bidra til økt pasientsikkerhet og vedlikehold av den viktigste ressursen i våre helseforetak – de ansatte. Fortsatt fokus på god styring og et tilstrekkelig økonomisk handlingsrom for å kunne utvikle tjenesten videre.

| | |
|----------------------|--|
| <p>Årlig melding</p> | <p><u>Pasienten opplever ikke fristbrudd</u> Oslo universitetssykehus HF mål for fristbrudd er null. Monitorering av trender samt planlegging, iverksetting og oppfølging av tiltak for å fjerne fristbrudd har hatt stort fokus gjennom hele 2011 i alle klinikker. Antall reelle fristbrudd er redusert. I våre fire gamle sykehus med flere datasystemer forekommer det en del feilsendinger som gjør at henvisningen kan bruke lang tid på å komme rett sted - det arbeides kontinuerlig med å redusere denne type feil. Det er fremdeles områder hvor antall fristbrudd ikke representerer reelle brudd. Det er gjennomført rydding av ventelister etter innføring av nytt pasientadministrativt system. Det er en utfordring at pasienter som kommer fra andre HF kommer uten data som knytter seg til den rettighetsvurderingen/tildelingen som er gjort fra henvisende foretak. Et stort antall av de pasienter som registreres som "fristbrudd" har ikke møtt til avtalt tid.</p> <p>Eksempler på tiltak for å redusere antall fristbrudd er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementert prosedyrer og føringer som kom som følge av Aktivitet, Ventelister og Organisasjonsstruktur (AVO) prosjektet. • Gjennomført opplæring i henvisningspraksis og registreringspraksis for venteliste. • Gjennomført opplæring i bruk av PAS til ventelisteansvarlige. • Plassert og definert ansvar i funksjonsbeskrivelse for ventelisteansvarlige. Nå implementeres Oslo universitetssykehus HF sine funksjonsbeskrivelser på klinikk-, avdelings-, og enhetsnivå. • Etablert ventelistenettverk i klinikkene. • Opplæring i Prioriteringsveilederen. • Gjennomført opplæring i sammenhengen mellom PAS og LIS (NPR) og i bruk av LIS for identifikasjon av fristbrudd og læring av egne feil. • Ventelisteseminarer • Egenrevisjoner. <p>Oslo universitetssykehus HF har fortsatt reelle fristbrudd.</p> <p><u>Sykehusinfeksjoner er redusert til under 3 %</u></p> <p>Analysene av årets siste prevalensregistrering 30/11 er foreløpig ikke ferdig. Gjennomsnittlig prevalensrate for 2011 forventes å bli mellom 6 % og 7 %. Prevalensnivå i sykehuset varierer sterkt mellom lokalisasjoner og forskjellige typer avdelinger. Gammel bygningsmasse er en utfordring samt at sykehuset normalt vil bli tilført pasienter med infeksjoner som en del av sin regional- og landsfunksjon.</p> <p><u>Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning</u> Flere pasientadministrative datasystemer med til dels manglende funksjonalitet har gitt sykehuset store utfordringer med å måle status</p> |
|----------------------|--|

| | |
|--|--|
| | <p>og utvikling av dette kravet. Gjennom 2011 har det vært arbeidet med teknisk løsning for å kunne registrere/måle hvor mange pasienter som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning. Oslo universitetssykehus HF kan ikke i dag ta ut statistikk på hvor mange som får dette. Teknisk løsning forventes ferdigstilt primo 2012. Alle klinikker og avdelinger har arbeidet uavhengig av dette arbeidet mot innfrielse ved å innarbeide lokale styrende dokumenter, tilpasse legenes timebøker etc.</p> <p><u>Alle medarbeidere skal involveres i oppfølging av medarbeiderundersøkelsen med etablering av forbedringstiltak for egen enhet</u></p> <p>Medarbeiderundersøkelsen ved Oslo universitetssykehus HF ble gjennomført i alle klinikker og avdelinger med en svarprosent på 71 %. Det er med utgangspunkt i svarene utarbeidet lokale handlingsplaner knyttet til bevarings og forbedringsområder.</p> <p>Det er også gjennomført en pilot på elektronisk handlingsplan i en klinikk som forberedelse til en full utrulling av elektronisk handlingsplan i 2012.</p> <p><u>Det er skapt økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer</u></p> <p>Oslo universitetssykehus HF har i samråd med Helse Sør-Øst RHF styrt etter et negativt resultatmål på 400 mill kroner i 2011. Estimat per november viste et negativt avvik fra resultatmålet på 450 mill kroner. Som følge av dette er gjeldsgrad økt og foretaket har ikke maktet å etablere et økt handlingsrom for fremtidige investeringer gjennom driften i 2011.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har jobbet aktivt med å bidra til å skape handlingsrom gjennom blant annet å jobbe med å skape større kontroll og struktur i forhold til kostnader til prosjekter og leverandører.</p> |
| <p><i>I henhold til vedtak i styret for det regionale helseforetaket, sak 75-2010 Mål og budsjett 2011- økonomisk langtidsplan 2011- 2014, skal helseforetakets styre forelegges egne planer som grunnlag for styrets oppfølging av målene gjennom året. Disse planene skal også inngå i årlig melding for 2010 og oversendes det regionale helseforetaket innen 1. mars 2011.</i></p> | |
| <p>Egen rapportering og årlig melding</p> | <p>Årlig melding 2010 ble forelagt styret og oversendt Helse Sør-Øst RHF innen frist</p> |
| <p><i>Oppfølgingen av målene skal skje gjennom løpende rapportering, bli forelagt styret gjennom måneds- og tertialrapport, i årlig melding og inngå i løpende og rapportert risikovurdering i foretaksgruppen. Det vil legges stor vekt på at gjennomføring skjer i helseforetakene gjennom ledelseslinjen med god medvirkning fra brukere og ansatte. Det regionale helseforetaket vil legge til rette gjennom egnede virkemidler og bidra til erfaringsoverføring mellom helseforetakene.</i></p> | |
| <p><i>Det forutsettes at ledere på alle nivåer aktivt slutter seg til og anvender mål og fokusområder, og at alle øvrige ansatte skal kjenne målene for 2011 og føle at det har betydning for deres daglige virksomhet.</i></p> | |

| | |
|---|---|
| 5. OPPDRAG OG BESTILLING 2011 RELATERT TIL INNSATSOMRÅDENE FOR HELSE SØR-ØST | |
| 5.1 INNSATSOMRÅDE 1 - PASIENTBEHANDLING | |
| 5.1.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende | |
| 5.1.1.1 Krav fra oppdragsdokument 2011 | |
| Tildeling av midler | |
| <i>Kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Kreftregisteret)</i> <i>93,1 mill. kroner tildeles Helse Sør-Øst RHF til Kreftregisteret. Midlene skal gå til Kreftregisterets arbeid innenfor registrering, forskning, rådgivning og informasjon.</i> | |
| | Midlene går til Kreftregisteret og det henvises til Kreftregisterets årsmelding. |
| <i>Kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF</i> <i>Utvidet tilbud om nyfødtscreening</i> <i>Helse Sør-Øst RHF tildeles 14 mill. kroner til finansiering av utvidet tilbud om nyfødtscreening. Det tas sikte på iverksetting 1. juli 2011.</i> | |
| | Tilbudet er utsatt i påvente av ny forskrift om genetiske masseundersøkelser. Ny forskrift ble kunngjort 16. desember 2011 med virkning fra 1. januar 2012. http://lovdata.no/for/sf/ho/xo-20111216-1246.html |
| | Midler er benyttet til anskaffelse av instrumenteringer, nye stillinger og klargjøring av tilbudet fra 1. mars 2012. |
| <i>Kap. 732, post 72 Tilskudd til Helse Sør-Øst RHF</i> <i>Tiltak for å øke aktiviteten innenfor poliklinisk radiologi</i> <i>Helse Sør-Øst RHF skal øke aktiviteten innenfor polikliniske radiologiske undersøkelser, særlig innenfor CT og MR. Dette gjelder spesielt for pasienter hvor det er mistanke om svært alvorlig eller livstruende sykdom (jf. pasientrettighetsloven § 2-2, 4. ledd). Oslo universitetssykehus HF skal bidra i dette arbeidet.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har i perioden anskaffet nytt CT og MR utstyr. Alle klinikkene samarbeider om prioriteringer som sikrer dette kravet |
| <i>Kap. 734, post 72 Utviklingsområder innen psykisk helsevern og rus</i> <i>Det tildeles 1,862 mill. kroner til videreføring av forsøk med narkotikaprogram med domstolkontroll i Oslo. Det skal avsettes 0,959 mill. kroner til soningsenhet for de under 18 år.</i> <i>Det tildeles 8,512 mill. kroner til videreføring av Stifinnern.</i> | |
| | Senter for rus- og avhengighetsbehandling (SRA) bruker midlene som forutsatt til medarbeider. SRA har forsterket utredningskompetansen med nevropsykologisk testing. |
| <i>Kap. 781, post 79 Andre tilskudd (Barn som pårørende)</i> <i>Det tildeles 1 mill. kroner til videreføring av prosjekt om barn som pårørende ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, Oslo universitetssykehus HF, Aker. Forsøket skal evalueres i 2011.</i> | |
| Egen evaluering | Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring (NK LMS), Oslo universitetssykehus HF, har mottatt 1 mill. kroner fra Helse- og omsorgsdepartementet til videreføring av prosjektet "SMIL - styrket mestring i livet". SMIL har et overordnet fokus på læring og mestring for barn som har foreldre med psykisk sykdom og/eller rusavhengighet. Mange av disse barna får ikke den oppfølging og støtte de har behov for, og risikoen for at barna selv utvikler psykososiale problemer er betydelig til stede. Denne problemstillingen danner utgangspunktet for prosjektet. SMIL er et lærings- og mestringstilbud, utviklet og implementert gjennom et utstrakt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og brukermiljøer. |

| | |
|--|---|
| | <p>Gruppetilbudet SMIL implementeres nå i alle helseregioner; Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Diakonale Sykehus, Universitetssykehuset i nordnorge HF (UNN), Sørlandet Sykehus HF og St. Olavs Hospital HF</p> <p>Evaluering foregår fortløpende, men planen er en ekstern evaluering i 2012.</p> <p>Det arbeides ellers med å etablere barneansvarlige i avdelinger. Et eget nettverk for koordinering, kompetanseheving og utvikling av rollen som barneansvarlig er etablert. Sykehuset har i 2011 også laget boken "meg også" med fokus på å barn som pårørende. Boken har fått svært god mottagelse.</p> |
| <p><u>Aktivitet</u></p> | |
| <p><i>Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringsystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasientbehandlinger og kompleksiteten i behandlingen. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke ment at aktivitetsbasert finansiering skal dekke hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for kravet til gjennomføring av aktivitet. Det er avgjørende at Oslo universitetssykehus HF er seg dette bevisst for å oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll.</i></p> | |
| <p><i>Det legges til grunn at midlene til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige benyttes i samsvar med de spesielle krav som stilles til gjennomføringen av Opptappingsplan for rusfeltet.</i></p> | |
| | <p>Intern prioritering er gjennomført i henhold til pasientenes behov.</p> <p>Foreløpige aktivitetstall for somatisk pasientbehandling viser at aktiviteten er høyere enn budsjettet.</p> <p>Midler tildelt rusområdet fra eier er disponert til dette området i Oslo universitetssykehus HF.</p> |
| <p><i>Det øremerkede tilskuddet innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.</i></p> | |
| | <p>Det øremerkede tilskuddet har blitt brukt til øket aktivitet utenfor ordinær poliklinikkarbeidstid for å gi rusavhengige et opplæringstilbud som de kan benytte uten at de er sykmeldt.</p> <p>Senter for rus- og avhengighetsbehandling (SRA) benytter ressursene i samsvar med Opptappingsplanen for rusfeltet: SRA prioriterer å øke tilgjengeligheten til tjenestene i senteret, satsning på godt kvalifisert personell, fagutvikling og forskning, systematisk samarbeid med brukere, regelmessige samarbeidsmøter med kommunen.</p> |
| <p><u>Nasjonale strategier og handlingsplaner</u></p> | |

Oppdrag og bestilling 2011

For 2011 gjelder følgende strategier for spesialisthelsetjenesten:

Nasjonalt strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)

Nasjonalt strategi for kreftområdet (2006-2011)

Nasjonalt strategi for diabetesområdet (2006-2011)

Nasjonalt strategi for KOLS-området (2006-2011)

Strategi for kvinners helse (2003-2013)

Nasjonalt strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)

Nasjonalt strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)

Nasjonalt strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)

Nasjonalt strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009-2014).

Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009 -2014)

Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)

Det forutsettes at Oslo universitetssykehus HF er kjent med innholdet i strategiene og handlingsplanene, og at det legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områdene.

Særskilte satsingsområder 2011

- Ventetider, pasientforløp og fristbrudd

Ventetidene i spesialisthelsetjenesten skal reduseres. Tiltak for å nå målet skal iverksettes innenfor de vedtatte økonomiske rammer. Aktuelle tiltak kan være økt utredningskapasitet der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Det er på sikt en målsetting at ventetidene skal ytterligere reduseres. Andelen fristbrudd i spesialisthelsetjenesten er for høy. Fristbrudd for rettighetspasienter kan ikke aksepteres.

Nasjonalt strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)

Eldre pasienter får et komplett tilbud ved Oslo universitetssykehus HF med Akuttgeriatri, Geriatrisk daghospital, Geriatrisk poliklinikk og Hukommelsesklinikk.

Tilbud om 3 dagers demensutredning ved Dag hospitalet, Fall-poliklinikk, haste timer m.m.

Det er under oppstart et prosjekt i samarbeid med Oslo kommune om organisering av tilbud til pasienter med akutt/subakutt funksjonssvikt.

Nasjonalt strategi for kreftområdet (2006-2011)

Oslo universitetssykehus HF følger opp Nasjonal strategi for kreftområdet ved aktiv deltakelse med leder av det regionale fagrådet for kreft i Helse Sør-Øst RHF og ved å følge opp de i Helse Sør-Øst RHF vedtatte funksjonsfordelinger innen kreftbehandlingen.

Nasjonalt strategi for diabetesområdet (2006-2011)

Sykehuset har deltatt aktivt i utforming av Nasjonal strategi for diabetesområdet ved medvirkning til utarbeidelse av Nasjonale kliniske retningslinjer for diabetes og implementeringen av disse blant annet gjennom kursvirksomhet i 2011 i regi av Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret og Legemiddelverket. Behandlingsretningslinjene er tatt i aktiv bruk. Sykehuset følger opp anbefalingene om egen poliklinikk for diabetiske fotsår og bruker betydelige ressurser til dette feltet. Sykehuset har dessuten i 2011 mottatt ekstern støtte til et

prosjekt for å utvikle bedre overvåkningsverktøy for diabetiske fotsår. Det arbeides fortsatt med å få på plass en elektronisk diabetesjournal som tillater rapportering til Norsk Diabetesregister for voksne.

Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011)

Nasjonal KOLSplan har vært på høring og Lungeavdelingen har sendt inn sine synspunkter. Den endelige planen antas å foreligge i løpet av våren 2012.

Sykehuset har gjennomført en opplærings og motiveringsmodul for pasienter som er i risikozonen for KOLS. Erfaringene fra denne kurspakken er meget positiv. Piloten ble finansiert over helsedialogmidler.

Strategi for kvinners helse (2003-2013)

Oslo universitetssykehus HF har Nasjonalt kompetansesenter for kvinnehelse som har som oppgave å følge opp Strategi for kvinners helse.

Oslo universitetssykehus HF har i samarbeide med Kreftregisteret og Kreftforeningen gjennomført en informasjonskampanje for å få kvinner med ikke vestlig bakgrunn til å ta mammografi. Erfaringer viser at denne gruppen kommer senere til behandling enn andre.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)

Sykehuset har iverksatt overføring av habiliterings og rehabiliteringspasienter fra 3 bydeler til Akershus universitetssykehus HF.

Ca. 40 % av disse har valgt fritt sykehusvalg og vil dermed forbli i vår habilitering. Ressursene er overført til Akershus universitetssykehus HF og Oslo universitetssykehus HF sitter igjen med en pasientmengde som ikke var planlagt og som medfører økte ventetider.

Utarbeidet områdeplan for nevrohabilitering innenfor Oslo sykehusområde er gjort i samarbeid med representanter fra Brukerrådet i Helse Sørøst RHF, tillitsvalgt for fastlegene i Oslo, HEV, representanter fra byrådet for Helse og sosial, representanter fra bydelene, representanter fra de private institusjonene og LMS. Det er laget en handlingsplan i forhold til ansvarsfordeling på de ulike nivåene, samt plan for tiltak for å bedre samarbeidet på tvers av nivåene. I planen er det også lagt inn samarbeidsavtale mellom to bydeler og BUP og et godt etablert overføringsprogram av unge til avdeling for voksenhabilitering.

Ressursenter for habilitering av barn og unge (RHABU) er planlagt forventes opprettet og iverksatt i 2012. Senteret skal jobbe med etter og videreutdanning, initiering av og drift av fagnettverk, generering av virksomhetsdata, informasjonsformidling, fag og forskningsutvikling.

På grunn av nedbemanning har virksomheten ved de private institusjonene måttet legge om sin virksomhet til å drive mere ambulante tjenester ut til skoler, barnehager og til hjemmene. Denne tjenesten har økt betydelig det siste året.

LMS har igangsatt nye tilbud for brukerne, herunder grupper for ungdommer med CFS/ME, SMIL - grupper for barn og foreldre innenfor område rus og psykiatri, grupper for minoritetsfamilier. Det er utarbeidet virksomhetsplan for LMS -barn ved Oslo universitetssykehus HF.

Det er en utfordring å kunne gi habiliteringstjeneste innenfor nivåene område, region og nasjonalt. Mange habiliteringstilbud rundt om i landet har ofte ikke den kompetansen som pasientene og familiene har behov for, men som forefinnes sentralt.

Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)

Oslo universitetssykehus HF har i 2011 ikke fått oppdraget om å etablere et Regionalt senter for allergiske sykdommer, i tråd med Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer. Det arbeides med dette i Helsedirektoratet og det er et ønske om at et slikt senter kan etableres i Oslo universitetssykehus HF. Med den store forskningsaktiviteten innen fagområdet Kvinne Barn (Forskningsgruppen ORAACLE) som har stort internasjonalt forskningssamarbeid innen astma- og allergiforskning er det naturlig at et slikt regionalt senter legges hit.

Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)

Midtevaluering ble foretatt vinteren 2010/2011. Nasjonal strategi inneholder til sammen 59 tiltak som skal gjennomføres innen utgangen av 2012. Vinteren 2010/2011 hadde Oslo universitetssykehus HF gjennomført eller etablert som løpende aktivitet ca 2/3 av tiltakene, mens ca 1/3 enten var under arbeid eller ikke påbegynt.

Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)

I henhold til Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring kreves det at man skal kartlegge pasienter på sykehus i ernæringsmessig risiko. Dette innebærer å implementere gode rutiner for å kartlegge underernæring, noe som er under innføring i sykehuset og vil fortsette ut i neste år. Det er i ferd med å bli etablert et ernæringsråd i Oslo universitetssykehus HF. Rådets mandat forventes godkjent primo 2012.

Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009-2014).

Oslo universitetssykehus HF registrerer data i pasientregistre, som for eksempel traumeregisteret, som gir data som kan brukes i arbeidet med forebygging av ulykker.

Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009 -2014)

Det planlegges som et pilotprosjekt et lærings- og mestringskurs for nydiagnostiserte HIV smittede. Planlagt oppstart våren 2012.

Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)

Oslo universitetssykehus HF videreutvikler tilbudet til pasientene i tråd med nasjonale strategier og Opptappingsplanen for rusfeltet ved økt satsning på utredning, systematisk bruk av anerkjente behandlingsmetoder, videreutvikle det polikliniske tilbudet, utvikle dagplasser, drive forskning og kvalitetsarbeide.

Ventetider, pasientforløp og fristbrudd

Oslo universitetssykehus HF har fokus på rydding, styring og kontroll av ventelister herunder ventetider og fristbrudd. Halvt års planleggingstid i timebøker på alle poliklinikker, omfordeling av legerressurser til poliklinikk innen de områdene som har brudd over tid. Opplæring av dedikerte sekretærer og leger som kan systemene. God erfaring med fleksibel bruk av operasjonsstuer, poliklinikk og

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|---|
| | <p>legeressurser. Sykehuset er kjent med retningslinjene for fritt sykehusvalg og de muligheter som ligger i å avvise henvisninger når det foreligger begrenset kapasitet.</p> <p>På tross av dette har Oslo universitetssykehus HF økende ventetider innen områder som ortopedi, kardiologi, nevrokirurgi og plastikkirurgi. Årsakene er sammensatte: blant annet mangel på operasjonssykepleiere, økende pasienttilstrømning og flyttinger. Det har vært satt i gang eget tiltak for å få ned ventetidene innen barneortopedi og ablasjonsbehandling. Det vil ytterligere bli arbeidet med tiltak i 2012.</p> |
| <p><i>Det er et mål å få bedre oversikt over pasientenes bevegelser mellom institusjoner og nivå i helsetjenesten. Det bør framgå av pasientadministrative system og Norsk pasientregister hvilken instans, institusjon eller enkeltlege som har benvist pasienten til sykehus, og til hvilken instans eller institusjon pasienten skrives ut/overføres.</i></p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Styringsmål for ventetider, pasientforløp og fristbrudd</i> | |
| <p><i>Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011.</i></p> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF nærmer seg dette målet for pasienter med rett til prioritert helsehjelp, men det er mye igjen før dette kan oppnås for alle pasienter med og uten rett til prioritert helsehjelp. |
| <p><i>Alle pasienter innen BUP skal være vurdert innen 10 dager.</i></p> | |
| Årlig melding | Alle pasienter i BUP er vurdert innen 10 dager. |
| <p><i>Alle rettighetspasienter skal gis utredning eller behandling innen 65 virkedager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år.</i></p> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF klarer nesten målsettingen for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, men har betydelig lengre og økende ventetider for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp. |
| <p><i>Det skal ikke forekomme fristbrudd for rettighetspasienter.</i></p> | |
| Årlig melding | Det forekommer få fristbrudd for rettighetspasienter. Rettighetspasienter prioriteres i ventelistebehandlingen. |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oppgave for ventetider, pasientforløp og fristbrudd</i> | |
| <p><i>Oslo universitetssykehus HF skal registrere, kvalitets sikre og rapportere data om henvisninger til Norsk pasientregister.</i></p> | |
| Årlig melding | Det har vært gjort en omlegging av venteliste statistikken for 2010 og 2011 ved avstemming mot Norsk pasientregister. |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kvalitet og pasientsikkerhet</i> | |
| <p><i>Tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, trygge og sikre. Det er et ledelsesansvar å ha oversikt over status på kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Mangelfull kommunikasjon og språkforståelse er en risikofaktor og en viktig kilde til feilbehandling.</i></p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring</i> | |
| <p><i>Det er et nasjonalt mål at de regionale helseforetakene har mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som understøtter gode pasientforløp. Dette kan nås blant annet ved å implementere nasjonale faglige retningslinjer. Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig verktøy for å dokumentere behandlingseffekt over tid, og gir grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Det er også et nasjonalt mål å etablere slike registre innen viktige fagområder. Videreutviklingen av kvalitetsregisterområdet skal være i tråd med handlingsplanen for Nasjonalt helseregisterprosjekt. I alt 19 medisinske kvalitetsregistre har status som nasjonale registre, og disse registrene skal gjøres landsdekkende og operative i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid i 2011.</i></p> | |
| <p><i>Det skal normalt ikke være korridorpasienter.</i></p> | |

| | |
|---------------|--|
| | <p>Oslo universitetssykehus HF har i inneværende år vært pådriver for å få på plass nasjonale nettverk for fagprosedyrer/retningslinjer og pasientforløp/behandlingslinjer for å fremme ensartet praksis og unngå dobbeltarbeid.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har bidratt aktivt til å lage kunnskapsbaserte faglige prosedyrer og retningslinjer til delingsnettstedet www.fagprosedyrer.no.</p> <p>Oslo universitetssykehus har også bidratt til at en innen kort tid får et delingsnettsted fritt tilgjengelig for alle med bidrag fra noen sentrale helseforetak i Norge.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har inneværende år lagt mest vekt på å kartlegge hvilke pasientforløp/behandlingslinjer som bør lages og hvilke helseforetak i Norge som en kan samarbeide med for å effektivisere arbeidet og forhindre dobbeltarbeid. Det er i tillegg lagt vekt på hvordan en metodisk kan koble kunnskapsbaserte fagprosedyrer med arbeidet med pasientforløp/behandlingslinjer. Metoder for søk etter litteratur har her vært sentralt. Likeså hvordan en skal lage standarder for måletall i arbeidet med pasientforløp/behandlingslinjer.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har laget 4 behandlingslinjer i 2012. Her er nasjonale retningslinjer inkludert i arbeidet der dette har vært relevant.</p> <p>Strategi, metode og samarbeidsutvalg er på plass og alle klinikker skal via eget og andres arbeid lage minst 1 pasientforløp/behandlingslinje hver. I 2012 skal planer realiseres og sykehuset skal arbeide videre med kunnskapsbasert med behandlingslinjer/pasientforløp.</p> <p>Sykehuset har godt samarbeide med ledende internasjonale miljøer på kunnskapsbasert praksis og vil fortsette å samarbeide tett med dem innen arbeidet med kunnskapsbasert praksis, fagprosedyrer og pasientforløp/behandlingslinjer.</p> <p>Det arbeides kontinuerlig for å unngå korridorsenger og løse overbelegg på annen måte ved Ullevål. Ved Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker er korridorsenger ikke et daglig problem. Medisinsk klinikk har ca. 98 % pasientbelegg. Det er en kjent problemstilling at klinikken har stort press på heldøgnsenger og intensivkapasitet med overbelegg og korridorsenger. Risikovurdering er utført og det er utarbeidet risikoreduserende tiltak.</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Styringsmål for kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring</i> |
| Årlig melding | <p><i>Alle epikriser skal sendes ut innen sju dager.</i></p> <p>Sykehuset tilstreber å sende ut epikriser enten direkte med pasienten eller i brev innen syv dager. Avvik kan delvis begrunnes i at det tar tid å få svar på spesialiserte undersøkelser.</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oppgaver for kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring</i> |
| Årlig melding | <p><i>Helse Sør-Øst RHF skal utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpatienter. Oslo universitetssykehus HF skal bidra i dette arbeidet.</i></p> <p>Oslo universitetssykehus HF har ikke mottatt invitasjon fra Helse Sør-Øst RHF til å delta i dette arbeidet.</p> |
| | <p><i>Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet med å tilrettelegge for bruk av mini-HTA i helseforetakene (herunder utvikling av mini-HTA skjema og nødvendige støttefunksjoner) i samarbeid med Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet. Oslo universitetssykehus HF skal bidra i dette arbeidet.</i></p> |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|---------------|---|
| Årlig melding | Det er tatt initiativ opp mot Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for å gjøre dette primo 2012. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Kvalitet og pasientsikkerhet - Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning |
| | <i>Det er et mål at reell brukervedvirkning skal ligge til grunn for lokalt utviklings- og omstillingsarbeid og forskning. Det bør sees hen til erfaringene fra Nasjonalt pilotsykehusprosjekt.</i> |
| | Oslo universitetssykehus HF har etablert et sentralt overordnet brukerutvalg. Brukerrådet er representert i sykehusets styre, i en rekke prosjekter knyttet til omstillingsprosessen i klinikkens brukerråd samt i en av klinikkens kvalitetsutvalg. |
| | <i>Tjenestene skal være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Dette innebærer både fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse. Det bør tilstrebes at lokale brukerundersøkelser fokuserer på betydningen av kommunikasjon og språkforståelse for behandlingskvalitet.</i> |
| | <p>Sykehuset tilstreber å gjøre alle tjenester fysisk tilgjengelige for alle brukere.</p> <p>Gjennom lærings- og mestringssenter for barn (LMS-B) samarbeider helsepersonell og brukere på like fot, med bruk av hverandres kompetanse. Omfatter blant annet kurs, seminarer, pasientinfo på en rekke språk og med bruk av representanter som kjenner kultur, sykdomsforståelse osv. Brukerundersøkelser og evaluering er sentrale virkemidler.</p> <p>Med sin storbyplassering er pasienter med andre språk og kulturer en kjent problemstilling for våre ansatte. Bruk av tolk i pasientbehandlingen er økende. Sykehuset tilstreber å møte og tilrettelegge for pasientene på grunnlag av deres bakgrunn, forventninger, behov og ønsker.</p> <p>Det er ikke gjennomført felles overordnet brukerundersøkelse for Oslo universitetssykehus i 2011, men flere lokale brukerundersøkelser. Klinikken har tilrettelagt for brukervedvirkning ved at det er opprettet brukerråd.</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> Kvalitet og pasientsikkerhet - Pasientsikkerhet |
| | <i>Antall uønskede hendelser skal reduseres. I 2011 starter Nasjonal pasientsikkerhetskampanje – i trygge hender (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen skal legge grunnlaget for varige systemer, strukturer og kompetanse om pasientsikkerhet og bidra til bedre pasientsikkerhetskultur. Nasjonale innsatsområder i kampanjen er postoperative sårinfeksjoner, riktig legemiddelbruk, behandling av hjerneslag og psykisk helsevern. Kampanjen starter med en basismåling av omfang av pasientskader ved hjelp av Global Trigger Tool. Innsatsområdene innføres gradvis.</i> |
| | <p>Det er orientert om kampanjen på intranettet, i ledermøter og i klinikkens kvalitetsutvalg.</p> <p>Trygg kirurgi er under bred innføring.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF leverer data i henhold til plan for Global Trigger Tool (GTT).</p> <p>Oslo universitetssykehus HF arbeider med å redusere antall sykehusinfeksjoner kontinueres.</p> <p>Klinikk for psykisk helse og avhengighet leder ekspertgruppen innfor psykisk helse som har valgt områdene selvmord og overdoser.</p> <p>Medisinsk klinikk har i 2011 etablert et prosjekt på dokumentasjon av legemiddelbruk der avstemming av medikamentlister for pasienter i samhandlingsfeltet inngår.</p> <p>Det er opprettet prosjekt for å redusere antall legemiddelfeil.</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> Oppgave for kvalitet og pasientsikkerhet - Pasientsikkerhet |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|--|
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapporterer data til kampanjens sekretariat. I tillegg til rapportering i årlig melding, bes det om en statusrapportering for helseforetakenes medvirkning i og resultater fra pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF deltar i kampanjen. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) | |
| <i>Tjenestene innen TSB skal være samordnet, tilpasset pasienter med sammensatte lidelser og sikre et sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser. Samordning med tjenestene innen psykisk helsevern er særskilt viktig. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.</i> | |
| | Rusakuttmottaket ved Senter for rus- og avhengighetsbehandling (SRA) har fast daglig kommunikasjon med Legevakten om pasienter som skal til TSB. Det er utarbeidet en rutine for øyeblikkelig hjelp til pasienter med rusmiddelbruk og samtidig symptomer på psykose. Det er en utfordring at mange Oslo pasienter får sin behandling hos private tjenesteleverandører som ikke regelmessig har samhandling med lokalbasert psykisk helsevern i opptaksområdet. |
| <i>Det er et mål å ha gode rutiner for samarbeid med kommunen under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinntak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.</i> | |
| | De kliniske avdelingene ved Senter for rus- og avhengighetsbehandling (SRA) har nær kontakt med pasientenes bydel under behandling. Det er rutiner for samarbeid, individuell plan og utskrivning av pasienter. Oslo kommune melder at enkelte private institusjoner som behandler Oslo-pasienter ikke systematisk samhandler med bydelene blant annet ved avbrudd/utskrivning. |
| <i>Helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten tilknyttet rusmestringsenhetene skal bidra til at innsatte ved rusmestringsenhetene blir vurdert med hensyn til rett til nødvendig helsehjelp for sin rusmiddelavhengighet.</i> | |
| | Dette særskilte oppdraget knyttet til rusmestringsenhetene i fengsler er relatert spesielt til Sørlandet sykehus og ikke til Oslo universitetssykehus HF. Avdeling ung har allikevel hatt et samarbeidsprosjekt med Kriminalomsorgen Region Øst for å se på mulighetene for et samarbeid rundt innsatte/pasienter med rus og avhengighetslidelser. Prosjektet konkluderte med at det vil være behov for en delt stilling mellom Senter for rus- og avhengighetsbehandling (SRA) og Oslo Fengsel for å sikre gode overganger mellom fengselsopphold og behandling for unge rusavhengige. Det vil i 2012 bli søkt eksterne midler til en slik stilling plassert i Avdeling avhengighetsbehandling ung, SRA. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Oppgaver for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal etablere behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart av behandling i samarbeid med kommunene.</i> | |

| | |
|---|--|
| Årlig melding | <p>Avgiftningsavdelingen: kontakter pasienter til elektive innleggelser kvelden før og rapporterer til inntaksteam dersom pasienter ikke har møtt på angitt dato.</p> <p>Avgiftningsavdelingen har i enkelte saker behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunen, spesielt i saker der det erfaringsmessig kan oppstå komplikasjoner eller særskilte utfordringer i forbindelse med behandlingen. Det blir i alle § 6-2 saker avholdt bistandsmøte/forberedelsesmøte med kommunen før innleggelse.</p> <p>Avdeling Spesialiserte ruspoliklinikker: Aktivitet med pasient før rett - som en avklarende samtale, registreres ikke som behandling. Ved Avhengighetspoliklinikken starter den polikliniske behandlingen innen en uke etter rett er gitt. Ved LAR poliklinikkene starter behandlingen med samarbeidsmøter internt eller eksternt, eller samtale med pasienten. Dette skjer gjerne før oppstarten av den medikamentelle behandlingen.</p> <p>Behandlingsavdeling voksen har kontinuerlig samarbeid med pasienten og samarbeidspartnere i venteperioden, for eksempel: avklaringssamtale, utredning av personlig informasjon, målsetting for oppholdet, eventuelt ansvarsgruppe og opphevelse av taushetsplikt. Spesiell fokus på eventuelle endringer i pasientens livs- og rusituasjon. Hvis nødvendig/aktuelt legges pasienten inn før planlagt tid.</p> <p>Avdeling ung: Det er ikke etablert noe spesifikt behandlingsforberedende tiltak i samarbeid med kommunen da det i 2011 har vært svært kort ventetid for rettighetspasienter. Det utføres generelt behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart i form av samtaler.</p> |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB.</i> | |
| Årlig melding | <p>Det er flere pasienter som fullfører behandling, prognosen sier at det i 2011 vil være ca 16 % som bryter behandling mot 21 % i 2010.</p> <p>Det er i gang 2 doktorgradsprosjekter, 1 hovedoppgave, samt søkt midler til en tredje doktorgrad hvor fokus på fullføring av behandling/unngåelse av drop-out er fokus.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Psykisk helsevern | |
| <p><i>Pasienter/ brukere skal få tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv. Tilbudet skal gis på kommune- eller DPS- nivå der dette er forsvarlig. Det er et mål at DPS skal utvikles til å ha nødvendige akuttfunksjoner slik at alle henvendelser kan rettes dit uavhengig av tid på døgnet. DPS forutsettes å være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Videre er det et mål at DPS skal ha tilstrekkelig kompetanse om psykiske lidelser hos eldre. Sykehusene skal ivareta oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå.</i></p> | |
| <p><i>Antall tvangsinnleggelser og omfanget av tvangsbruk i psykisk helsevern skal reduseres og kvalitets sikres. Det må legges til rette for at rettighetene til fengselsinnsatte med psykiske og rusrelaterte lidelser ivaretas.</i></p> | |
| | <p>Alle henvisninger til spesialisthelsetjenesten går via DPS. Akutteam er etablert på Søndre Oslo DPS. Det arbeides med å gjøre om ambulantteam i Josefinegaten DPS til et akutteam, etter samme modell som Søndre Oslo DPS.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har i 2011 styrket alderspsykiatrisk poliklinikk (APS) gjennom å overføre ressurser fra sykehusnivå. APS arbeider også ambulant. Det arbeides med å legge til rette for et 24/7 tilbud i Oslo.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF ligger lavt i bruk av tvang i følge Sintefs rapport for 2010. Psykiatrisk poliklinikk i Oslo fengsel er en del av foretakets drift av Regional sikkerhetsavdeling.</p> |

| | |
|--|--|
| <i>Datakvaliteten innen psykisk helsevern skal bedres.</i> | |
| | Det gjennomføres opplæring av alle ansatte, med spesielt fokus på nyansatte, i de pasientadministrative systemene. |
| • <i>Oppgaver for psykisk helsevern</i> | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for at nødvendige akutfunksjoner kan etableres ved DPSene.</i> | |
| Årlig melding | Akutfunksjonen er delt mellom de distriktpsikiatriske sentre på dagtid og Psykiatrisk legevakt som har akutfunksjonen fra kl. 16 til kl. 23 alle dager. |
| <i>Helse Sør-Øst RHF skal gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II. Oslo universitetssykehus HF skal bidra i dette arbeidet.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF er i gang med dette arbeidet |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal rapportere utskrivningsklare pasienter til DPS og kommuner til Norsk pasientregister.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF rapporterer som vi skal til Norsk pasientregister. |
| • <i>Kreftbehandling</i> | |
| <i>Høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling mellom alle ledd på kreftområdet er viktige mål. Pasientforløp skal ivareta god behandlingskvalitet og sikre at kreftpasientene unngår unødige venting på utredning og behandling. Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud.</i> | |
| | Sykehuset har fokus på å sikre kreftpasientene gode og forutsigbare pasientforløp uten unødvendig ventetid og med høy kvalitet. Tilgjengelighet på diagnostiske ressurser er en utfordring som det arbeides kontinuerlig med å forbedre. Det er nedsatt multidisiplinære team som skal understøtte gode pasientforløp og effektiv ressursbruk. Oslo universitetssykehus har alle funksjoner innen kreftbehandling, fra lokalsykehusfunksjoner til landsfunksjoner og kreftbehandling i svært mange av våre klinikker. |
| <i>Arbeidet med å bedre kvaliteten i tjenesten skal ta utgangspunkt i Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåking.</i> | |
| | <p>Utredningsdiagnostikk (sen diagnostikk): For å redusere effekten av kjente flaskehalsar som radiologi arbeides det med:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fordeling av utredningsoppgaver mellom lokal- og regionalavdeling. Spesielt er det viktig med ensartede krav og rutiner ved radiologisk undersøkelser for å redusere gjentakelse av slike prosedyrer. • En prioritering av radiologiske prosedyrer internt i Oslo universitetssykehus HF for å skille ut hva som må gjøres regionalt og hva som kan gjøres lokalt? • Forbedring av søknadskvalitet fra lokalavdeling gjennom tettere samarbeid og oppnevning av kreftinteressert • Prioriteringskriterier for radiologisk diagnostikk. <p>Informasjonsflyt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oncolex.no benyttes i noen fagområder og avstemmes mot lokale behandlingsprogrammer. Disse programmene er distribuert til lokalavdelinger. • Det pågår forbedringsarbeider for å gi raske epikriser til lokalavdelinger for videre pasienthåndtering der, særlig med tanke på kjemoterapiadministrasjon. |

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Elektronisk program for dosering av kjemoterapi. <p><u>Komplikasjonsovervåkning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Oslo universitetssykehus HF avvikssystem brukes for registrering av uønskede hendelser. • Lokale, kliniske kvalitetsregister som Medinsight benyttes for både akutte og sene komplikasjoner. |
| <u>Andre områder</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Habilitering og rehabilitering | |
| <p><i>Rehabiliterings- og habiliteringstiltak skal være en integrert del av pasientforløpet hos barn og voksne med ulike sykdommer og skader. Samhandlingsreformens mål om mer helhetlige og sammenhengende tjenester uten unødige brudd og forsinkelser gjelder i stor grad for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Gjennom samhandlingsreformen skal det vurderes om kommunene skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering.</i></p> | |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF har nedsatt en gruppe som utformer en områdeplan i rehabilitering med fokus på behandlingslinjene til de store pasientgruppene fra spesialisthelsetjeneste til 1-linje og kommunale tjenester.</p> <p>Sykehuset har Igangsatt og ferdigstilt områdeplan innen nevrorehabilitering for barn og nevrorehabilitering for voksne. Arbeidet med områdeplan for rehabilitering er i avslutningsfasen.</p> <p>Habilitering (voksne og barn), rehabilitering og geriatrimiljøene ved Oslo universitetssykehus HF har sammen med Universitetet i Oslo, Diakonhjemmet sykehus, Sunnaas sykehus HF og Oslo Kommune etablert et Forskningscenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester (CHARM), finansiert i 5 år av Norges forskningsråd. Forskningscenteret vil utvikle og evaluere tjenestetilbud, modeller og metoder med fokus på samhandling og brukermedvirkning.</p> <p>Det er etablert dagrehabiliteringstilbud på Vardesenterene for kreftpasienter</p> <p>Revisjon av sykehusomfattende prosedyrer for Individuell plan er gjennomført.</p> <p>Det er igangsatt arbeide med å etablere en Koordinerende enhet (KE) i Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Tidlig rehabilitering av pasienter med traumatiske hodeskader er et tverrfaglig tilbud ved Intensiv III - Ullevål. Forløpet starter allerede i intensivfasen med tiltak i henhold til ABC konseptet og fortsetter fram til overflytting til Sunnaas sykehus HF for spesialisert rehabilitering. Tilbudet medfører en lukket og kontinuerlig behandlingssløyfe som omfatter skadested – mottak - intensiv/tidligrehabilitering -rehabilitering. Det fordres tett samarbeid mellom spesialsykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, fysikalsk medisiner og intensivmedisiner. Tidlig rehabilitering er ressurskrevende i forhold til areal, utstyr og personalressurser.</p> <p>Prosjektet "Samhandlingsarena på Aker" er et samarbeidsprosjekt mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune. Det er god dialog mellom Oslosykehusene, Sunnaas sykehus HF og Oslo kommune om at rehabilitering bør bli et av satsingsområdene. Avklaring på dette punktet ventes våren 2012.</p> |
| <p><i>Det er et mål å systematisere barne- og voksenalterarbeidet og sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.</i></p> | |

| | |
|--|--|
| | <p>Systematisering av barnehabiliteringsarbeidet foregår i Seksjon for nevrohabilitering i forhold til tverrfaglige utredninger og diagnostisering både på Ullevål og Rikshospitalet.</p> <p>Tett samarbeid med bydelene for å systematisere hva som skal gjøres innen for habiliteringen og hva som er bydelenes ansvar. Foretaket har utarbeidet samarbeidsavtaler både på system og individnivå med to bydeler i Oslo kommune og vil i 2012 igangsette arbeide med flere bydeler.</p> <p>Det utarbeides også en pasientsløyfe i forhold til tidlig rehabilitering av barn med ervervet hjerneskader, et prosjekt i samarbeid med Sunnaas sykehus HF, Sørlandet sykehus HF, Nordre Åsen habiliteringssenter og Barnesenteret på Ullevål.</p> <p>Tidligere er det utarbeidet en pasientsløyfe i forhold til CP barn.</p> <p>For å sikre overgang fra barnehabilitering til voksenhabilitering blir det systematisk vurdert årskull med gjennomgang av journaler til ungdommene som har fått tjeneste ved barnehabiliteringen. Det er etablert regelmessige samarbeidsmøter for å sikre at disse ungdommene får videreført den tjenesten de har behov for i voksenhabiliteringen.</p> <p>Det er også etablert programmer for oppfølging av barn med tumor cerebri, kommunikasjonsteam som spesielt ivaretar alternativ kommunikasjon (ASK) og kompetansesenter for spise/ernæring.</p> <p>Barn med Down syndrom har et eget oppfølgingsprogram hvor det er laget en handlingsplan som følges, nyrevidert i 2011.</p> |
| <p><i>Pasienter skal få nødvendige behandlingshjelpemidler som del av medisinsk behandling, og tildeling av behandlingshjelpemidler skal skje ut fra en individuell vurdering i det enkelte tilfelle.</i></p> | |
| | <p>Barn som blir henvist til Seksjon for nevrohabilitering blir vurdert i tverrfaglig team i forhold til behov for aktuelle hjelpemidler.</p> <p>Barn som trenger alternativ supplerende kommunikasjon (ASK), blir vurdert av nevropsykolog i forhold til kommunikasjonshjelpemidler som blir tilpasset det enkelte barn.</p> <p>Foreldre får tilbud om ASK kurs i forhold til hjelpemidlene, samt at tjenesteytere i bydelene (skoler, barnehager) også får tilbud om kurs for å kunne bistå familiene lokalt.</p> <p>Barn med CP som trenger tilpasset sitte hjelpemidler blir henvist til Sitteteamet for vurdering i samarbeid med hjelpemiddelsentralen og aktuelle firma.</p> <p>Andre ganghjelpemidler blir vurdert av fysio- og ergoterapeut i seksjonen og blir fulgt opp med kontroller i forhold til behovene i samarbeid med bydelsfyst.</p> <p>Seksjonen har et godt samarbeid med hjelpemiddelsentralen i Oslo, både i forhold til kommunikasjon til hvert enkelt barn og generelt i forhold til seksjonen.</p> |
| <p>• Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus</p> | |
| <p><i>Nødmede- og ambulansetjenesten skal ha god kompetanse og rask respons. Det skal være likeverdig tilgang til nødmedetjenesten for funksjonshemmede, minoritetspråklige og den samiske befolkningen. Det er et mål å bedre samarbeid og kommunikasjon mellom akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og de frivillige organisasjonene.</i></p> | |
| | <p>Kompetanse: Prehospitaltjenester i Oslo og Akershus har generelt god kompetanse. Dette både i form av formalkompetanse samt at det er iverksatt interne systemer for videreutdanning, sertifisering og re-sertifisering rundt om i avdelingene. Ca 60 % av fast ansatte i</p> |

ambulansetjenesten er Paramedic samt at Oslo universitetssykehus HF til enhver tid har ca 50 lærlinger (25 pr årskull.)

Responstider:

Det registreres responstider i AMK, kjørekontor samt i forhold til ambulansetrykning i alle bydeler og kommuner. Det er i liten grad formaliserte nasjonale krav. I forhold til anbefalte krav er det responstidsmessige særlige utfordringer i AMK-sentralen, samt i ambulanseberedskapen på Nesodden, områdene Ryen / Østensjø, Søndre Nordstrand og i Groruddalen. Med bakgrunn i tilsynssak i forhold til AMK sentralen skal Oslo universitetssykehus HF avgi egen rapport i forhold til svartider i AMK.

Likeverdig tilgang til nødmeldetjensten:

Oslo universitetssykehus HF vil være avhengig av de muligheter og begrensninger som ligger i Nytt Nødnett fremover i forhold til utvikling og utrulling. Utover ordinær telefon jobbes det med mulighet for automatisk varsling til AMK ved for eksempel trafikkulykker (fra den enkelte bil som er involvert inkludert GPS posisjon) samt mulighet til å kontakte AMK med tekstmeldinger fra mobiltelefon (SMS). KOKOM (Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap) har fremmet forslag om et nasjonalt prosjekt til å utrede og innføre nasjonale tiltak for funksjonshemmede.

Språk og kulturkompetanse i AMK

Innenfor sykehusets område benyttes det nå ca 220 språk. Sykehusets personell i AMK behersker hovedsakelig norsk og engelsk. Det er ingen samisktalende ansatt i AMK. Sykehuset har vektlagt kompetanse innenfor helsefag (sykepleier / paramedic), IKT, håndtering av stress, kommunikasjon i AMK sentralen. Det er så langt i liten grad lykkes med å rekruttere ansatte med flerkulturell bakgrunn.

Det pågår et prosjekt sammen med KOKOM og NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for migrasjonshelse) med fokus på kommunikasjon i vanskelige samtaler - også i forhold til flerkulturelle innringere. Dette ligger også til grunn for prosjekt kompetanseplan i regi av KOKOM og implementeres hos oss i fag dager og gjennom veiledning.

Videre har AMK-sentralen samarbeid med de flerkulturelle organisasjonene gjennom Oslo universitetssykehus HF sitt flerkulturelle arbeid.

Storbritannia og Sverige har ordninger som innebærer at sentralene kan få bistand av et nasjonalt tolkesenter (kommersielt) for å sikre nødvendig språkforståelse. Dette er visstnok meget kostnadskrevende. KOKOM opplyser at det er et EU prosjekt (reach 112), (bilde, tale, tekst) som de følger nøye samt at de vil ta opp de utfordringer som ligger i oppdragsdokumentet i et europeisk samarbeidsforum som benevnes EGEA (ekspert group for emergenci access) .

De utfordringer som ligger i oppdragsdokumentet kan ikke Oslo universitetssykehus HF klare å innfri alene. Sykehusets anbefaling er at det utredes nasjonale for etablering av en nasjonal tjeneste som alle nødmeldesentralene i Norge kan benytte.

AMK-sentralen har hatt en deltaker på årets studiekull; Veiledning i flerkulturelt helsearbeid.

I tillegg har Prehospitalt senter fra tidligere 2 personer som har tatt denne utdanningen, hvorav én har hatt en 40 % stilling for å jobbe aktivt med dette feltet internt i egen organisasjon, (primært overfor ambulansepersonell). Hans arbeid har i stor grad bestått i intern

| | |
|------------------------------------|--|
| | <p>undervisning i fagfeltet flerkulturell forståelse og flerkulturelt helsearbeid. De som har tatt utdanningen er også deltakere i sykehusets kulturveiledernetverk.</p> <p><u>Samarbeid med frivillige organisasjoner:</u> Oslo universitetssykehus HF har avtaler med de frivillige organisasjonene (Norsk Folkehjelp og Norges Røde Kors) i forhold til supplerings-tjeneste med ambulanser i Oslo og Akershus.</p> <p><u>Kommunikasjon mellom akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.</u> Sykehuset deltar i forskjellige samarbeidsfora med akuttmottak og legevakter i vårt område samt at Oslo universitetssykehus HF har lederfunksjon i regionalt fagråd for prehospitale tjenester og akuttmottak.</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oppgaver for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus</i> |
| | <i>Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralene.</i> |
| Årlig melding | Se besvarelse over. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Hjerteflimmerbehandling</i> |
| | <i>Pasienter med hjerteflimmer skal tilbys behandling i henhold til nasjonale faglige anbefalinger. På bakgrunn av de nye anbefalingene fra Helsedirektoratet for behandling av pasienter med atrieflimmer og av hensyn til likebehandling av pasientene, finner departementet det riktig at alle pasienter med behov for ablasjon vurderes i forhold til prioriteringsforskriften eller forsvarlighetskravet, jf. brev fra departementet til de regionale helseforetakene 27.10.2010.</i> |
| | <p>Atrieflimmerpasienter hatt fått en sentralt tildelt rettighet som andre pasienter ikke har fått med rett til ablasjon innen 6 måneder. Pågangen fra pasienter med atrieflimmer er økende med det resultat at også andre arytmi-pasienter får økte ventetider (SVT). Dette er uheldig i det disse (SVT) pasientene har en sterkere indikasjon for ablasjonsbehandling enn atrieflimmerpasienter har i henhold til internasjonale guidelines.</p> <p>Situasjon er også den at økt etterspørsel etter ablasjoner gir andre prioriterte pasientgrupper lengre ventetid, for eksempel klaffepasienter. Etterspørselen (økte oppgaver) bør reflekteres i Oslo universitetssykehus HF totale ressurser og det er viktig at oppdragsgiver er inneforstått med at foretaket innen arytmi-behandling ikke har oppgaver som i vesentlig grad har latt seg overføre til andres sykehus.</p> <p>Det legges opp til et totalt antall på 1100-1200 ablasjoner i 2012, men for å holde tritt med ventelister er det avgjørende at Feiringklinikken tildeles kvote for ablasjoner også i 2012.</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oppgaver for hjerteflimmerbehandling</i> |
| | <i>Det bes om statusrapportering for dette arbeidet innen utgangen av 1. tertial 2011.</i> |
| Egen rapportering Årlig melding | Helse Sør-Øst RHF er blitt jevnlig oppdatert om hjerteflimmerbehandling ved Oslo universitetssykehus HF. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Behandling av sykkelig overvekt</i> |

| | |
|---|---|
| <i>En gjennomgang viser at ventetiden for utredning og behandling av sykelig overvekt er ulik og noen steder for lang jf. Helsedirektoratets prioriteringsveileder for sykelig overvekt, IS-1702. Pasienter med sykelig overvekt skal sikres et helhetlig og sammenhengende tilbud.</i> | |
| | <p><u>Ved Senter for sykelig overvekt (SSO), Aker:</u> Det tilstrebes å gi alle pasienter med sykelig overvekt et helhetlig behandlingstilbud. Dette innebærer at alle henvisninger blir besvart i løpet av 30 virkedager og som oftest i løpet av 1 uke. Ventetid på oppstart av behandling er maks 8 måneder, for veldig syke pasienter kortere. Behandling av sykelig overvekt er tverrfaglig hvor atferdsendringer hos pasienter er av en stor betydning. Denne behandlingsskjeden er i tråd med prioriteringsveileder og frist til oppstart av behandling er der satt til maks 1 år. Når pasienten er ferdig med 40 timers kurs på Lærings- og mestrings-senter, LMS, kan pasienten velge hvilken behandling han/hun ønsker videre. Dersom pasienten ønsker kirurgi er det grad av tilleggssykdommer, relatert til overvekten som avgjør ventetid til kirurgi og ikke operasjonskapasitet. Altså blir ventetid til kirurgi satt på et rent medisinsk grunnlag.</p> <p><u>Ved Sosialpediatrisk seksjon, Ullevål:</u> Barn og unge med sykelig overvekt/fedme med rett til helsehjelp. Her følges det prioriteringsveileder der maksimumsfrist er 12 uker. For barn og ungdom med overvekt som har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, men ikke har prioritert helsehjelp er det ventetid på opptil 6 måneder.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ernæring og mattrygghet | |
| <i>Gode rutiner og kompetanse skal sikre at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet. Veiledningsoppgaven ovenfor kommunene skal ivaretas på ernæringsområdet. Eldres ernærings situasjon skal ha spesiell oppmerksomhet.</i> | |
| | Dette ivaretas gjennom handlingsplaner rettet mot ernæringskartlegging på avdelingsnivå og at det er laget et felles ernæringsråd på sykehusnivå som bygger på de som tidligere var ved de enkelte sykehus. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Oppgave for ernæring og mattrygghet | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal følge opp Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonskjøkken.</i> | |
| Årlig melding | Rapporten er kjent og følges opp av sykehusets institusjonskjøkken og Oslo sykehuservice. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Beredskap og smittevern | |
| <i>Det skal finnes oppdaterte og øvede beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelser, og for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser.</i> | |

Ny overordnet beredskapsplan for alle sykehusene i Oslo universitetssykehus HF ble iverksatt 15.mars 2011. Som del av planverket har foretaket en rekke hendelsesbaserte planer for håndtering av eksterne ulykker som medfører massetilstrømning av pasienter og hendelser med interne sviktsituasjoner (IKT, strøm, vann osv). De meste sentrale av disse planene er oppdatert og det pågår et løpende arbeid for å komplettere planverket.

Oslo universitetssykehus har hatt flere hendelser med svikt i våre IKT systemer. Det er opparbeidet en betydelig erfaring i å håndtere slike beredskapssituasjoner.

Planverket for håndtering av mange pasienter fra ekstern ulykke ble satt på prøve 22.juli og dagene etterpå. Beredskapssystemene i Oslo universitetssykehus HF bestod denne prøven. Egen rapport om sykehusets håndtering av hendelsene 22.juli er utarbeidet og vil danne grunnlag for videre forbedringsarbeid.

Beredskapssjefen ved Oslo universitetssykehus HF var prosjektleder på vegne av Helse Sør-Øst RHF i øvelse SkagEx 11 i september. Øvelsen var ledet av Direktoratet for Samfunnssikkerhet og beredskap og omhandlet fartøyskollisjon med brann i Ytre Oslofjord. Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Østfold deltok i full skala og øvet prehospitalt og inne i sykehusene. Oslo universitetssykehus HF øvde regional AMK og regionale koordineringsoppgaver. Øvelsen hadde tverrsektoriell og internasjonal deltakelse.

Foretakets kommunikasjonsstab hadde en krevende rolle i forbindelse med terrorhandlingene 22 juli. Erfaringen viser blant annet at enkeltmedarbeideres erfaring med og øvelse i kommunikasjonsberedskap gjorde at denne situasjonen ble løst tilfredsstillende for Oslo universitetssykehus HF og overfor media. I forbindelse med Øvelse Skagex fikk man dessuten også øvd på en situasjon der Oslo universitetssykehus tar et koordinerende ansvar i Helse Sør-Øst RHF også på kommunikasjonssiden. Kommunikasjonsstaben ved Oslo universitetssykehus HF har en plan for beredskap som er revidert senest etter erfaringene med hendelsene i Oslo 22. juli, der revisjonene særlig omhandler bedre rutiner og systemer for å ha tilstrekkelig kapasitet til mediehåndtering ved særlig omfattende hendelser og håndtering av internasjonale medier.

Sektorens beredskaps- og smittevernarbeid forutsetter samarbeid mellom regionale helseforetak, kommuner, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Strålevernet og andre aktører. Kommunale og private institusjoner og øvrige samarbeidspartnere skal få nødvendig smittevernbistand. Det skal arbeides målrettet for å forebygge sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens, antibiotikabruk skal overvåkes, og det må sikres at smittevernpersonell i regionen har nødvendig kompetanse. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen skal bidra til økt fokus på infeksjonskontroll i helseforetakene og bedre kvalitet på rapportering til Norsk overvåkingsystem for infeksjoner i sykehusetjenesten (NOIS).

| | |
|--|---|
| | <p>På smittevernområdet pågår arbeidet løpende med utgangspunkt i Nasjonal strategi, Regional smittevernplan og lokale infeksjonskontrollprogram.</p> <p>Sykehuset rapporterer via Meldesystem for Infeksjonssykdommer (MSIS) funn av mikrober som i kraft av sin sykdomsfremkallende evne skal meldes i henhold til forskrift til MSIS FHI og smittevernmyndighet i det område pasienten er tilhørende.</p> <p>Sykehuset følger kontinuerlig resistensforholdene til sykdomsfremkallende mikrober og formidler stammer til det nasjonale overvåkningssystem for antibiotika resistens (NORM). Det planlegges et eget system for overvåkning av antibiotika resistens i Oslo universitetssykehus HF i et samarbeid innen det infeksjonsmiljøet i Oslo universitetssykehus HF (Mikrobiologi, smittevern og infeksjonsmedisin). Det vil bli sikret at en slik kvalitetsdatabase kan danne grunnlag for et kontinuerlig overvåkningsarbeid hva angår antibiotikaresistens.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF deltar med to medlemmer i beredskapsutvalget i Helse Sør-Øst RHF som holder den regionale beredskapsplanen oppdatert. Utvalget koordinerer en del av beredskapsarbeidet i helseregionen. Foretakets beredskapssjef er fast medlem av fylkesberedskapsrådet i Oslo og Akershus som er en viktig beredskapskoordinerende aktør. Samme medarbeider er også medlem i Oslo kommunes beredskapsforum som samler hovedstadens beredskapsaktører. Samordning av beredskap risiko- og sårbarhetsanalyser er blant forumets oppgaver. Beredskapssjefen har i tillegg deltatt i arbeidsgrupper i regis av Helsedirektoratet, blant annet for samordning av avtaler med Forsvaret.</p> <p>I mai ble det gjennomført en øvelse sammen med Hafslund rundt varmesentralen på Ullevål.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oppgaver for beredskap og smittevern</i> | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og bidra i utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.</i> | |
| Årlig melding | <p>Oslo universitetssykehus HF har fulgt opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og har bidratt i utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.</p> <p>Erfaringene fra siste influensaepidemi høsten 2009 er at det vil være et lite antall pasienter som ble meget syke. Disse er behandlingstrengende over lang tid. Immunisering med vaksine, tidlig deteksjon av pasienter med alvorlige luftveisinfeksjoner og identifisering av risikogrupper er alle tre faktorer som vil bidra til bedre håndtering.</p> <p>Oslo universitetssykehus tok i 2010 et initiativ ovenfor Folkehelseinstituttet om å vurdere beredskapen for ulike epidemi og pandemiscenario inn i én plan. Det eksisterer egen plan for koppeberedskap som bør vurderes tatt inn i en ny plan for epidemier. Dette arbeidet avventer nasjonale føringer og Oslo universitetssykehus HF er beredt til å følge opp og støtte dette arbeidet.</p> |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal, med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringen av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island, oppdaterer og foretar nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.</i> | |
| Årlig melding | <p>Nye beredskapsplaner for smittevern-, epidemier og NBC situasjoner er under utarbeiding. Planene vil basere seg på allerede eksisterende beredskapsplaner fra de tidligere sykehusene som nå utgjør Oslo universitetssykehus HF.</p> |

| | |
|--|---|
| | Håndtering av situasjoner med askeskyer dreier seg i hovedsak om bruk av ulike eksisterende beredskapsplaner og å benytte alternative transportmidler til lufttransport når helikoptre og fly ikke kan benyttes. I Helse Sør-Øst RHF kan det normalt omdisponeres og mobiliseres tilstrekkelig ambulanseressurser til å håndtere en situasjon med flyforbud. |
| 5.1.1.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 | |
| <u>Ventetider og fristbrudd</u> | |
| <i>Det er ikke tilfredsstillende at ventetidene ikke er redusert og at det forekommer fristbrudd. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp disse indikatorene særskilt i 2011 med hyppigere rapportering enn tidligere og det forventes at helseforetaket legger stor vekt på å få til betydelige forbedringer innenfor disse områdene.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har fokus på rydding, styring og kontroll av ventelister herunder ventetider og fristbrudd. Halvt års planleggingstid i timebøker på alle poliklinikker, omfordeling av legeressurser til poliklinikk innen de områdene som har brudd over tid. Opplæring av dedikerte sekretærer og leger som kan systemene. God erfaring med fleksibel bruk av operasjonsstuer, poliklinikk og legeressurser. Sykehuset er kjent med retningslinjene for fritt sykehusvalg og de muligheter som ligger i å avvise henvisninger når det foreligger begrenset kapasitet. På tross av dette har Oslo universitetssykehus HF økende ventetider innen områder som ortopedi, kardiologi, nevrokirurgi og plastikkirurgi. Årsakene er sammensatte: mangel på operasjonssykepleiere, økende pasienttilstrømning og flyttinger. |
| <i>- Lovverket for rettighetspasienter skal overholdes (mål: 0 % fristbrudd for rettighetspasienter).</i> | |
| Årlig melding | Rettighetspasienter blir prioritert. |
| <i>- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF nærmer seg dette målet for pasienter med rett til prioritert helsehjelp, men det gjenstår mye før dette er nådd for alle pasienter med og uten rett til helsehjelp. |
| <u>Korridorpasienter</u> | |
| <i>Det er uakseptabelt med korridorpasienter. Det skal iverksettes tiltak for å unngå korridorpasienter, blant annet ved samarbeid mellom sykehusene. Det skal ikke være korridorpasienter hvis ledige senger på andre avdelinger kan tas i bruk.</i> | |
| | Det arbeides kontinuerlig for å unngå korridorsenger og løse overbelegg på annen måte ved Ullevål. Ved Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker er korridorsenger ikke et daglig problem. Medisinsk klinikk har ca. 98 % pasientbelegg. Det er en kjent problemstilling at klinikken har stort press på heldøgnsenger og intensivkapasitet med overbelegg og korridorsenger. Risikovurdering er utført, og det er utarbeidet risikoreduserende tiltak. |
| <i>- Helse Sør-Øst RHF skal gi tilbakemelding til Helse- og omsorgsdepartementet på tiltak for å unngå korridorpasienter på 1. og 2. tertialmøte 2011. Til 1. tertialmøte skal Helse Sør-Øst RHF også gi tilbakemelding på oppdraget med å utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter. Helseforetaket skal ta del i arbeidet med denne rapporteringen.</i> | |
| Egen rapportering | Oslo universitetssykehus HF er ikke invitert inn i dette arbeidet. |
| <u>Framtidige tilbud ved Oslo universitetssykehus HF, Aker sykehus</u> | |

Det vises til foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF 11. november 2010 sak 3 om oppfølging av hovedstadsprosessen og mottatt rapportering 20. januar 2011 fra Helse Sør-Øst RHF om arbeidet med utvikling av Aker sykehus som en samhandlingsarena. Det vises også til brev med redegjørelse fra Oslo universitetssykehus HF datert 18. januar 2011 til Helse Sør-Øst RHF. I foretaksmøtet for Helse Sør-Øst RHF 11. november 2010 ble det gitt flere styringskrav om framtidige tilbud ved Oslo universitetssykehus HF, Aker sykehus. Foretaksmøtet i Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 forventer at arbeidet intensiveres og at de framtidige tjenestene ved Aker sykehus konkretiseres. Foretaksmøtet har bedt om at det rapporteres videre på arbeidet til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. mars 2011. Oslo universitetssykehus HF skal oversende rapport til Helse Sør-Øst RHF innen 25. februar 2011. Rapporten forutsettes utarbeidet i dialog med Oslo kommune.

Det er tidligere oversendt en rapport i samarbeid med Oslo kommune om framdriften i utviklingen av Samhandlingsarena Aker.

Det er etablert en Styringsgruppe for samhandlingsarena Aker. Gruppen ledes av Oslo kommune. Styringsgruppen har hatt to møter og har kommet til enighet om en foreløpig strategi. Styringsgruppen har også besluttet mandat for prosjekter innen geriatri og har bedt om forslag til mandat for kompetansesenter for minoritetshelse til januarmøtet.. Det arbeides også med utvikling av Aker som kompetansemiljø innen rehabilitering. Blant annet Sunnaas sykehus HF deltar aktivt i dette arbeidet sammen med Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune.

Samarbeidsutvalget som også ble etablert i 2011, har oppgaven som referansegruppe for prosjekt samhandlingsarena Aker. samarbeidsutvalget er oppnevnt av Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune og har en bred representasjon. Alle Oslo-sykehusene inkludert Akershus universitetssykehus HF og Sunnaas sykehus HF deltar. Det samme gjør bydeler, større kommunale etater, ansatte representanter og brukere.

Oslo universitetssykehus HF har hatt ledelsen av samarbeidsutvalget i etableringsåret. Ledelsen overtas nå av Oslo kommune.

I regi av Samarbeidsutvalget er det etablert en database med alle samhandlingsprosjekter der en eller flere bydeler og Oslo kommune er representert. Dette gir nyttig informasjon også i forhold til Aker der det er enighet om at en skal legge vekt på at tiltak skal være by-omfattende eller i alle fall å omfatte flere bydeler.

Tilsvarende vil evalueringen av de fire intermedieære sengepostene kunne gi viktig informasjon til etablering av rehabiliteringsenheter på Aker. Evalueringen er ferdig i disse dager.

Utfordringen i forhold til framdrift i utviklingen av Aker som samhandlingsarena ligger i avklaringen av Oslo universitetssykehus HF egen plan for inn- og utflytting (Helsearena Aker) og uavklarte spørsmål knyttet til finansiering av de investeringer som må gjøres for å sikre egnede lokaler til ulike aktiviteter.

Prosjektsekretariatet for Samhandlingsarena Aker og Helsearena Aker har etablert et godt samarbeid bla for å bidra til god framdrift i begge prosjekter.

5.1.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011

Aktivitet

Det legges til grunn en aktivitetsvekst i 2011 som samlet sett samsvarer med den veksten som er forutsatt i regjeringens forslag til statsbudsjett 2011. Oslo universitetssykehus HF skal i 2011 ha en aktivitet som bidrar til oppnåelse av Helse Sør-Øst RHF's mål for 2011, samt nødvendig produktivitetsøkning for å dekke helseregionenes "sørge for"-ansvar.

Oslo universitetssykehus har hatt en aktivitetsvekst som var større enn forventet, men avgivelse av opptaksområder har medført mindre effektive gjenværende enheter med påfølgende nedgang i produktivitet

| | |
|--|--|
| <p><i>Oslo universitetssykehus HF skal intensivere arbeidet for å øke andelen konsultasjoner for nyhenviste pasienter og redusere andelen kontroller på alle poliklinikkene, som et sentralt virkemiddel for å redusere pasientenes ventetid på utredning og behandling. Det skal samarbeides med primærhelsestjenesten om dette.</i></p> | |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF har en ordning med praksiskonsulenter. Disse praksiskonsulentene ledes av en praksiskoordinator og arbeider 20 % stilling i klinikk. Praksiskonsulentene er sentrale i arbeidet med å definere hvilke kontroller som kan overtas av fastlegene og fra hvilket tidspunkt i en behandling. De kan også bidra til klargjøring av hvilke undersøkelser som skal være på plass før henvisning.</p> <p>Praksiskoordinator legger til rette for kompetanseoverføring gjennom kurs, seminar, møter og gjennom fastlegennytt.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har generelt fokus på å redusere antall kontroller, samt på at regionpasienter i større grad skal ha kontroller på sine områdesykehus.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF arbeider med å bedre rutiner ved alle poliklinikker, øke lengde på timebøker og langtidsplanlegging av poliklinikk. Dette medfører mulighet for økt andel nyhenviste pasienter.</p> |
| <p><u>Kvalitetsforbedring</u></p> | |
| <p><i>Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med Sykehusapotekene HF etablere felles mål og tiltak for å redusere feilmedisinering under sykehusopphold og ved utskriving. Det forutsettes at veilederen om legemiddelhåndtering, utarbeidet av Helse Sør-Øst, legges til grunn for endringer og implementering av prosedyrer samt tiltak som sikrer den nødvendige kompetanse hos helsepersonell som håndterer legemidler.</i></p> | |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF arbeider aktivt i samarbeide med Sykehusapotekene HF for å redusere antall feilmedisineringer.</p> <p>Noen enheter har tilknyttet farmasøyt i delt stillingsbrøk for å redusere feilmedisinering under sykehusopphold. Flere enheter har opprettet prosjekt som spesielt ser på riktig legemiddelhåndtering under sykehusopphold. I tillegg kommer prosjekt tilknyttet Pasientsikkerhetskampanjen.</p> <p>Veileder om legemiddelhåndtering ligger til grunn for Nivå 1 dokumentene som utarbeides i Legemiddelkomiteen (overordnet), og sistnevnte prosjekt skal også i spesielt samarbeide med Legemiddelkomiteen om nivå 1 prosedyrene som omhandler legemiddelhåndtering. Farmasøyter, leger og sykepleiere er tilknyttet prosjektene.</p> |
| <p><i>Helseforetakene skal sikre forsvarlige tjenester i akuttmottak. Det forutsettes at kravene i "Veileder for bruk av ISO 9001:2008 i akuttmottak, utarbeidet av Helse Sør-Øst og Norsk Akkreditering, Na Dok 58, legges til grunn for arbeidet med god kvalitet i akuttkjeden.</i></p> | |
| | <p>Det har i 2011 vært arbeidet med implementering av god kvalitet i akuttkjeden gjennom prosjektet 'Akuttmottaket ved Ullevål'. Arbeidet videreføres i 2012.</p> |
| <p><i>Det vises til rapport fra regionalt fagråd for kreft datert 21.06.10 vedrørende stråleterapi. Helse Sør-Øst vil i eget brev klargjøre forventninger til helseforetakenes oppfølging av rapporten.</i></p> | |
| <p><u>Interregionalt strategiarbeid</u></p> | |
| <p><i>Helseforetak og sykehus skal følge opp alle strategiske føringer og anbefalinger gitt i de fem delrapportene i arbeidet med "Nasjonal strategi II Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk". Rapportene fra de fem arbeidsgruppene er Riktigere og redusert bruk av tvang i behandlingen, Arbeidsfordeling DPS - Sykehus, Kunnskapsbaserte metoder, Brukermedvirkning og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.</i></p> | |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|--|
| | Dette er gjort. Sykehuset har representant i den nasjonale gruppen. |
| <u>Psykisk helsevern</u> | |
| <i>Vedtak og føringer gitt i styresak 061-2010 Regionale utviklingsområder psykisk helsevern skal legges til grunn for helseforetakets områdeplan og for pasientbehandlingen i 2011. Arbeidet med planen skal rapporteres i årlig melding 2011.</i> | |
| Årlig melding | Det er laget et forslag til områdeplan for psykisk helsevern som er ute til høring. |
| <i>Regional plan for redusert og riktig bruk av tvang, samt lokale handlingsplaner med identifiserte tiltak skal implementeres og resultater rapporteres.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF ligger lavt i bruk av tvang i følge Sintefs rapport for 2010. Helseforetak og sykehus skal følge opp alle strategiske føringer og anbefalinger gitt i de fem delrapportene i arbeidet med "Nasjonal strategi II Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk". Rapportene fra de fem arbeidsgruppene er; Riktigere og redusert bruk av tvang i behandlingen, Arbeidsfordeling DPS - Sykehus, Kunnskapsbaserte metoder, Brukermedvirkning og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette er gjort, og klinikken er representert i den nasjonale gruppen. |
| <i>Brukerstyrte plasser skal utvikles og prøves ut i alle sykehusområder.</i> | |
| | Søndre Oslo DPS og Josefinegaten DPS har etablert brukerstyrte senger/avtaleplasser i sine døgnenheter. DPSene har pr. i dag til sammen 3-4 brukerstyrte senger. |
| <u>Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)</u> | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF's styring av pasientstrømmen innen TSB opphører fra og med 01.01.11. Dette innebærer at alle helseforetakene må ta et større ansvar for en hensiktsmessig og god bruk av de private avtalepartene. Det enkelte helseforetak/ sykehusområde må berunder sørge for en økt koordinering av pasientforløpene.</i> | |
| | I forståelse med Helse Sør-Øst RHF og vurderingsinstansene i Oslo sykehusområdet har Avdeling koordinering pasientstrøm (AKP) også i 2011 koordinert pasientstrømmen for Oslo pasientene, inklusive Alna bydel og kommunene i Follo. Fra 1.januar 2012 overtar Akershus universitetssykehus HF behandlingsansvaret for pasienter i TSB i bydel Alna og kommunene i Follo. Forslag til områdeplan beskriver at Senter for rus- og avhengighetsbehandling (SRA) fortsatt skal koordinere alle henvisninger for Oslo pasientene. |
| <i>Vedtak og føringer gitt i styresak 046/ 2010 Regionale utviklingsområder tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) skal legges til grunn for helseforetaket/ sykehuset sin områdeplan og for pasientbehandlingen i 2011. Arbeidet med planen skal rapporteres i årlig melding 2011.</i> | |
| Årlig melding | Områdeplanen for Oslo universitetssykehus HF sitt opptaksområdet er skrevet og sendt i linjen. Den skal på intern høring og deretter styrebehandles ventelig i februar/mars 2012. |
| <i>Helseforetaket skal ivareta ansvaret for inntak/ ekskludering av pasienter LAR samt finansiere legemiddel- og distribusjonskostnadene fra og med 01.01.11.</i> | |
| | Sykehuset har i forbindelse med overføring av pasienter til Akershus universitetssykehus HF sitt opptaksområde for perioden 2011 hatt ansvar for finansieringen av legemidler, samt veiledning av Akershus universitetssykehus HF i forhold til inntak/ekskludering av pasienter. Disse oppgavene faller bort fra og med 1januar 2012. |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal videreføre sitt regionale ansvar for fagutvikling, rådgivning og analyse innen TSB.</i> | |

| | |
|---|---|
| | <p>Avdeling koordinering pasientstrøm (AKP) vil sørge for at særskilt oppdrag om analyse og rådgivning innen TSB videreføres. Det er god kontakt mellom aktuelle samarbeidende avdelinger i Helse Sør-Øst RHF og senteret rundt hva oppdraget skal inneholde og hva som ønskes fulgt opp.</p> <p>AKP har per i dag særskilt oppfølging av aktivitetsrapportering fra de private avtaleinstitusjonene. I det videre planlegges det en tettere oppfølging av private leverandører innen TSB i form av flere kontaktpunkter, som møter og fagkonferanser. Videre er avdelingen inne i anbudsarbeidet for nye avtaleinngåelser med et personale</p> |
| <p><i>Oslo universitetssykehus HF, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus, i samarbeid med Akershus universitetssykehus HF, skal som ledd i sitt felles arbeid med områdeplan innen TSB for Oslo sykehusområde utarbeide en felles tilrådning til Helse Sør-Øst RHF om betalingsansvaret ved eventuelle fristbrudd innen TSB i sykehusområdet innen 1. mars 2011.</i></p> | |
| | <p>Saken er drøftet i områdeplanen.</p> <p>Det er dissens i planen vedrørende rettighetsvurderinger og derfor har det ikke vært mulig å utarbeide en felles tilråing om betalingsansvaret ved eventuelle fristbrudd.</p> |
| <p><u>Habilitering og rehabilitering</u></p> | |
| <p><i>Vedtak og foringer gitt i styresak 045/2010 Regionale utviklingsområder habilitering skal legges til grunn for helseforetaket/ sykehuset sin områdeplan for både habiliteringstjenestens primærmålgrupper og målgrupper med behov for supplerende tjenester fra habiliteringstjenesten. Arbeidet med planen skal rapporteres i årlig melding 2011.</i></p> | |
| Årlig melding | <p>I foretaksmøter i juni 2010 ble helseforetakene gitt i oppdrag å utarbeide områdeplaner innen habilitering, rehabilitering, psykisk helsevern og TSB for sykehusområdene i henhold til vedtak i RHF-styresak 108-2008. I styresak 108-2008 står blant annet at habilitering og rehabilitering er et av regionens prioriterte satsingsområder og det skal sikres tilstrekkelig, likeverdig og god tjeneste i hele Helse Sør-Øst. Områdeplanene er viktige verktøy for å nå disse målene.</p> <p>Områdeplan for rehabilitering og Områdeplaner for habilitering, barn og voksen, er en del av felles områdeplaner for rehabiliterings og habiliteringstjenestene i Oslo sykehusområde.</p> <p>I områdeplanene beskrives behovene man har innenfor rehabilitering og habilitering, hva som finnes samt udekket behov. Planene beskriver samspillet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og de gir en definisjon av områdeoppgaver og skisserer hvordan tjenestene innen disse områdene bør utvikles i årene fremover. I tillegg gis en kort oversikt over FoU innen fagfeltene.</p> <p><u>Om koordinerende enhet</u></p> <p>Målet med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er å sikre koordinerte tjenester til de som trenger det. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering skal ha en sentral rolle i å legge til rette for god samhandling. Dette gjelder både på individnivå mellom pasient/bruker og tjenesteytere, og mellom tjenesteytere fra ulike fag, sektorer og nivåer.</p> <p>I samhandlingsreformen er bestemmelsen om koordinerende enheter i kommunene og i spesialisthelsetjenesten løftet fra forskrift til lov. Samtidig tydeliggjøres at enhetene skal ha «overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator». Styrkingen av lovgivningen på dette området er et sentralt virkemiddel i å sikre bedre koordinerte tjenester til de som trenger det. Dette er et av målene i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015.</p> |
| <p><i>Vedtak og foringer gitt i styresak 044/2010 Regionale utviklingsområder rehabilitering skal legges til grunn for helseforetaket/ sykehuset sin områdeplan for rehabilitering. Arbeidet med planen skal rapporteres i årlig melding 2011.</i></p> | |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|---|
| Årlig melding | Se over og i plandelen. |
| Sykelig overvekt | |
| <i>Helseforetakene skal i sine planer, i sambandling med primærhelsetjenesten, beskrive hvordan man skal møte den økende utfordringen med sykkelig overvekt.</i> | |
| | Senter for sykkelig overvekt (SSO) har hatt kurs for primærleger og vært med i utarbeidelsen av nye henvisningsrutiner. De nye henvisningsrutinene som er beskrevet i brev fra Helse Sør-Øst RHF ble gjort gjeldende fra 1.oktober 2011. |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal i 2011 sikre at helseforetaket har en tverrfaglig poliklinisk virksomhet med tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å utrede og vurdere henviste overvektspasienter fra eget opptaksområde.</i> | |
| | Senter for sykkelig overvekt (SSO) har en tverrfaglig poliklinisk virksomhet med meget god kompetanse. |
| <i>Helseforetaket skal samarbeide med et av sentrene for sykkelig overvekt om å planlegge og utrede operativ virksomhet for pasienter i flere sykebusområder i regionen.</i> | |
| | Senter for sykkelig overvekt (SSO) har et nært samarbeid med sykehuset Asker og Bærum og Sentralsykehuset i Vestfold, Tønsberg, samt samarbeid med LMS i Østfold, Sarpsborg og Innlandet, Gjøvik. I tillegg til dette har SSO hatt helsepersonell fra Sykehuset Innlandet Gjøvik på flere besøk i høst for å hjelpe til med oppstart av både konservativ, medisinsk og kirurgisk behandling av sykkelig overvekt. SSO vil kun kunne hjelpe ett behandlingssted av gangen etter som dette er ganske ressurskrevende. Det planlegges oppstart av all behandling for sykkelig overvekt ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik i første kvartal 2012, dette med hjelp fra SSO ved Oslo Universitetssykehus HF. |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal i samarbeid med øvrige helseforetak planlegge og utrede operativ virksomhet for pasienter i flere sykebusområder i regionen, og bidra med kompetanseoverføring og veiledning. Arbeidet med plan og tiltak skal rapporteres i årlig melding 2011.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF har gjennomført flere møter med Senter for sykkelig overvekt (SSO), Sykehuset i Vestfold, Tønsberg for å planlegge videre aktivitet. I tillegg har begge disse behandlingsstedene hatt et to dagers møte med daværende fagdirektør Elisabeth Arntzen og Kirsti Tørrbakken, spesialrådgiver i HSØ, for videre planlegging av fedmebehandlingen i regionen. Dette i tråd med oppdragsdokumentet gitt Oslo universitetssykehus HF for 2011. Dette møtet munnet ut i at henvisningsrutiner ble endret og lokal sykehus pålagt å utrede og starte med behandling av sykkelig overvekt. Oslo universitetssykehus HF hatt et møte med NIMI for å diskutere pasientforløp og videre strategi for 2012. Leger ved SSO Vestfold og SSO Aker har skrevet en artikkel i fellesskap i tidsskriftet for Norsk legeförening. Dette for å øke kunnskap om oppfølging av pasienter operert for sykkelig overvekt. |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal videreføre arbeidet med utvikling av regionale, helhetlige tilbud til pasienter med sykkelig overvekt. Oslo universitetssykehus HF skal berunder gjøre minst 300 fedmeoperasjoner i 2011.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har økt antall operasjoner til 300 for 2011. Økt operasjonskapasitet ble klarlagt sept 2011. 280 pasienter blir operert i 2011, de resterende 20 er planlagt primo 2012. |
| Spesialisthelsetjeneste til eldre | |

| | |
|---|---|
| <p><i>Alle sykehusområder skal fortsette utarbeidelsen av opptrappingsplaner for spesialisthelsetjenesten for eldre med tidsperspektivet for 2010-2020 i tråd med styrets vedtak i sak 060-2009. Arbeidet med planen og spesielt konkrete tiltak for å rekruttere og beholde kvalifisert personale skal rapporteres i årlig melding 2011.</i></p> | |
| <p>Årlig melding</p> | <p>Vanskelig å vise til noen opptrapping i dagens situasjon. Prosjektet Eldre med brudd er ferdig. Sykehuset vil sette en gruppe som skal planlegge ortogeriatrisk tilbud og ta med erfaringene fra prosjektet. Rekruttere personell: Prioriterer bevisst geriatri interesserte leger og gren kandidater fra gruppe-2 sykehus som har behov for gruppe-1-tjeneste.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF deltar i et samarbeidsprosjekt om "Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre".</p> |
| <p><u>Likeverd</u></p> <p><i>Oslo universitetssykehus HF skal sikre at tjenestetilbudet er tilrettelagt for fremmedspråklige pasienter og pårørende, herunder etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.</i></p> | |
| | <p><u>Samhandlingsprosjektet:</u></p> <p>I kraft av å lede samhandlingsprosjektet Styrking av likeverdig og integrerende helsetjenester i Hovedstadsområdet, har sykehuset hatt en sentral rolle, i å jobbe tverrinstitusjonelt med feltet, i samarbeid med de øvrige partene i prosjektet; Akershus universitetssykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet Diakonale sykehus, Vestre Viken HF, og Oslo kommune med bydelene i Oslo. Prosjektet gjennomføres på oppdrag og finansiering av Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Prosjektet har gjennomført 2 kull med veiledning i flerkulturelt helsearbeid, og et tredje kull startet i november 2011. Av disse er ca 30 ansatt ved Oslo universitetssykehus HF.</p> <p>Videre er det gjennomført frokostmøter basert på tidligere prosjektkartlegging i temaene kommunikasjon og tolkebruk, diabetes og tro- og livssyn.</p> <p>Delprosjektet "Helseinformasjon og helsedialog på radio", ble gjennomført høsten 2011, med god respons blant lytterne. Prosjektet vil bli evaluert våren 2012.</p> <p>For mer informasjon om disse prosjektene, refereres det til prosjektets hovedside, som linker videre til delprosjektene: http://www.oslo-universitetssykehus.no/hovedstadsprosjektet</p> <p><u>Strategi for likeverdig helsearbeid og mangfold:</u></p> <p>Av sykehusinternt arbeid, styres det nå av strategi for likeverdig helsearbeid og mangfold, som ble vedtatt av styret i februar 2011. Denne legger føringer for ansvar og prioriteringer.</p> <p><u>Norsk lesing og skriving:</u></p> <p>Et viktig innsatsområde er å styrke de ansattes kompetanse, inkludert deres norskferdigheter; Sykehuset har bidratt til kurs i norsk lesing og skriving, data og hverdagsmatte, finansiert med VOX-midler. VO Rosenhof har det faglige ansvaret, og 75-80 av våre ansatte deltar på kurset. Det startet våren 2011, og avsluttes sommeren 2012.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p><u>Lederprogram for flerkulturelle medarbeidere:</u> Sykehuset har et uttalt ønske om at arbeidsstyrken – og ledersjiktet – skal reflektere mangfoldet rundt oss. Det er derfor satt i gang lederprogram for flerkulturelle medarbeidere for å øke andelen flerkulturelle ledere i sykehuset. Videre er det fokus på at både flerkulturelle etnisk norske medarbeidere skal heve sin kompetanse knyttet til å være leder i et flerkulturelt arbeidsmiljø. Det er i 2011 gjennomført to samlinger og det følges opp med 3 nye samlinger vinteren/våren 2012.</p> <p><u>Tro- og livssynsbetjening i sykehus:</u> Religiøs eller livssynsmessig betjening på norske sykehus er i dag først og fremst tilrettelagt for medlemmer i Den norske kirke gjennom sykehuspresteordningen (pastoral-klinisk tjeneste).</p> <p>Som et tiltak for å sikre likebehandling av alle pasienter i tråd med religionsfriheten har Samarbeidsrådet for tros- og livssynssamfunn (STL) og Oslo universitetssykehus HF tatt initiativ til et pilotprosjekt for tros- og livssynsbetjening på Oslo Universitetssykehus HF. Til gjennomføringen av pilotprosjektet er det gitt tilskudd fra Kulturdepartementet, Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet og Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Prosjektet starter opp høsten 2011 med videreutdanningskurs for ressurspersoner fra ulike tros- og livssynssamfunn. Deltakerne på kurset er bredt sammensatt, og representerer Bahá'í-samfunnet, Islam, Humanetisk forbund, Baptistsamfunnet, Den Katolske kirke, Den evangelisk-lutherske frikirke, Kristensamfunnet, Metodistkirken, Norges hindu kultursenter, Vennenes samfunn kvekerne, Sikh-samfunnet og Buddhistisk samfunn. Fagansvarlig for utdanningen har vært Teologisk fakultet ved Universitetet i Oslo. Etter endt kursing vil ressurspersonene fungere som samtalepartnere og støttepersoner, og eventuelt gjennomføre religiøse handlinger, for pasienter ved Oslo universitetssykehus HF ved behov. Prosjektet har også helt nylig ansatt en prosjektkoordinator som vil ha som oppgave å drifte prosjektet, samt følge opp ressursteamet når de skal starte sitt arbeid på sykehuset på nyåret 2012.</p> <p><u>Tolk:</u> Det jobbes kontinuerlig med å følge opp tolkefeltet og det oppleves en økende bevissthet rundt bruk av tolk i sykehuset. Det arbeides fortsatt videre med å finne gode modeller for å fremme best mulig kvalitet på tjenestene.</p> |
| | <u>Brukermedvirkning:</u> |
| | <i>Brukermedvirkningen i Oslo universitetssykehus HF skal videreutvikles på grunnlag av 13 prinsipper for brukermedvirkning i Helse Sør-Øst.</i> |
| | Sykehuset har et positivt samarbeid med brukerrepresentantene og imøteser at de 13 prinsippene for brukermedvirkning videreutvikles. |
| | <i>Det skal legges til rette for gjennomføring av opplæringsmodul 2 for brukerutvalg i samarbeid med FFO og SAFO i helseregionen.</i> |
| | Brukerutvalget har gjennomført opplæringsmodul 2 brukerutvalg og klinikkoppnevnte brukerråd i samarbeid med FFO, Safo og Seksjon for pasient- og pårørendeopplæring. |
| | <u>Svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg</u> |
| | <i>Vedtatt og føringer gitt i styresak 072-2010 Regional plan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal legges til grunn for helseforetakets videre arbeid med områdeplan på dette feltet. Arbeidet med planen skal rapporteres i årlig melding 2011.</i> |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|--|
| Årlig melding | Det er laget en områdeplan for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. |
| <u>Kroniske smerter</u> | |
| <i>Det skal etableres tverrfaglige smerteklinikker innen alle sykehusområder.</i> | |
| | Dette er under etablering i tråd med anbefaling i 'Veileder for tilbud til pasienter med langvarige smerter - Helse Sør-Øst RHF fra desember 2011. Samme sted understrekes behovet for at Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus HF styrker rollen som regionalt smertesenter og kompetanse senter. |
| <u>Organdonasjon</u> | |
| <i>Det er et nasjonalt mål å øke antall organdonasjoner. I arbeidet med å nå målet må Oslo universitetssykehus HF sørge for at det avsettes tilstrekkelig med ressurser til funksjonen som donoransvarlig lege ved de sykehus som er godkjent for organdonasjon og at organdonasjon ivaretas på en god måte.</i> | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal ha en donoransvarlig sykepleier med delegert myndighet for organdonasjon på sitt sykehus.</i> | |
| <i>Det må legges til rette for at potensielle donorer identifiseres, og at helsepersonell tar opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene beskrevet i rundskriv I-9/20.</i> | |
| | Donasjonsraten i 2011 har vært rekordhøy i Norge med 125 gjennomførte organdonasjoner pr 21.12.11 |
| | Det er donoransvarlige leger på Ullevål og Rikshospitalet som sammen med tre donoransvarlige sykepleiere i 50 % stilling (50 % intensiv /50 % donasjon) ivaretar oppfølging av organdonasjon i sykehuset. Denne funksjonen er samlet i en egen enhet i staben i Akuttklinikken med eget budsjett. Enheten for organdonasjon følger opp pasientforløpene som ender i organdonasjon, registrerer all virksomhet inklusive avslag og følger opp pårørende. Dette dokumenteres i eget IT verktøy- donornett - foreløpig begrenset til Ullevål. Protokoll for organdonasjon og transplantasjon skal revideres og det er en forsterket samarbeidsflate mellom donasjon og transplantasjon ved årlige møter. De deltar i ekstern virksomhet mot pårørende og fagmiljøer i regionen og nasjonalt. Ansatte fra enheten deltar i arbeid med ny transplantasjonslov og samarbeider med transplantasjonsvirksomhetene for å videreutvikle kontaktfaten mellom donasjon og transplantasjon. |
| <u>Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus</u> | |
| <i>Helseforetaket skal følge opp og rapportere kvalitetsparametre og aktivitetstall for prehospitaltjenester etter nærmere oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF.</i> | |
| | Prehospitaltjenester har mye aktivitets- og kvalitetstall i forhold til responstider i AMK, pasientreiser og i ambulansetjenesten som kan innrapporteres på oppfordring. |
| | Oslo universitetssykehus HF er representert i et nasjonalt prosjekt som arbeider med styringsdata i prehospitaltjenester. |
| <u>Kliniske etikkomiteer</u> | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal sikre drift av de kliniske etikkomiteene.</i> | |
| | Sykehuset vil implementere nasjonalt mandat for klinisk etikkomiteer gjennom reoppnevning av ny felles klinisk etikkomite i Oslo universitetssykehus HF. |
| <u>Sykehusinfeksjoner</u> | |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|---|
| <i>Med bakgrunn i vedtatt mål for Helse Sør-Øst, skal helseforetaket gjennomføre minimum 4 prevalensmålinger årlig av sykehusinfeksjoner.</i> | |
| | Utført 16/2, 25/5, 7/9 og 30/11 |
| <u>Funksjonsfordeling av karkirurgi i Helse Sør-Øst:</u> | |
| <i>Det vises til styresak 84-2010 Funksjonsfordeling av karkirurgi i Helse Sør-Øst. Styrets målsetting med funksjonsfordelingen innen karkirurgi er å gi pasientene i Helse Sør-Øst et kvalitetsmessig og likeverdig helsetilbud. Det legges til grunn at det karkirurgiske senteret i Oslo universitetssykehus HF styrkes og videreutvikles for å sikre en regional og nasjonal spissfunksjon for fagområdet.</i> | |
| <i>Det skal våren 2011 legges frem ny sak for styret i Helse Sør-Øst RHF bl.a. om antall karkirurgiske sentra, lokalisering mv. Inntil styret har tatt stilling til endelig funksjonsfordeling innen karkirurgi, foretas ingen endring i dagens opptaksområder og funksjonsfordeling.</i> | |
| <u>Funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst:</u> | |
| <i>Det vises til styresak 85-2010 Funksjonsfordeling av kreftbehandling i Helse Sør-Øst. Det forutsettes at helseforetaket følger opp vedtakets forutsetninger og fastlagt funksjonsfordeling. Der det er endringer i forhold til gjeldende funksjonsfordeling, skal disse gjennomføres innen 01.07.11. Helse Sør-Øst RHF vil etablere et evaluerings- og rapporteringssystem i forhold til styrets vedtak.</i> | |
| | <p>Karkirurgi: Det arbeides med planer for å utvikle et regionalt senter. Man forventes å slutføre planarbeide og gjennomføre omstilling i løpet av 2012.</p> <p>Kreftbehandling: De involverte avdelinger har hatt møte med respektive avdelingsledere innenfor gastrokirurgi og urologi. Styrevedtaket om satellittfunksjon og hvilke områder som skal sokne til Oslo universitetssykehus HF krever presisering fra eier og vil bli fulgt opp i 2012. Oslo universitetssykehus HF planlegger innenfor begge spesialiteter å etablere et felles multidisiplinært møteforum ved hjelp av teleteknologi med samarbeidende sykehus.</p> |
| <u>Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst</u> | |
| <i>Det vises til styresak 086-2010 Praktisk gjennomføring av organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem i Helse Sør-Øst. Anbefalingene om kvalitetskrav, iht. vedtatt tidsplan for gjennomføring av traumesystem, legges til grunn for videreutvikling og organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Sør-Øst. Arbeidet skal rapporteres i årlig melding 2011.</i> | |
| Årlig melding | Det ble ikke satt av friske midler til ansettelse av regional koordinator, kun oppstartsmidler som skulle dekke merarbeid/drift i innkjøringsåret. Dette har forsinket ansettelsesprosessen og medført tilsvarende forsinkelser i fremdriften i arbeidet. Stillingen som regional koordinator besettes nå med oppstart 1. januar 2012. |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal opprette en regional koordinatorfunksjon tilknyttet det regionale traumesenteret.</i> | |
| | Stillingen tiltres 1. januar 2012. |
| <u>Øvrige styringskrav</u> | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal sikre tilstrekkelig dimensjonering av landsfunksjonen for organtransplantasjoner, slik at flest mulig tilgjengelige organer kan transplanteres.</i> | |
| | Oslo Universitetssykehus har sikret tilstrekkelig dimensjonering i henhold til nasjonale normer. |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal videreutvikle tilbudet til CSF/ME-pasienter, berunder skal døgntilbudet for de aller sykeste CSF/ME-pasientene videreutvikles i 2011 som et nasjonalt behandlingstilbud på inntil 10 sengeplasser avhengig av behovet, i tråd med oppdraget i brev av 6.10.2009.</i> | |
| | Barn med CSF/ME som trenger innleggelse på seksjon for barnenevrologi innlegges på post 1 ved barneklubben på Rikshospitalet. Barn og Ungdom under 18 år med CSF/ME utredes tverrfaglig på Rikshospitalets poliklinikk og dagenhet for barn. |

| | |
|---|--|
| | <p>Utredningskapasiteten økes i 2012.</p> <p>ME/CFS-senteret har fortsatt sin polikliniske aktivitet, både i forhold til utredning av pasienter og i form av tverrfaglig individuell oppfølging.</p> <p>Det har blitt gjort noen besøk av ambulant team og i juni ble to rom spesialtilpasset for pasienter med ME/CFS tatt i bruk på generell indremedisinsk sengepost (GIMS). Frem til midten av desember har det vært innlagt 11 pasienter. Sengene betjenes pleiemessig av GIMS, mens personalet fra ME/CFS-senteret har ansvar for den medisinskfaglige og tverrfaglige oppfølgingen. Pasientene som har vært innlagt sengeenheten har delvis vært innlagt med tanke på endelig avklaring av diagnosen og eventuell differensialdiagnostikk, betydelige ernæringsproblemer på grunn av ME/CFS eller på grunn av behandlingstrengende tilleggssykdom. De fleste har hatt ME/CFS av alvorlig grad, og alle har vært i behov for skjerming og tilrettelegging i en grad som ikke kan oppnås i vanlig avdeling.</p> <p>Kunnskapsoverføring:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et dagskurs har formidlet kunnskap om ME/CFS og pasientgruppens spesielle behov og vårt mestringskurskonsept. • Fire mestringskurs for pasienter med ME og to informasjonskvelder for pårørende er gjennomført • Et kurs omhandlet ME/CFS og var målrettet mot helsepersonell. Kurset var poenggivende for flere legespesialiteter, psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere. Her ble sykdomskunnskap og behandlingstilnæringer formidlet, både i form av forelesninger og i parallellsesjoner for de enkelte faggruppene. • Ansatte ved ME/CFS-senteret har undervist om ME ved andre helseforetak, kurs og konferanser. • ME/CFS-senteret er mye brukt i forbindelse med veiledning av helsepersonell som har pasienter med ME/CFS i første - og andrelinjetjenesten. Senteret har en økende strøm av henvendelser ettersom flere vet om muligheten, samtidig som en ser at kunnskapsnivået lokalt øker. <p>Forskning og utvikling:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ved ME/CFS senteret pågår ett doktorgradsprosjekt som går ut på å utvikle og validere et kommunebasert selvhjelpskurs for pasienter med ME og et opplæringsprogram for kursledere. Effekten skal måles ved hjelp av spørreskjema og pasientene randomiseres til enten kurs eller kontrollgruppe. • Det er under avslutning en kvalitativ studie om sykdomsforløpet hos de sykeste. • Senterets eksisterende mestringskurs har blitt validert både kvalitativt og kvantitativt. • Oppstart av en biobank og et register for ME/CFS. Biobanken har godkjenning fra REK til å oppbevare forskjellige biologiske prøver fra pasienter med ME/CFS og friske kontroller i inntil 25 år. • Senteret har nylig fått bevilget midler til metodeutprøving, der symptomet post exertional malaise skal måles objektivt ved hjelp av ergospirometri. Dette prosjektet har oppstart i januar 2012. |
| <p><i>Det polikliniske tilbudet ved Oslo universitetssykehus HF til ME-pasienter videreføres.</i></p> | |
| | <p>ME/CFS senteret har videreført sin polikliniske aktivitet, både i forhold til utredning av pasienter og i form av tverrfaglig individuell oppfølging</p> |

| | |
|--|---|
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal drifte regionalt kompetansesenter for smittevern og sykehushygiene slik det er beskrevet i den regionale smittevernplanen.</i> | |
| | Reorganiseringen av det regionale kompetansesenteret i smittevern kom på plass i februar 2011. Kompetansesenteret arbeider i tråd med den regionale smittevernplanen. |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal ivareta definerte oppgaver knyttet til nasjonal utrykningsenhet (URE).</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har i 2011 ivaretatt sine oppgaver knyttet til nasjonal utrykningsenhet (URE). |
| <i>Det vises til brev 02.11.10 fra Helse Sør-Øst RHF om overføring av oppgaver vedrørende søknader om tilskudd til familier som følger utenlandske alternative treningsprogram, samt søknader om dekning av inntektstap og utgifter for levende donorer. Ansvar for disse oppgavene overføres Oslo universitetssykehus HF fra 01.01.11. I den økonomiske rammen for 2011 er det innarbeidet henholdsvis 10 millioner kroner som tilskudd til alternativ trening i hjemmet og 1,5 millioner kroner til donorer.</i> | |
| | Utenlandskontoret har fått tillagt oppgaven med å håndtere ordningen om tilskudd til familier som følger alternativ intensiv trening i hjemmet. Ordningen ble overtatt i oktober 2011. Utenlandskontoret er i dialog med Helse Sør-Øst RHF med hensyn til overtagelse av håndteringen av søknader om dekning av inntektstap og utgifter for levende donorer. |
| 5.2 INNSATSOMRÅDE 2 – FORSKNING | |
| 5.2.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende | |
| 5.2.1.1 Krav fra oppdragsdokument 2011 | |
| <i>En felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (Norsk vitenskapsindeks) i helse, institutt og universitets- og høyskolesektoren etableres fra 1.1.2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene. Dette innebærer en vesentlig omlegging av dagens rutiner for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Det vises til revidert oppdragsdokument for 2010. I 2011 skal det rapporteres til NIFU etter dagens system innen 15. mai 2011 samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus rapporterte til NIFU og deltok senere i testrapporteringen i Norsk Vitenskapsindeks (Cristin). Testen avdekket behov for noen rutineforbedringer, og disse blir implementert i forbindelse med rapporteringen for 2011. |
| <i>Det skal innføres et felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefaglig forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystemer for forskning ved bruk av Health Research Classification System, (http://www.brcsonline.net).</i> | |
| | Dette er en nasjonal oppgave, og fremdriften i Oslo universitetssykehus HF er her avhengig av hva som gjøres på nasjonalt nivå og av den enkelte systemeier. Oslo universitetssykehus HF følger opp dette etter hvert som det tas i bruk i de ulike systemene. |
| <i>Det er ønskelig at det tilrettelegges for størst mulig åpenhet og tilgjengeliggjøring av forskningsresultater. Det vises til at forskningsarkivet HeRa er åpent tilgjengelig for alle helseforetak, http://hela.helsebiblioteket.no/hela/.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF er tilknyttet HeRa og vil se nærmere på utnyttelsen når det resultatene for det første ordinære rapporteringsåret er på plass i Cristin. Dessuten legges det opp til mest mulig åpenhet om alle pågående prosjekter via sykehusets egne forskningssider på Internett: http://www.oslo-universitetssykehus.no/fagfolk/forskning/om-forskningen/Sider/prosjekter-resultater.aspx . Det legges også ut betydelig informasjon på engelskspråklig forskningsweb. Dette inkluderer både informasjon om forskningsgrupper ved Oslo universitetssykehus HF og nye publikasjoner på http://www.ous-research.no/ |
| 5.2.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011 | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal bidra til å oppnå målene i regional forskningsstrategi for 2008-2011. Som nav innen forskning og innovasjon i Helse Sør Øst skal Oslo universitetssykehus HF videreføre arbeidet med de regionale støttefunksjonene innen forskning og innovasjon.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF bidrar i oppfølgingen av regional forskningsstrategi på en rekke områder og gjennom en rekke råd og |

| | |
|---|--|
| | <p>utvalg. I 2011 har arbeidet med "Plan for strategisk samhandling mellom UiO og Helse - Sør Øst" fått betydelig fokus – et sentralt område i regional forskningsstrategi. Oslo universitetssykehus HF sin forskningsstrategi og handlingsplan er i god overensstemmelse med regionale føringer. Oslo universitetssykehus HF bidrar også aktivt inn i arbeidet med revidert forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har gjennom 2011 levert regionale forskningsstøttefunksjoner i henhold til oppdrag. På enkelte områder har oppbygging av et adekvat tilbud tatt tid, blant annet grunnet tidkrevende ansettelse i kombinerte stillinger (helseøkonomi og helsetjenesteforskning) og mangel på kontorarealer. Opptapping av stillinger i henhold til oppdraget har en også måttet vurdere mot tilsvarende krav til nedbemanning av stabsfunksjoner i Oslo universitetssykehus HF, der rettigheter til overtallige må vurderes opp mot ledige stillinger. Dette er nærmere redegjort for i egen detaljert årsrapport som oversendes separat. Det er rapportert hver tertial til Helse Sør-Øst RHF i henhold til oppdraget.</p> |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal spesielt styrke arbeidet med utforming og kvalitets sikring av prosedyrer for gjennomføring av kliniske intervensjonsstudier i tråd med lovkrav.</i> | |
| | <p>Prosedyreverk for kliniske intervensjonsstudier etablert ved Oslo universitetssykehus HF, både som styrende dokumenter i eHåndbok og i tilhørende web veiledninger. Spesielt for legemiddelstudier er nasjonalt prosedyreverk ferdigstilt, og Oslo universitetssykehus HF har adaptert dette med de nødvendige, interne tilpasninger.</p> |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal iverksette tiltak for å videreutvikle innovasjonsaktiviteten i eget helseforetak og i regionen, i samarbeid med de øvrige helseforetak og Inven2.</i> | |
| | <p>Utarbeidelsen av nye nasjonale innovasjonsindikatorer på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF og Helse og Omsorgs Departementet har vært en stor og sentral oppgave i 2011. Videre er infrastruktur for innovasjon videreutviklet; innovasjonsstrategi er vedtatt i sykehusets styre, handlingsplaner er påstartet og et innovasjonsutvalg vedtatt opprettet. Samarbeidsstruktur med Inven2 forbedret. Nettportalen www.idepoliklinikken.no, sykehusets eget verktøy for innmelding og prosessering av innovasjonsprosjekter fra pasienter, ansatte og næringsliv, er etablert. Totalt er 77 ideer mottatt herfra, hvorav ti innovasjonsprosjekter er under utvikling internt. Synliggjøring av innovasjon gjennom digitale historiefortellinger og sosiale medier og utvikling av metodeverktøy for å dokumentere nytteeffekter er kjerneoppgaver for innovasjon.</p> |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal legge til rette for samhandlingsforskning i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets føringer, også innenfor egne budsjettammer.</i> | |
| | <p>I Forskningsstrategi for Oslo universitetssykehus HF er følgende forskning på samhandlingsfeltet nedfelt som strategisk mål: <i>"Oslo universitetssykehus vil bidra med forskning som styrker kunnskapsgrunnlaget for samhandling og likeverdige helsetjenester. Endringene i organiseringen av helsevesenet og sykdomspanoramaet krever ny kunnskap basert på forskning av høy kvalitet".</i></p> <p>Oslo universitetssykehus HF vil gjennomføre prioriterte samhandlingsprosjekter, og ønsker i tillegg å etablere en struktur som sikrer at en strategisk satsing blir gjennomført på en koordinert måte. Det vil bli opprettet et eget fagråd rapporterende til Forskningsutvalget, som skal forestå en slik koordinering av initiativer. Fagrådet vil favne bredt internt og eksternt.</p> <p>Det er etablert et overordnet Forskningsforum hvor samhandlingsforskning er et prioritert område. Ingen samhandlingsprosjekt skal startes uten at prosjektet har en klar innovasjonsprofil, følges av evaluering eller et eget forskningsprosjekt. Etableringen av Aker helsearena /Samhandlingsarena Aker vil gi muligheter for forskningsprosjekt /følgeforskning i tett samarbeid med Oslo kommune og andre sykehus. Det legges til rette for samhandlingsforskning både på system og individnivå.</p> |
| <p>5.3 INNSATSOMRÅDE 3 - KUNNSKAPSUTVIKLING OG GOD PRAKSIS</p> | |
| <p>5.3.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende</p> | |

| | |
|--|---|
| 5.3.1.1 Krav fra oppdragsdokument 2011 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oppgave for kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring</i> | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal sikre at data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre gjøres tilgjengelige for bruk i tråd med formålet med registrene.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF arbeider aktivt for at data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre gjøres tilgjengelige for bruk i tråd med formålet for registrene. |
| 5.3.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011 | |
| <i>Alle sykehusområder skal tilrettelegge for helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem og utvikle minimum to nye behandlingslinjer for prioriterte diagnosegrupper i samarbeid med brukere og sine kommuner.</i> | |
| | I hver klinikk er det prioritert 2 pasientgrupper som gjenstand for helhetlige pasientforløp for utvikling av behandlingslinjer. Utvelgelseskriteriene har vært diagnosegrupper der omfanget er stort, samt der forløpet er av betydning for hjem til hjem perspektivet. Arbeidet er påbegynt i de fleste klinikker, men fremdriften er ulikt prioritert. |
| <i>For 2011 oppfordres det særskilt å fokusere på ulike kreftformer (pasientgrupper), og med følgende vektlegging</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • <i>ventetid fra mistanke om kreft til utredning er gjennomført (måling og oppfølging)</i> • <i>ventetid fra utredning er gjennomført til behandling iverksatt (måling og oppfølging)</i> • <i>arbeidsdeling mellom 1. linjetjenesten og spesialisthelsetjenesten</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF tar del i nasjonale prosess med måling av forløptider for brystkreft, tykk/endetarmskreft og lungekreft |
| <i>For å styrke forbedringsarbeidet skal det etableres systematisk arbeid med måling og sammenligning av kliniske resultater i foretaksgruppen. Arbeidet skal sees i relasjon til nasjonalt arbeid med utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer. Alle helseforetak skal i tilknytning til dette ta del i regional pilot for systematisk måling og oppfølging av kliniske resultatindikatorer og oppfølgingssystem for fem sentrale pasientgrupper (hjerneslag, primær hofteprotese, lårhalsbrudd, KOLS, brystkreft) via datauttrekk fra NPR.</i> | |
| | Det benyttes registerapplikasjonen MedInsight som legger til rette for målinger og sammenligninger av kliniske resultater innenfor kreftbehandling. Oslo universitetssykehus HF tar del i regional pilot for systematisk måling og oppfølging av klinisk resultatindikatorer og oppfølgingssystem for de fem sentrale pasientgruppene. |
| <i>Det skal arbeides med større åpenhet omkring klinisk praksis. Flest mulig etablerte behandlingslinjer med tilhørende fagprosedyrer skal gjøres tilgjengelige på helseforetakets internett-sider i løpet av 2011. Arbeid må tilrettelegges for publisering i nasjonal søkbar database på sikt.</i> | |
| | For å styrke koordineringen av arbeidet med behandlingslinjer, fagprosedyrer og pasientinformasjon har sykehuset opprettet "Utvalg for koordinering av fagprosedyrer, behandlingslinjer og pasientinformasjon" med deltagelse fra alle klinikker. |
| | Det er utarbeidet styrende dokumentasjon som omtaler hvordan behandlingslinjer, fagprosedyrer og pasientinformasjon skal utarbeides, forbedres og koordineres. |
| | Hovedfokus i perioden har vært på å koordinere og konvertere fagprosedyrer fra de tidligere sykehus til nye i ny felles eHåndbok. I dette arbeidet er det samtidig satset på å forbedre fagprosedyrene ved å sikre flerfaglighet og at de er transparente, i tillegg til at mange er basert på systematisk innhentet forskning. |
| | Sykehuset har vært en av initiativtakerne til etablering av nettverk og nettsider der deling av fagprosedyrer og behandlingslinjer på nett er sentralt. |

| | |
|--|--|
| | <p>Sykehuset har laget de fleste kunnskapsbaserte fagprosedyrer i dokumentsamlingen på nettstedet www.fagprosedyrer.no. Det er mange fagprosedyrer under utarbeidelse og noen av disse utarbeides i samarbeid med andre helseforetak. Det er blitt større kultur for at fagprosedyrer skal være transparente ved at metode rapporten som følger med prosedyren beskriver hvordan man kom frem til resultatet.</p> <p>Sykehuset har gjennomført 3 fulltgnede kurs om prosedyrearbeid, har laget planer for kurs om implementering av fagprosedyrer og har planer for klinisk audit for å sjekke om fagprosedyrer blir benyttet som forutsatt.</p> <p>Sykehusets medisinske bibliotek har bred kompetanse til å utføre søk i databaser som grunnlag for utarbeidelse av fagprosedyrer og behandlingslinjer.</p> <p>Det er lagt vekt på at fagprosedyrer og pasientinformasjon skal baseres på samme kunnskapsgrunnlag slik at ikke anbefalingene spriker. Pasientene skal oppleve åpenhet i forhold til klinisk praksis.</p> <p>Sykehuset har hatt besøk av Professor Gordon Guyatt som er sentral i arbeidet med å legge tilrette for å bruke forskning mer systematisk i praksis. Det deltok 125 personer på hans forelesninger.</p> <p>I tillegg til dette har enkeltmiljøer ved sykehuset satset sterkt på å utdanne personell og lage strategier for implementering av kunnskapsbasert praksis.</p> |
| <p><i>Det skal arbeides aktivt med å styrke brukermedvirkning i arbeid med utvikling av pasientbehandlingen.</i></p> | |
| | <p>Det er utarbeidet sykehusomfattende retningslinje for pasientmedvirkning på individnivå. Retningslinjene tar utgangspunkt i pasienters rett til medvirkning, § 3-1, som er forankret i pasientrettighetsloven. Retningslinjen omhandler informasjon om egen behandling og pleie, hvordan ta informerte beslutninger og valg, medvirkning i egen behandling og pleie og medvirkning i forhold til kvalitetsforbedring.</p> <p>Lærings- og mestringsforum er etablert med representanter fra samtlige klinikker, brukerutvalg og primærhelsetjeneste. Forumet er gitt et mandat i forhold til styrking av brukermedvirkning i foretaket.</p> <p>Klinikkene har, gjennom Seksjon for pasient- og pårørende opplæring, fått tildelt midler til stimulering av opplæringstiltak. Brukermedvirkning var ett av de viktigste kriteriene for tildeling, for å fremme klinikkens arbeid med medvirkning.</p> <p>Foretaket har en høy aktivitet knyttet til lærings- og mestringstilbud, der brukermedvirkning er en viktig bestanddel, og en forutsetning for tilbudene.</p> <p>Det arbeides aktivt for å få pasient- og pårørende opplæring, inkludert brukermedvirkning til å bli en integrert del av utvalgte pasientforløp.</p> |
| <p><i>Brukerrepresentanter skal være inkludert i alle kvalitetsutvalg på helseforetaks- og klinikknivå.</i></p> | |

| | |
|---|---|
| | Alle klinikker har brukerutvalg. Brukerrepresentanter er inkludert i varierende grad i kvalitetsutvalgene i de enkelte klinikker. Brukerrepresentanter inviteres inn i prosesser der hvor dette er naturlig. |
| <i>Lokale brukerundersøkelser skal gjennomføres regelmessig, og foretaket skal ta del i fellesregionalt elektronisk tilrettelegging/ utviklingsarbeid på området.</i> | |
| | Det er ikke gjennomført felles overordnet brukerundersøkelse for Oslo universitetssykehus i 2011, men flere lokale brukerundersøkelser. Klinikkerne har tilrettelagt for brukermedvirkning ved at det er opprettet brukerråd. |
| <i>Pasientbehandling skal i størst mulig grad være kunnskapsbasert både der det finnes behandlingslinjer og for pasientgrupper der det ikke er etablerte behandlingslinjer. Det skal tilrettelegges for at medarbeidere har tilgang til elektronisk systematisert forskningsbasert kunnskap, f. eks Helsebiblioteket, i sine daglige elektroniske arbeidsverktøy.</i> | |
| | Kunnskapsbaserte styrende dokumenter er tilgjengelig ved alle lokalisasjoner gjennom sykehusets eHåndbok. Alle ansatte har tilgang til faglitteratur tilgjengelig på Internett, eksempel Helsebiblioteket og nettstedet www.fagprosedyrer.no . En rekke medisinske databaser og medisinske tidsskrifter er i tillegg elektronisk tilgjengelig i fullversjon gjennom helseforetakets datanettverk. Oslo universitetssykehus HF har et stort og kunnskapsrikt medisinsk bibliotek som systematiserer og tilgjengeliggjør faglitteratur for alle ansatte. |
| <i>Det skal arbeides systematisk i helseforetaket med bedring av kodingskvalitet, blant annet ved å benytte e-læringsprogrammet som finnes i Helse Sør-Østs læringsportal.</i> | |
| | Det arbeides systematisk med bedring av kodingskvalitet |
| <u>Måling og sammenligning av kliniske resultater</u> | |
| <i>Helseforetak skal ta del i etablering og drift av de nasjonale helseregister.</i> | |
| 5.4 INNSATSOMRÅDE 4 - ORGANISERING OG UTVIKLING AV FELLESTJENESTER | |
| 5.4.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende | |
| 5.4.1.1 Krav fra oppdragsdokument 2011 | |
| <u>Tildeling av midler</u> | |
| <i>Det skal innføres en ny finansieringsordning for poliklinisk radiologi fra 1. januar 2012. Oslo universitetssykehus HF må påse at datasystemer mv. tilrettelegges innenfor gjeldende krav og tidsfrister.</i> | |
| | Nytt radiologisk kodeverk og BMK (behandlerkravmelding) skulle etter planen innføres fra 1.januar 2012, og fra samme tidspunkt skulle POLK fases ut. Det er etablert et regionalt prosjekt for å sikre at alle foretakene fra 1. januar 2012 kunne rapportere fra ny løsning. Ny løsning gjelder alle radiologi-, laboratorie- og pasientsystemer. |
| | Helse Sør-Øst RHF har i desember varslet Helsedirektoratet om at det ikke vil være mulig å etablere et nytt kodeverk, fase ut POLK, ta i bruk BKM, samt frikortspørring fra 1. januar 2012. Dette skyldes at ny finansieringsordning for poliklinisk radiologi krever systemtilpasninger i til sammen 5 RIS-løsninger. Endringer av kravspesifikasjoner fra Helsedirektoratet helt frem til medio desember 2011, gjør at de involverte systemleverandører ikke er i stand til å gjøre de nødvendige tilpasninger innen fristen. Det er etablert en overgangsordning som gir anledning til å benytte gammelt kodeverk for registrering av radiologisk aktivitet som utføres i 2012, men den aktiviteten som registreres med gammelt kodeverk (i påvente av nytt), må konverteres til nytt kodeverk før det kan fremmes refusjonskrav. Det vil være anledning til å rapportere egenandelsinformasjon via POLK for aktivitet registrert med gammelt kodeverk i 2012. |
| | For å oppgradere i alt 22 laboratorie- og pasientsystemer er det også utfordringer med systemleveranser som er årsaken til forsinkelsene. Det er dermed heller ikke mulig å produksjonssette BKM funksjonalitet i disse systemene fra fristen. For disse systemene |

| | |
|--|--|
| | <p>jobber det regionale BKM prosjektet nå med å ferdigstille en leveranseplan med tilhørende testplaner, slik at det enkelte system kan produksjonssettes i samarbeid med helseforetakene så snart som mulig. Arbeidet med å etablere en slik plan pågår, i samarbeid med alle leverandørene, og planen forventes å kunne kommuniseres ut til helseforetakene medio januar 2012.</p> <p>For laboratorie- og pasientsystemer er det, så langt Helse Sør-Øst RHF kan forstå, ikke etablert tilsvarende overgangsordninger som for RIS-løsninger, men at det også her vil være slik at egenandelsinformasjon vil kunne sendes inn via POLK også for aktivitet i 2012, men at refusjonskrav må sendes inn (manuelt etterregistreres) via BKM når dette er klart.</p> <p>Helse Sør-Øst RHF har også bedt Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere mulighetene for å utsette innføringen av BKM og nytt kodeverk til 1.september 2012, for å sikre at alle helseforetakene har fått gjennomført nødvendige endringer i sine pasient- og ris systemer.</p> <p>Helse Sør-Øst RHF har bedt om at man i det enkelte Helseforetak, og i Sykehuspartner, forholder seg til den overgangsordning som er etablert av Helsedirektoratet med påfølgende manuelle rutiner.</p> |
| <u>Særskilte satsingsområder 2011</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> Kvalitet og pasientsikkerhet – Kvalitetsforbedring | |
| <i>Helse Sør-Øst RHF skal sikre at de godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i regionen implementerer felles elektroniske innregistreringsløsninger som er tilgjengelig for alle som skal levere og bruke data i henhold til registrenes formål.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF imøteser dette arbeidet. |
| <ul style="list-style-type: none"> <i>Oppgave for kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring</i> | |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal sikre at egne enheter er i stand til å levere og å bruke data fra alle godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre, herunder etablere og ivareta infrastruktur som gjør det mulig med elektronisk kommunikasjon mellom egne avdelinger og de nasjonale medisinske kvalitetsregistre.</i> | |
| Årlig melding | Nyfødscreening kvalitetsregister er etablert i Oslo universitetssykehus HF, og avventer ferdigstilling av forskrift før ibrukstagnelse skjer. Oslo universitetssykehus HF IKT har bidratt til opprettelsen av et regionalt fagforum for kvalitetsregistre |
| 5.4.1.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 | |
| <u>IKT</u> | |
| <i>Helseforetaket skal bidra aktivt til en framtidrettet utvikling på IKT-området, og bidrar til å realisere de vedtatte satsinger som framgår i nasjonal handlingsplan for eHelse.</i> | |
| - <i>Helse Sør-Øst RHF deltar i arbeidet med nasjonale IKT-prosjekter bl.a. kjernejournal, helseportal, meldingsløftet og elektroniske resepter. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF bidrar med ressurser og kompetanse i henhold til behov. |
| - <i>Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedirektoratet, i løpet av første halvår 2011 oversende en strategi for realisering av eResept, herunder avklare valg av autentiseringsløsning og i løpet av tredje kvartal 2011 fremlegge planer for innføring av eResept i Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF bidrar med ressurser og kompetanse i henhold til behov. |
| - <i>Helse Sør-Øst RHF deltar i arbeidet med videreutvikling av regelverk om informasjonssikkerhet. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.</i> | |

| | |
|---|---|
| | Økende grad av elektronisk registrering, deling av personopplysninger og økt elektronisk samhandling krever også at regelverket om informasjonssikkerhet utvikles i samme takt. Oslo universitetssykehus HF ser det som viktig å bidra i dette arbeidet. |
| - | <i>Helse Sør-Øst RHF deltar i det nasjonale arbeidet med arkitektur og standardisering. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.</i> |
| | Oslo universitetssykehus HF bidrar med ressurser og kompetanse i henhold til behov. |
| - | <i>Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, sikre en systematisk oppfølging av krav til funksjonaliteten i, og bruken av elektronisk pasientjournal/ pasientadministrativt system. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.</i> |
| | Oslo universitetssykehus HF bidrar med ressurser og kompetanse i henhold til behov. |
| <u>Kvalitet i anskaffelsesprosessene</u> | |
| <i>De regionale helseforetakenes og helseforetakenes anskaffelser er omfattende og har stor samfunnsbetydning. Det er tidligere stilt krav om god internkontroll, etterlevelse av regelverket for offentlige anskaffelser og tiltak for å styrke kompetansen på området. Det har i tillegg vært krav knyttet til miljø- og samfunnsansvar og krav om oppfølging av ILO-konvensjon nr. 94 for å sikre like arbeidsvilkår uavhengig av nasjonalitet. Det går fram av lov om offentlig anskaffelser, at leverandører skal pålegges å sikre lønns- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn det som følger av tariffavtaler, regulativ eller det som er normalt for vedkommende sted og yrke.</i> | |
| <u>H-reseptordningen</u> | |
| <i>H-resepter (Helseforetak-resepter) er resepter på legemidler som utleveres gjennom apotek, men finansieres av helseforetakene. Ordningen omfatter for tiden legemidler til behandling av MS og TNF-hemmere mv.</i> | |
| - | <i>Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Apotekforeningen, vurdere behovet for forbedringer i oppgjørsordningen mellom apotek og helseforetak for legemidler i H-reseptordningen. Dette omfatter en vurdering av behovet for eventuelle regelverkendringer. H-reseptordningen må også vurderes i lys av innføring av elektronisk resept. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.</i> |
| <u>Miljø og klimatiltak</u> | |
| <i>Det vises til arbeidet med det nasjonale miljø- og klimaprojektet i helseforetakene og til sluttrapport om miljø og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten. Det vises videre til tidligere krav om oppfølging av nasjonal klimapolitikk, og understrekes at sektoren gjennom energiøkonomisering og klimavennlig oppvarming må bidra til å realisere de nasjonale klimaforpliktelsene.</i> | |
| - | <i>Helseforetaket skal etablere miljøledelse og miljøstyringsystem og påfølgende sertifisering av styringsystemet i henhold til ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal ta sikte på å innføre slike systemer innen utgangen av 2014.</i> |
| | <u>Kvalitet i anskaffelsesprosessene</u> Oslo universitetssykehus HF jobber målrettet og strukturert for å sikre at anskaffelser og avrop er i tråd med gjeldende avtaler og regelverk gjennom ett tett samarbeid mellom juridisk avdeling og innkjøpsfunksjonen ved helseforetaket. Det er utarbeidet prosedyrer for anskaffelser og standard maler for konkurransegrunnlag, kontrakt og anskaffelsesprotokoller. Retningslinjer og informasjonsskriv utarbeides og publiseres på innkjøp sin hjemmeside etter hver anskaffelse, samt direkte informasjon til aktuelle aktører. I alle anskaffelser av tjenester må tilbyder signere på en egenerklæring om lønns- og arbeidsvilkår der de bekrefter at de ansatte i virksomheten, samt eventuelle underleverandører som direkte medvirker til å oppfylle kontrakten, har lønns- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn det som følger av gjeldende landsomfattende tariffavtale, eller det som ellers er normalt for vedkommende sted og yrke, jf. Forskrift om lønns og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter av 08.02.2008, nr. 112. |

| | |
|-------------------------|---|
| | <p><u>Miljø og klimatiltak</u> Oslo universitetssykehus HF har deltatt i Miljø- og Klimaforum, i regi av den nasjonale prosjektgruppen for miljø- og klimatiltak i spesialtjenesten.</p> <p>Det er i Miljø- og klimaforum utarbeidet en struktur for implementering av miljøledelse etter ISO 14001 standarden og sertifiseringen. Det ble avholdt en Kick off konferanse i Bergen 1. desember 2011 for innføring av miljøledelse hvor de tok opp både hvilke forventninger HOD har til helseforetakene og hvordan man bør angripe utfordringene..</p> <p>Det forventes nå at regionens Spesialrådgiver i miljø- og samfunnsansvar nå vil utarbeide et mandat til regional faggruppe miljø i Helse Sør-Øst RHF for videre arbeider i helseforetakene.</p> <p>Sykehusets mål er å delta videre i dette arbeidet for på sikt å innføre miljøledelse i Oslo universitetssykehus HF.</p> |
| | <p>- <i>Helseforetaket skal følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjøp, bygg/ eiendom og transport.</i></p> |
| | <p>Kartlegging av miljøaspekter med utgangspunkt i områdene: innkjøp, bygg/eiendom (energi), transport inklusive avfall vil regulere behov for handlingsplaner innefor områdene.</p> |
| | <p>- <i>Helseforetaket skal legge til rette for klimavennlige løsninger og oppvarming, og gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger.</i></p> |
| | <p>Ullevål Sykehus er tilknyttet Fjernvarmenettet. Oslo universitetssykehus HF har dialog med Hafslund Fjernvarme, og har et pågående prosjekt med Hafslund Fjernvarme og Norsk Energi, for å se på mulighet å tilknytte fjernvarme til sykehuslokasjonene Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Aker Sykehus. På SSE (Statens senter for epilepsi) i Sandvika, har Oslo universitetssykehus HF et pågående prosjekt med Fortum Fjernvarme for etablering av et Biobrenselanlegg knyttet til varmesentralen. På Dikemark er det ønske om at bygningene knyttes til et fjernvarmenett som er under etablering uten at dette er avklart</p> |
| <p><u>Parkering</u></p> | |
| | <p><i>Det vises til oppfølging av rapport av 24. november 2008 utarbeidet av de regionale helseforetakene. I tråd med kravet i foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF i januar 2010 oversendte de regionale helseforetakene 7. desember 2010 en evalueringsrapport til departementet.</i></p> |
| | <p>- <i>Helseforetaket skal begrense betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling.</i></p> |
| <p>Årlig melding</p> | <p>Prisnivået på besøksparkering ved sykehusområdene tilhørende Oslo universitetssykehus HF ligger i dag langt under det markedsstyrte prisnivået i nærliggende områder av Oslo. Dagens nivå må anses som nødvendig for å regulere tilbudet slik at plassene som er åpne for allmennheten i størst mulig grad står til sykehusets besøkendes disposisjon, slik at misbruk av plasser til andre formål (pendlere, beboere, osv.) ikke forekommer.</p> <p>Foretakets interne policy svarer til den forventning departementet har om en menneskelig og tilpasset tilnærming samtidig som en gjennom å holde et høyt faglig nivå ved kontroll, gjennom skiltplaner og i saksbehandling sikrer et oversiktlig og rettferdig tilbud.</p> <p>Alle parkeringsanlegg bygger på prinsippet om etterskuddsbetaling og det utredes kontinuerlig muligheter og teknologiske nyvinninger som kan gjøre tilbudet enda mer brukervennlig for kundene. Dette innebærer blant annet utvidet bruk av betaling med mobil.</p> |

| | |
|--|---|
| 5.4.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011 | |
| <u>IKT:</u> | |
| <i>Helseforetaket skal sikre videre utvikling av sin IKT-virksomhet iht. vedtatt rolle/ansvarsfordeling og til enhver tid gjeldende rammeverk for IKT (drift, forvaltning, utvikling) i Helse Sør-Øst, jf. RHF-styresak 088-2010 Langtidsplan IKT.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har organisert sin IKT virksomhet i samsvar med regionens struktur |
| <i>Helseforetaket skal bidra til felles helbetlig utvikling i foretaksgruppen og gevinstrealisering i forhold til dette.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF bidrar med ressurser og kompetanse i henhold til behov. |
| <i>Helseforetakene skal bidra til utvikling og innføring av IKT-tjenester i samsvar med Langtidsplan IKT herunder bidra til standardisering og samhandling i tråd med nasjonale og regionale føringer. Helseforetakene skal med utgangspunkt i Langtidsplan IKT innen 31.5.2011 utvikle og styrebehandle egen områdeplan for IKT iht. regionale koordinerte føringer for dette arbeidet.</i> | |
| | Sykehuset har, med bakgrunn i Regional langtidsplan for IKT, utviklet og styrebehandlet Områdeplan for IKT i Oslo universitetssykehus HF 2011-2015. Planen er strukturert etter fire prioriteringsområder: <ol style="list-style-type: none"> 1. Stabil og forsvarlig drift, samt myndighetspålegg 2. Understøttelse av omstillingsprosessen 3. Innføring av regionale tjenester i samsvar med foretakets faktiske behov 4. Videre digitalisering av dokumentasjon og arbeidsprosesser samt understøttelse av Oslo universitetssykehus HF spesialoppgaver |
| <i>Helseforetakene skal innføre/videreutvikle lokal prosjekt- og porteføljestyring iht fellesregionalt rammeverk og metodikk, herunder ta i bruk system for prosjekt og porteføljestyring i samsvar med felles regional prosjektplan.</i> | |
| | Bruk av system for porteføljestyring er videreført på samme nivå som under piloteringen av verktøyet ved Oslo universitetssykehus HF. Det regionale prosjektet som har ledet ibruktakelsen har ikke lyktes i å få Sykehuspartner til å ferdigstille en ROS-analyse som sikkerhetsansvarlig ved Oslo universitetssykehus HF har kunnet godkjenne. Det foreligger heller ingen dato for når den vil foreligge. Oslo universitetssykehus HF har derfor ikke kunnet starte innføringsprosjektet. Oslo universitetssykehus HF forholder seg til regional metodikk for prosjekt og porteføljestyring. |
| <i>Helseforetakene skal gjennom nasjonale og regionale initiativ vedrørende medisinskteknisk utstyr (MTU) og behandlingshjelpemidler bidra til økt samhandling, standardisering og økonomisk kontroll ved dette området.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF ved sykehusets Medisinsk-Teknisk Avdeling leder Strategisk forum for medisinskteknologiske tjenester i Helse Sør-Øst (SMETT) og bidrar til økt samhandling, standardisering og kontroll innenfor medisinskteknisk utstyr og behandlingshjelpemidler. |
| <i>Helseforetaket skal bidra til, innføre og forholde seg til, regionale og nasjonale etablerte rammeverk innen arkitektur og styringsystem for informasjonssikkerhet i henhold til føringer gitt fra Helse Sør-Øst RHF. Helseforetaket skal gjennomføre nødvendige kompetansehevende tiltak innen informasjonssikkerhet for sine ansatte, herunder bruk av aktuelle virkemidler som tilgjengeliggjøres gjennom regionalt kompetanseprogram for informasjonssikkerhet.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har innført styringssystemet for informasjonssikkerhet utformet i regionen som del av foretakets samlede styringssystem. Kompetansehevende tiltak innen personvern og informasjonssikkerhet er uttrykt som et strategisk område for kommende år. Relevante regionale virkemidler sammen med eget tilpasset opplæringsprogram er planlagt. |
| <u>Innkjøp og logistikk:</u> | |
| <i>Helseforetaket skal bidra til utvikling av regionalt og nasjonalt innkjøp ved oppfølging av beslutning vedrørende prosjekt innkjøpstjenester.</i> | |

Oppdrag og bestilling 2011

| | Foretakets innkjøpsavdeling deltar aktivt i regionale og nasjonale innkjøpsprosesser og jobber aktivt med å implementere inngåtte avtaler. | | | | |
|---|---|--|------------------|--|--|
| <i>Helseforetaket skal etablere gevinstrealiseringsprogram med utgangspunkt i gevinstrealiseringspotensialet som ligger i den lokale, regionale og nasjonale avtaleporteføljen.</i> | | | | | |
| | Oslo universitetssykehus HF har utarbeidet rutiner for implementering av avtaler for å hente ut gevinster. Dette arbeidet fortsetter i 2012. Oslo universitetssykehus HF har tre innkjøpssystem. Dette gir en utfordring med oppdatering og vedlikehold av varekataloger, samt oppfølging av KPI er fra tre system. | | | | |
| <i>Helseforetaket skal gjennom deltagelse i regionale produktråd bidra til standardisering av varer/ tjenester på tvers av helseforetakene. Helseforetaket oppfordres til å etablere produktråd lokalt for å sikre faglig forankring av beslutninger knyttet til valg av varer/ tjenester.</i> | | | | | |
| | Oslo universitetssykehus HF deltar i alle regionale produktråd. Det er etablert lokale produktråd innen de fleste områder | | | | |
| <i>Helseforetaket skal benytte Helse Sør-Øst Forsyningscenter som hovedleverandør av medisinsk og ikke-medisinsk forbruksmateriell.</i> | | | | | |
| | Oslo universitetssykehus HF vil bidra til å øke volumet levert via Forsyningscenteret. | | | | |
| <i>Helseforetaket skal sørge for at den til enhver tid oppdaterte varekatalog for Helse Sør-Øst Forsyningscenter er tilgjengelig i lokalt innkjøpssystem.</i> | | | | | |
| | Oslo universitetssykehus HF oppdaterer varekatalogen i foretakets tre innkjøpssystemer på bakgrunn av differanserapporten som mottas fra Bring 2. hver uke. | | | | |
| <i>Helseforetaket skal sørge for at bestillinger av varer fra Helse Sør-Øst Forsyningscenter, så langt det er mulig, foregår gjennom en integrert elektronisk løsning.</i> | | | | | |
| | Oslo universitetssykehus HF oppdaterer varekatalogen i de tre systemene på bakgrunn av differanserapporten som mottas fra Bring 2. hver uke. | | | | |
| <i>Helseforetaket skal følge opp etiske retningslinjer for innkjøp og leverandørkontakt.</i> | | | | | |
| | Oslo universitetssykehus HF tilstreber å følge etiske retningslinjer ved innkjøp og ved utforming av leverandørkontrakter. | | | | |
| <i>Helseforetaket skal i størst mulig grad benytte standard miljøkriterier i anskaffelser.</i> | | | | | |
| | I alle relevante anskaffelser inkluderes miljøkriterier i tildelings- eller kvalifikasjonskriteriene | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Krav til leveranse fra helseforetaket</th> <th>Måles ved</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p><i>Styringskrav Innkjøp og logistikk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bruk av forsyningscenteret. Tilpassede mål vil bli utviklet for det enkelte HF.</i> • <i>Avtaledekning. Målkrav 2011 70 %</i> • <i>Avtalelojalitet. Målkrav 2011 90 %</i> • <i>Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem. Målkrav 2011 70 %</i> • <i>Bruk av elektronisk produktkatalog. Målkrav 2011 90 %</i> </td> <td><i>Ihht. målemetode utviklet og dokumentert i definisjonskatalog</i></td> </tr> </tbody> </table> | | Krav til leveranse fra helseforetaket | Måles ved | <p><i>Styringskrav Innkjøp og logistikk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bruk av forsyningscenteret. Tilpassede mål vil bli utviklet for det enkelte HF.</i> • <i>Avtaledekning. Målkrav 2011 70 %</i> • <i>Avtalelojalitet. Målkrav 2011 90 %</i> • <i>Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem. Målkrav 2011 70 %</i> • <i>Bruk av elektronisk produktkatalog. Målkrav 2011 90 %</i> | <i>Ihht. målemetode utviklet og dokumentert i definisjonskatalog</i> |
| Krav til leveranse fra helseforetaket | Måles ved | | | | |
| <p><i>Styringskrav Innkjøp og logistikk:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bruk av forsyningscenteret. Tilpassede mål vil bli utviklet for det enkelte HF.</i> • <i>Avtaledekning. Målkrav 2011 70 %</i> • <i>Avtalelojalitet. Målkrav 2011 90 %</i> • <i>Utnyttelse av elektronisk bestillingssystem. Målkrav 2011 70 %</i> • <i>Bruk av elektronisk produktkatalog. Målkrav 2011 90 %</i> | <i>Ihht. målemetode utviklet og dokumentert i definisjonskatalog</i> | | | | |
| | Rapportering av resultat for måltallene innenfor innkjøp og logistikk rapporteres hvert tertial til Helse Sør-Øst RHF. Per 2. tertial var avtaledekningen 70 %, utnyttelse av elektronisk bestillingssystem 57 % og bruk av elektronisk produktkatalog 63 %. | | | | |
| AdmHR | | | | | |
| <i>Helseforetaket skal evaluere gjennomføring av prosjekt AdmHR for alle de systemer som er tatt i bruk pr. 31.12.10. Gevinstrealisering knyttet spesielt til felles ressurs- og arbeidsplansystem skal dokumenteres pr. 31.12.11.</i> | | | | | |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|---|
| | Oslo universitetssykehus HF planlegger å migrere over på felles GAT for Aker og Ullevål 26. mars 2012. Innføringen av felles GAT på Rikshospitalet er ventet å starte høsten 2012, og vil pågå ut 2013. |
| | <i>Implementering av regionalt ressursstyrings- og arbeidsplansystem (GAT) og migrering av eksisterende GAT installasjoner til Sykehuspartner skal starte i 2011 i henhold til plan lagt i samarbeid med AdmHR prosjektet. Det skal i den forbindelse utarbeides egen plan for å realisere gevinster knyttet til regional løsning. Sykehuspartner vil bistå i dette arbeidet.</i> |
| | Plan for gevinstrealisering har to milepæler: forslag til prosjektbeskrivelse skal være ferdig til desember 2011 og prosjektbeskrivelse skal være ferdig til februar 2012. |
| | <u>Bygg og eiendom</u> |
| | <i>Styret for Helse Sør-Øst RHF har i sak 059-2010 Fullmaktsstruktur for bygginvesteringer - tilpassing til endrede fullmaktsgrenser vedtatt revidert beslutningsmatrisen for byggeprosjekter i Helse Sør-Øst. Det forutsettes at denne er kjent og følges i behandlingen av byggesaker i helseforetaket.</i> |
| | Oslo universitetssykehus HF er kjent med Helse Sør-Øst RHF beslutningssak 059-2010 om Fullmaktsstruktur for bygginvesteringer. Disse følges ved behandling av byggesaker i foretaket. |
| | <i>Helseforetakene skal bidra til å utarbeide og implementere felles strategiplan for eiendomsområdet i Helse Sør-Øst, og utarbeide handlingsplaner for måloppnåelse om 10 % arealeffektivisering og 10 % kostnadseffektivisering innen foretaksgruppen. Ut fra de beslutninger som styret i Helse Sør-Øst RHF fatter på basis av strategiplanen (jf. pågående planarbeid) og innspill til administrerende direktør fra forum for utvikling av bygg og eiendom, skal helseforetakene iverksette tiltak.</i> |
| | Oslo universitetssykehus HF har i 2011 utarbeidet 'Arealutviklingsplan 2025' som involverer hele bygningsmassen i Oslo universitetssykehus HF. Med bakgrunn i bygningsmassens beskaffenhet og behov for kostnads- og arealeffektivisering beskriver planen forslag til hvordan Oslo universitetssykehus HF i faser, kan utvikles videre fram til 2025. |
| | <i>Helseforetakene skal utarbeide vedlikeholdsplaner for sin bygningsmasse, samt planer for hvordan målene om forbedring av tilstandsklasse for byggene skal oppnås innenfor nærmere avtalt tidsperiode. I dette inngår også planer for hvilke bygg som ikke lenger skal inngå i helseforetakenes eiendomsportefølje. Helseforetakene anbefales å oppdatere byggenes tilstand i løpet av året etter NS 3424 ved bruk av opprettet web-basert database for tilstandsregistrering av byggene.</i> |
| | Fra 2008-2010 ble det utarbeidet en 5-års vedlikeholdsplan for bygningsmassen ved Rikshospitalet (2010), samt to bygninger ved Radiumhospitalet (2009). Her er det lagt inn kostnader, tilstandsgrader og konsekvensgrader. For 2011 ble det ikke bevilget midler til gjennomføring av tiltak. |
| | Høsten 2011 er det blitt jobbet med tiltaksliste for å oppfylle krav til arbeidslokaler i Arbeidsmiljøloven. Dette er pålegg fra Arbeidstilsynet og tiltakene gjelder hele Oslo universitetssykehus HF. Tiltakslisten vil danne grunnlag for en tiltaksplan som skal synliggjøre når og i hvilken sammenheng gjennomføring vil foregå. Saken skal styrebehandles i februar 2012. |
| | <i>Det vises til RHF-styresak 095-2010 og anbefalinger i rapporten "Innføring av miljøledelse og miljøsertifisering av spesialisthelsetjenesten".</i> |
| | <i>Helseforetaket skal sørge for at forskrift om energimerking av bygninger og energivurdering av tekniske anlegg følges opp og bygninger energimerkes i henhold til forskriften.</i> |
| | Helse Sør-Øst RHF har inngått rammeavtale med firma for bistand til energimerking av bygningsmasse. Det er i Oslo universitetssykehus HF utarbeidet forslag til budsjett og gjennomføringsplan for trinn 0, trinn 1 og trinn 2 i løpet av 2012 og 2013. |
| | <i>Helseforetakene skal oppdatere klassifiseringen av sine arealer etter klassifiseringsystemet for sykehusbygg, og overføre dataene til felles database som det tas sikte på å opprette. Klassifiseringen skjer etter nasjonalt klassifiseringsystem utgitt av Helsedirektoratet.</i> |
| | <u>Klassifiseringssystem av arealer</u> Viser til Helsedirektoratets sak nr 09/11 - Revidering av klassifikasjonssystemet for sykehusbygg. |

| | |
|--|---|
| | <p>Nasjonalt samarbeidsprosjekt er igangsatt som skal kartlegge alle sykehusarealer. Kartleggingen utføres med oppgradert nomenklatur/klassifikasjonssystem. Dette var planlagt ferdig innen oktober 2011, men er ikke ferdig ennå. Når dette kommer vil Oslo universitetssykehus HF bidra med input til kartlegginger.</p> <p><u>FUBE - delprosjekt : Innføring av klassifikasjonssystem for sykehusbygg</u> ble ledet av arealforvalter Torunn Eriksen i Forvaltning og utviklingsavdelingen i Oslo universitetssykehus HF. Rapporten anbefalte at svakheter i nomenklaturet blir korrigert før kartleggingen fortsetter.</p> |
| <i>For eiendom som omfattes av landsverneplanen for helsesektoren skal det utarbeides forvaltningsplaner i hht til føringer og malverk utgitt av Riksantikvaren.</i> | |
| | <p>For bygg i verneklasse 1 er det synliggjort et omfang som dreier seg om ca 5,5 nettoårsverk. Dette innbefatter tilstandsanalyse etter NS3423 samt estimert tidsforbruk for utarbeidelse av forvaltningsplaner. Verneklasse 1 blir prioritert før verneklasse 2. Kompleksdelen for Gaustad sykehus er påbegynt sammen med bygg 10, Velferdsbygget. Pris er innhentet fra Forsvarsbygg for bistand til utarbeidelse av forvaltningsplan for 3 bygg samt utomhusplan på SSBU. Ingen tildelte budsjettmidler for 2011. Avventer budsjettildeling for 2012.</p> |
| <i>Alle tiltak som søkes iverksatt på eiendom som er omfattet av landsverneplanen skal meldes til det regionale helseforetakets eiendomsavdeling for videre registrering i nasjonal database.</i> | |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF vil etterstrebe gode rutine med hensikt å få oversikt over akutte og planlagte tiltak i bygg som omfattes av landsverneplanen. Rutine for videre melding til det regionale helseforetakets eiendomsavdeling vil da også bli utført.</p> |
| <i>Ved avhending av eiendom som er omfattet av landsverneplanen skal det sikres formelt vern gjennom forskrift for verneklasse 1 og lokal reguleringsplan for verneklasse 2 for eiendommen går ut av spesialisthelsetjenestens eie.</i> | |
| | <p>Alle eiendommer som befinner seg i landsverneplanen er formelt vernet og det skal følge en forvaltningsplan med hver bygg. Sykehuset vil tilstrebe at dette foreligger.</p> |
| 5.5 INNSATSOMRÅDE 5 - MOBILISERING AV MEDARBEIDERE OG LEDERE | |
| 5.5.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende | |
| 5.5.1.1 Krav fra oppdragsdokument 2011 | |
| <u>Særskilte satsingsområder 2011</u> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Kvalitet og pasientsikkerhet - Pasientsikkerhet | |
| <i>Det er et ledelsesansvar å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser. Ansatte skal oppleve det trygt å melde, og meldingene skal følges opp fra et system- og læringsperspektiv.</i> | |
| | <p>Sykehusets system for melding, analyse og rapportering av uønskede hendelser og forhold er godt implementert og har jevnt økende bruk. Alle uønskede hendelser blir saksbehandlet gjennom lederlinjen og via klinikkens kvalitetsutvalg. Sykehusets ledere oppfatter at registrering av uønskede hendelser er et viktig ledd i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeide i egen enhet og på tvers av enheter i sykehuset.</p> |
| <u>Utdanning av helsepersonell</u> | |
| <i>Utdanning av helsepersonell er et viktig virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig helsepersonell. Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring blir svært viktig for å lykkes med samhandlingsreformen.</i> | |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF har gjennom 2011 fokusert på å etablere en tydeligere organisering av utdanningsfunksjoner i sykehuset.</p> <p>Utdanningsansvar på overordnet, strategisk koordinerende nivå er nå organisatorisk samlet med forskning og innovasjon i stab hos</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>direktør for forskning, innovasjon og utdanning. Organiseringen fordrer tett samarbeid med fagdirektør, HR-direktør, klinikkledere og deres medarbeidere med operativt utdanningsansvar, og ikke minst samarbeidende utdanningsinstitusjoner.</p> <p>Sykehusets utdanningsutvalg har i nært samarbeid med universitet og høyskoler i 2011 utarbeidet forslag til Utdanningsstrategi for Oslo universitetssykehus,.</p> <p>Det er i 2011 arrangert en regional utdanningskonferanse om sykehuset som utdanningsarena. Målgruppen for konferansen var helsepersonell som har ansvar for utdanningsprogrammer ved helseforetakene i regionen og andre interesserte fra profesjonsorganisasjonene, sentral helseforvaltning, høyskoler og universitet. Ett av temaene på konferansen var utdanningsbehov knyttet til samhandlingsreformen. Oslo universitetssykehus arbeider med å identifisere prioriterte utdanningsoppgaver relatert til samhandlingsreformen i forhold til Oslo kommune.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har etablerte samarbeidsavtaler med HiOA om praksisplasser for Bioingeniørstudenter og Radiografstudenter. Til tross for at pasientgrunnlaget er endret i forbindelse med Oslo universitetssykehus HF fusjonen, er antall studie-plasser i stor grad opprettholdt. Når pasientgrunnlaget eventuelt ytterligere reduseres må man vurdere om også antallet studenter i praksis må reduseres tilsvarende i forhold til ressursbruk.</p> <p>Ansatte med veilederkompetanse vil være sentrale aktører for fremtidig utvikling av praksisopplæringen i klinikkene. Det er et mål at det bredt blir utdannet et tilstrekkelig antall veileder med særskilt veilederkompetanse for å sikre god opplæring av studentene.</p> <p>For å sikre kompetanseheving og utvikling av fag er det opprette fagspesifikt nettverk for bioingeniører (fagspesifikt nettverk for radiografer ble opprettet i 2010). Begge nettverkene har planer om å opprette en fagstige tilsvarende klinisk stige for sykepleierne. Dette arbeidet er i tråd med Oslo universitetssykehus HF sin sentrale kompetanseutviklingsstrategi</p> |
| <p><i>Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer. I 2011 hvor samhandlingsreformen forberedes blir det svært viktig å utnytte etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner på en god og kraftfull måte. Arenaer for samarbeid med kommunene om utdanningsbehov og praksis bør vurderes.</i></p> | |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF har i 2011 etablert en samarbeidsavtale med Sykehjemsetaten i Oslo kommune om praksis for helsefagarbeiderlærlinger ved sykehuset. Avtalen trer i kraft 1.januar 2012. Avtalen er et viktig element i forhold til samhandlingsreformen og kompetanseheving. Avtalen vil bli fulgt opp videre i tett dialog med Oslo kommune om utdanningsspørsmål i forbindelse med samhandlingsreformen.</p> <p>De etablerte praksiskonsulentordningene for sykepleiere og for allmennleger oppleves som viktige arenaer for informasjons- og kompetanseoverføring av alle parter.</p> <p>Foretaket har gjennom sykepleietjenesten arbeidet med kunnskapsoverføring til sykehjem og hjemmetjeneste gjennom å avholde kompetansedager og ved å ha daglig kontakt.</p> <p>Foretaket arbeider med en felles veiledningsmodell for hele sykehuset som skal imøtekomme de krav som myndighetene stiller til</p> |

| | |
|--|---|
| | praksisveiledning. |
| | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Oppgaver for utdanning av helsepersonell</i> |
| | <i>Oslo universitetssykehus HF skal etablere et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen og ambulansearbeiderutdanningen.</i> |
| | <p>Helsefagarbeiderutdanningen Det arbeides nå med en Samarbeidsavtale om praksisopplæring for helsefagarbeiderlærlinger mellom Sykehjemsetaten i Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF. Arbeidet sier foreløpig ikke noe om volum i Oslo universitetssykehus HF. Praksisperioden vil være minimum 8 uker i løpet av det 4.halvåret i utdanningen.</p> <p>Ambulansearbeiderutdanning Sykehuset har til enhver tid har ca 50 lærlinger (25 pr årskull.). Det arbeides det med å utvikle en treårig bachelorutdanning for Paramedics. Her samarbeider Akuttklinikken med HiOA for å finne egnede praksisplasser.</p> |
| | <i>Helse Sør-Øst RHF skal i samarbeid med utdanningsinstitusjonene (Universitetene i Bergen og Oslo) sørge for et tilstrekkelig antall stillinger for tannleger under spesialisering i oral kirurgi og oral medisin. Det stilles krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om at det spesielt bør vurderes om det kan opprettes stilling(er) ved Sørlandet sykehus HF og Oslo universitetssykehus HF. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet.</i> |
| | Oslo universitetssykehus HF har stilt seg positivt. Dette blir gjennomført i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet. |
| | <i>De fem regionale ressursentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RTVS) er gitt i oppdrag å implementere opplæringspakke for å styrke tilbudet til FN- og NATO-veteraner i alle regioner. RVTS Sør, ved Sørlandet sykehus HF, og RVTS Øst, ved Oslo universitetssykehus HF, skal påse at opplæringen gjennomføres i hele Helse Sør-Øst.</i> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • RVTS Øst er, i samarbeid med Forsvarets Sanitet (F-SAN) bedt om å bidra til å styrke det sivile helsetilbudet til FN/Nato-veteraner. Det har vært betydelig aktivitet i forhold til prosjektets ulike delmål. Prosjektrapport med oppsummering og dokumentasjon så langt er oversendt Helsedirektoratet med konkrete innspill i forhold til videre organisering av innsatser på området. Det er søkt om midler for videreføring. • Kompetanseutvikling for leger og psykologer region Øst - Spesialisthelsetjenesten: Den syvende og foreløpig siste samlingen i forbindelse med fordypningsmodulen for lege-, og psykologspesialister ble arrangert i oktober måned. Med dette har de 30 spesialistene som inngår i fordypningen gjennomført et kompetanseprogram på ca 50 timer tilknyttet oppfølging og behandling av krigsveteraner. • Kompetanseutvikling for leger og psykologer region Øst NAV/ARK: Nettverksarbeidet med de ulike aktørene i feltet pågår kontinuerlig. Innholdet i dette omfatter både planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak. RVTS Øst er inkludert i ulike fora, formelle og uformelle både i Forsvaret og sivil sektor, som på ulike måter omhandler oppfølging av veteranarbeidet i Norge. • Nasjonalt NAV og veteranorganisasjonene: Det har vært betydelig aktivitet i forhold til alle prosjektets ulike delmål. Prosjektrapport med oppsummering og dokumentasjon så langt er oversendt Helsedirektoratet med konkrete innspill i forhold til videre organisering av innsatser på området. • Artikkelserie Innblikk.com: RVTS Øst har som en del av sitt engasjement på veteranområdet søkt å utvikle tiltak som også kan bidra med informasjon til fagpersoner og andre med interesse for temaet. I den forbindelse produseres en rekke fagartikler som publiseres på RVTS sitt nettmagasin www.innblikk.com. Det er hittil lansert 11 artikler i serien. Ytterligere tre artikler er under utarbeidelse. |

| | |
|--|--|
| <i>God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og helsepersonell. Oslo universitetssykehus HF skal sørge for gode rutiner for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkelig kompetanse i medisinsk fysikk.</i> | |
| | Sykehuset har god intern kompetanse innen medisinsk fysikk og strålehygiene. Det er i perioden både gjennomført intern undervisning og egenrevisjoner på avdelingsnivå i aktuelle avdelinger. Målinger utført på aktuelle ansattegrupper viste at ingen har blitt utsatt for strålingsdoser over anbefalte verdier (1 mSv). |
| 5.5.1.2 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 | |
| <u>Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner</u> | |
| <i>Helseforetakene har ansvar for at utdanning og rekruttering av helsepersonell gjøres slik at det bidrar til å sikre tilstrekkelig kapasitet og en kvalitativ god helsetjeneste.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har jevnt over god kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse, men registrerer vesentlige utfordringer innen spesialsykepleiergruppen. Dette gjelder i særlig grad operasjonssykepleiere og i noen grad anesthesi- og intensivsykepleiere. Det arbeides med kartlegging og iverksettelse av utdannings- og rekrutteringstiltak for disse gruppene. En overordnet målsetting i sykehusets utdanningsstrategi er at foretakets samlede kompetanse sikres og utvikles, slik at kvaliteten på helsetjenestene er meget god, møter samfunnets behov og er oppdatert når det gjelder nye effektive behandlingsmetoder. |
| - <i>Det forutsettes at helseforetaket legger til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring</i> | |
| Årlig melding | Det arbeides nå med en Samarbeidsavtale om praksisopplæring for helsefagarbeiderlæringer mellom Sykehjemsetaten i Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF. Arbeidet sier foreløpig ikke noe om volum i Oslo universitetssykehus HF. Praksisperioden vil være minimum 8 uker og i løpet av det 4.halvåret i utdanningen. |
| - <i>Det forutsettes at helseforetaket bistår Helse Sør-Øst RHF i arbeidet med å vurdere og fremskaffe kunnskap om fremtidig kompetanse- og personalbehov i sektoren, med fokus på kompetansebehov utover grunnutdanningene</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF vil bistå med å vurdere og å fremskaffe kunnskap om fremtidig kompetanse- og personalbehov i sektoren. |
| - <i>Det forutsettes at helseforetaket sørger for at WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell implementeres i 2011</i> | |
| Årlig melding | Rekrutteringspolitikk ved Oslo universitetssykehus HF er i samsvar med WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering, der helseforetakene frarådes aktiv rekruttering av helsepersonell fra utviklingsland som opplever kritisk mangel på helsepersonell. Det understrekes videre viktigheten av likebehandling av innvandret helsepersonell og helsepersonell som har fått innenlandsk opplæring. Dette er tatt med i innledningsavsnittet i Personelhåndbokens kapittel om Rekruttering og ansettelse, samt med egen link til Helsedirektoratets "Brukerveiledning til WHO's globale kode for internasjonal rekruttering av helsepersonell". |
| - <i>Det forutsettes at helseforetaket sørger for gode rutiner ved tilsetting av helsepersonell, jf. Helsedirektoratets veileder "Gode rutiner – Gode tilsettinger".</i> | |
| Årlig melding | Helsedirektoratets huskeliste ved vurdering av søkere til stillinger i helsetjenesten, er satt inn i Personelhåndbokens kapittel om rekruttering og ansettelse. I tillegg er det lagt inn en link til Helsedirektoratets veileder "Gode rutiner – Gode tilsettinger". |
| <u>Faste stillinger og deltid</u> | |
| <i>Helseforetakene skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk for alle helsepersonellgrupper og øvrige ansatte.</i> | |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|---------------|--|
| | Oslo universitetssykehus HF har en personalpolitikk som skal støtte sykehusets overordnede mål og kjernevirksomhet. Personalpolitikken: 1. skal sikre riktig kompetanse 2. er bygget på likeverd 3. er inkluderende 4. bygger på medvirkning og involvering. |
| | <i>- Helseforetaket skal som hovedregel bruke faste stillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og vikariater til et nødvendig minimum (jf. Arbeidsmiljøloven § 14-9).</i> |
| Årlig melding | Ledelsen ved sykehuset har hele tiden understreket at ingen fast ansatte ved Oslo universitetssykehus ufrivillig skal få redusert stillingen sin. Sykehuset er i omstilling/nedbemanning og den relative andelen midlertidige stillinger har økt i perioden. Etter gjennomført innplasseringsprosess i henhold til nye bemanningsplaner i alle klinikker forventes denne trenden å snu. |
| | <i>- Helseforetaket skal bidra i slutføringen av det igangsatte arbeidet om tilrettelegging for faste stillinger for leger i spesialistutdanning og at Helse Sør-Øst RHF skal være med på å utarbeide en felles rapport til departementet om arbeidet innen 1. mars 2011</i> |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF har bidratt i dette arbeidet i den grad deltagelse fra foretaket har blitt etterspurt. |
| | <i>- Helseforetaket skal i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, redusere andelen deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011</i> |
| Årlig melding | I tilknytning til oppdraget om å redusere andel deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011 ble det nedsatt en parts sammensatt arbeidsgruppe som la fram sin rapport "Reduksjon av andel deltidsansatte ved Oslo universitetssykehus HF" i mai. Av de faste ansatte pr 15. april var det 2787 som arbeider deltid. Dette utgjør 20 % av alle faste ansatte ved Oslo universitetssykehus HF. Hovedtyngden av deltid finnes innenfor gruppen sykepleiepersonell med 1565 ansatte som arbeider deltid. Arbeidsgruppen identifiserte hovedårsakene til bruk av deltid ved Oslo universitetssykehus HF, og fremmet forslag om virkemidler og hvilke tiltak som må iverksettes for å gjennomføre disse. I mai 2011 ble det gjennomført en deltidsundersøkelse. Undersøkelsen ble sendt ut til deltidsansatte med et fast arbeidsforhold, hvorav 1887 (48 %) svarte. Resultatet av undersøkelsen viste at 151 (8 %) av de som svarte ønsker å arbeide heltid, og 76 (4 %) ønsker større deltidsstilling. Retningslinjer for deltid er utarbeidet. |
| | <i>- Helse Sør-Øst RHF skal, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, arbeide med videreutvikling av indikatorer på HR-området, spesielt når det gjelder deltid. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet.</i> |
| Årlig melding | Det ble 1.oktober 2011 gjort endringer i personalportalen som endret registreringspraksis av deltid. Registreringen oppfyller nå de krav og rammer som er satt av HOD og de regionale helseforetakene. Oslo universitetssykehus HF har deltatt i arbeidet etter forespørsel. |
| | <i>Helse Sør-Øst RHF skal i 2011 rapportere andelen deltid månedlig gjennom ØBAK. Bemanning vil bli tatt opp som tema på oppfølgingsmøtet med departementet pr. 1. tertial 2011. De regionale helseforetakene skal i årlig melding rapportere om utviklingen i andelen deltid og hvilke tiltak som er iverksatt for å redusere andelen deltid. Helseforetaket skal ta del i arbeidet med disse rapporteringene.</i> |
| ØBAK | Tiltak for å redusere andel deltid. To klinikker har søkt om og fått tildelt midler fra Arbeids- og velferdsdirektoratet til prosjekter for å arbeide med reduksjon av andel deltid. |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Kvinne og barnekliviken søkte om 550.000,- for å lønne en 0,5 prosjektleder til prosjekt 'Hvordan redusere ufrivillig deltid ved Fødeavdelingen på Rikshospitalet'. Prosjektet skal kartlegge og iverksette bruk av 12,5 timers vakter i helg. Godkjenning og utbetaling er litt forsinket fra giver, derfor er man så vidt i gang med arbeidet. Prosjektleder er på plass og detaljert milepælsplan er utarbeidet. • Medisinsk klinikk fikk også tildelt midler til et prosjekt som skal gå over 3 år. Prosjektleder er på plass, organisering av prosjektet med prosjektgruppe og styringsgruppe etableres i løpet av desember 2011. <p>Utvikling andel deltid: Snitt andel deltidsansatte i 2010 var på 59, 7. Snitt andel deltidsansatte i 2011 var på 59, 5. Oslo universitetssykehus HF vil rapportere andelen deltid månedlig når slik rapportmal foreligger.</p> |
| <u>Inkluderende Arbeidsliv (IA) og sykefravær m.m.</u> | |
| <i>Det vises til Regjeringen og partenes arbeid med en ny og mer målrettet IA-avtale for perioden 1. mars 2010 til 31. desember 2013 for å redusere sykefraværet, hindre utstøting og frafall, øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne, og stimulere til forlenget yrkesaktivitet etter fylte 50 år.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har inngått en IA-avtale for perioden 2010-2013. |
| | <i>- Helseforetaket skal sette aktivitets- og resultatmål i arbeidet med å nå IA-avtalen.</i> |
| | Oslo universitetssykehus HF har gjennom den nye IA-avtalen forpliktet seg til å arbeide for å forebygge sykefravær, øke jobbnærværet og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet for sine ansatte. Ut fra de overordnede nasjonale målene og tre delmål, er det i Oslo universitetssykehus HF blitt utarbeidet egne delmål og handlingsplaner med tiltak for å sikre at målene nås for hele helseforetaket. |
| | <i>- Helse Sør-Øst RHF skal utvikle indikatorer for målsettingene med IA-avtalen gjennom Nasjonalt program for stabs- og støttefunksjoner – HR standardisering. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet.</i> |
| | Oslo universitetssykehus HF har deltatt i dette arbeidet. |
| <u>Konsulentbruk</u> | |
| <i>Bruken av eksterne konsulenter bør avgrenses til områder der det er nødvendig med kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengelig i egen organisasjon og for en tidsbegrenset periode. Bruk av eksterne konsulenter skal vurderes opp mot å rekruttere aktuell kompetanse.</i> | |
| | <i>- Det legges til grunn at helseforetaket skal ha et bevisst forhold til og begrenser bruken av eksterne konsulenter.</i> |
| Årlig melding | <p>Ledelsen har i 2011 redusert bruken av innleide konsulenter.</p> <p>Særlig gjelder dette avtaler innen omstillingsrådgivning der en ikke har inngått avtaler etter juni 2011.</p> <p>Bakgrunnen for bruk av konsulenter er behov for kompetanse på områder der sykehuset ikke selv har dette eller erfaring, eller når sykehuset mangler kapasitet til å løse oppgaver.</p> <p>Konsulentfirmaer brukes først og fremst i forbindelse med planlegging og gjennomføring av bygge- og vedlikeholdsprosjekter, IKT-prosjekter, flyttinger og omorganiseringer. Oppdragene er ofte store, men er alltid begrenset i tid og omfang.</p> <p>Fordelen ved å leie inn konsulenter er at en raskt får inn folk med høy kompetanse og at en betaler for akkurat det en har behov for.</p> <p>Hvis en ansetter folk, tar det oftest tid før en kan begynne å jobbe og sykehuset pådrar seg varige kostnader til lønn. Hva som er billigst for sykehuset er avgjørende når man vurderer bruk av konsulenter.</p> |
| <u>Nasjonal lederplattform</u> | |

Det vises til de regionale helseforetakenes ledelsesutviklingsprogram og til de nasjonale kravene til lederadferd i helseforetakene som tidligere har blitt utarbeidet.

Helse Sør-Øst RHF er bedt om å videreføre det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet, og gjøre nødvendige tilpasninger til de krav og utfordringer lederne i helseforetaket står overfor. Det skal i programmet legges vekt på krav til ledernes rolleforståelse (horisontalt og vertikalt), krav til kvalitet og pasientsikkerhet og samhandlingsreformens krav til samhandling med kommunehelsetjenesten.

Helse Sør-Øst RHF skal, gjennom sin ledelse av styringsgruppen for Nasjonal ledelsesutvikling, ta initiativ til og lede arbeidet med fastsetting og forankring av en egen nasjonal lederplattform for ledere i helseforetakene. Lederplattformen skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene.

- Helseforetaket skal delta i arbeidet med videreutvikling og implementering av ledelsesutviklingsprogrammet.

Lederutviklingsprogram:

Oslo universitetssykehus HF utviklet i 2010 en egen lederplattform med et tilhørende lederutviklingsprogram. Fokus i dette programmet er verdibasert endringsledelse og virksomhetsstyring (økonomi, HR og kvalitet). I 2011 har ca 240 ledere - og siden oppstarten omlag 400 ledere (ca 1/3 av totalt antall ledere) vært gjennom programmet.

Det er også iverksatt et eget lederutviklingsprogram med flerkulturelle medarbeidere som målgruppe. Programmet har i underkant av 20 deltakere.

Dialogmøter og inspirasjonsseminarer:

Det arrangerer kvartalsvise dialogmøter og inspirasjonssamlinger for ledere der samtlige ledere ved sykehuset inviteres. Tema for disse samlingene har vært medarbeiderskap, dialog, jazz og ledelse og ledergruppers effektivitet. Om lag 300 ledere deltar i disse inspirasjonsseminarene hver gang.

E-læringskurs:

Det tilbys en rekke e-læringskurs som er spesielt relevante for ledere, som f.eks kurs i endringskommunikasjon, bemanningstilpasninger, tilbakemeldingsmøter etter Medarbeiderundersøkelsen (forbedringer i psykososialt arbeidsmiljø) osv. Det forefinnes ikke et eksakt tall på hvor mange som har gjennomført (pga tilgang til data), men en kan anslå at ca et par hundre ledere har gått gjennom disse i 2011.

Partnerskap med fagmiljøer innen området organisasjon og ledelse:

Oslo universitetssykehus har vært aktiv bidragsyter i Partnerforum og spesielt på HR - siden har det vært trukket veksler på partnerskapet med Universitetet i Oslo og BI. Dette arbeidet gir god tilgang på spisskompetanse innen organisasjonsutvikling og ledelse, og til sammen har 9 ledere ved Oslo universitetssykehus HF gjennomgått lederutdanningsprogram i Helseledelse.

Nasjonal lederplattform

Sykehuset har bidratt i dette arbeidet i den grad deltagelse fra foretaket har blitt etterspurt.

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|---|
| <i>Det er et nasjonalt ansvar å sørge for kvalifisert helsepersonell på Svalbard. Deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid blant helseforetakenes ansatte er positivt og viktig.</i> | |
| <ul style="list-style-type: none">- Helseforetaket skal legge til rette for permisjon til ansatte som får tilbud om stilling ved UNN, Longyearbyen sykehus- Helseforetaket skal ha en hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid. | |
| | Det er gjennomført hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonal solidaritetsarbeid. Dette vil også bli tydelig presisert i felles permisjonsreglementet som gjelder for alle ansatte ved Oslo universitetssykehus HF. |
| 5.5.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011 | |
| <i>I HR strategi for Helse Sør-Øst med tilhørende handlingsplan legges det vekt på kompetanseutvikling som et av de sentrale områdene. Som en del av medarbeidersamtalene i helseforetaket er kompetanseplaner et viktig element. Oslo universitetssykehus HF skal i 2011 legge vekt på at den enkelte medarbeideres kompetanse legges til grunn i arbeidet med helseforetakets samlede kompetanseutviklingsbehov.</i> | |
| <i>Helseforetakene skal sørge for systematisk leder- og medarbeideroppfølging med årlige medarbeidersamtaler basert på felles malverk.</i> | |
| | Det er utarbeidet felles prosedyre og mal for utviklingssamtalen hvor kartlegging av kompetanse i tillegg til årsrapport og plan for kompetanseutvikling er en integrert del. Utviklingssamtalene for 2011 ble gjennomført etter denne malen. Basert på tall fra Medarbeiderundersøkelsen anslås at noe over halvparten av medarbeiderne har gjennomført utviklingssamtale. Tall fra Medarbeiderundersøkelsen gir grunnlag for å anslå at om lag 40 % av medarbeiderne har en kompetanseplan. I 2010 har Oslo universitetssykehus HF kompetansekartlagt ca 10.000 ansatte. Dette vil være et nyttig materiale i arbeidet med systematisk kompetansestyring og planlegging. Strategisk kompetansestyring er ett av flere felt det jobbes med i HR-strategi 2011/2012-2014. Foretaket har jevnt over god kontroll på personellbehov og tilgang på kompetanse, men registrerer utfordringer innen spesialsykepleiergruppen. Dette gjelder i særlig grad operasjons-, anestesi- og intensivsykepleiere. Det er etablert kartlegging og iverksettelse av utdannings og rekrutteringstiltak for disse gruppene. |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal implementere de nasjonale kravene til ledere i sin organisasjon.</i> | |
| | De nasjonale kravene til ledere er søkt integrert i foretakets "verdigrunnlag og lederplattform". |
| <i>Det skal foreligge en plan for leder- og arbeidsmiljøutvikling.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har obligatoriske HMS grunnkurs for alle verneombud og avholder også HMS lederkurs. I 2011 er det gjennomført 6 grunnkurs med ca. 180 deltakere og 4 lederkurs med ca. 120 deltakere. Arbeidsmiljøutvikling ivaretas gjennom det systematiske HMS arbeidet med HMS runder, årlige medarbeiderundersøkelser og ved risikovurderinger. Handlingsplaner benyttes for planlegging og oppfølging av tiltak.. |
| <i>Helseforetaket skal følge opp at egne retningslinjer og rutiner for håndtering av bierverv er i samsvar med Helse Sør-Østs felles prinsipper og krav.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har implementert Helse Sør-Øst's retningslinjer og rutiner for bierverv i foretakets styrende dokumentasjon og i arbeidskontrakter. |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal gjennomføre nødvendige tiltak og lukke evt. gjenstående avvik etter tilsynskampanjen "God vakt" i ht. plan avtalt med Arbeidstilsynet.</i> | |
| | Det siste gjenstående pålegget fra God vakt som dreide seg om ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser, ble lukket av Arbeidstilsynet i februar -2011. Høy arbeidsbelastning / arbeidspress er fortsatt en utfordring. Så langt i 2011 har det vært en firedobling i meldte HMS-avvik sammenliknet med 2010. |

| | |
|--|--|
| <i>Helseforetaket skal per annet tertial 2011 redegjøre for hvordan det arbeides for å sikre rekrutteringsgrunnlaget for ledende stillinger i foretaksgruppen, herunder også hvordan arbeidet med lederutvikling og suksessjonsplanlegging ivaretas.</i> | |
| Egen rapport per annet tertial | <p>Et viktig virkemiddel er systematisk arbeid med lederutvikling. Oslo universitetssykehus HF har egne lederutviklingsprogrammer for å sikre kritisk masse av ledere som over tid kan utvikle seg til å bli kandidater som kan påta seg tyngre lederoppgaver. Ca 240 ledere gikk gjennom programmet i 2011.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har deltatt med 2 kandidater på Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene.</p> <p>Et annet virkemiddel er lederevaluering (basert på en lederkontrakt) som foregår i den årlige utviklingssamtalen mellom leder og ledes leder. Lederkontrakter ble implementert for alle ledere i hele sykehuset i 2011.</p> |
| <i>Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) har i 2010 modernisert legehjemsdatabasen og viderefører fra 2011 krav om at helseforetak fortløpende registrerer status for legestillinger og forbruk av tildelte stillingshjems. For å forenkle dette for helseforetakene er det utviklet en integrasjon mellom Personalportalen og NR-databasen for automatisk innrapportering av status for legestillinger og forbruk av tildelte stillingshjems i tråd med de krav som er gitt av Helsedirektoratet. Helseforetaket skal inngå avtale med Sykehuspartner om implementering av integrasjon for utlevering av informasjon til NR-databasen.</i> | |
| Oslo universitetssykehus HF har sammen med Akershus universitetssykehus HF laget en oppdatert database på sykehusets NR.ID.nr. | |
| <u>Økt antall praksisplasser for høgskolestudenter</u> | |
| <i>Høgskolene har fra 2009 fått økt antall studieplasser for helse- og sosialfaglig personell. Behovet for praksisplasser øker tilsvarende og Oslo universitetssykehus HF gis økonomiske insentiv til å øke praksisinntaket. Ressursøkningen skal synliggjøres i forhold til praksiskoordinatorne i Oslo universitetssykehus HF.</i> | |
| | <p>Økningen av praksisplasser for høgskolestudenter har ved Oslo universitetssykehus HF skjedd innen fagområdet sykepleie. Av den grunn har sykehuset valgt å benytte de tildelte økonomiske insentivmidlene (totalt tildelt 1 285 000 fra Helse Sør-Øst RHF) til sykepleierstudenter på bachelornivå, og med fokus på såkalt studenttette poster. Prosjekt om studenttette poster ble satt i gang høsten 2011 og har resultert i 32 ekstra studenter. Om lag 60 prosent av insentivmidlene er fordelt, og resterende beløp lyses ut våren 2012.</p> |
| <i>Oslo universitetssykehus HF skal, i samarbeid med høgskolene, vurdere organisering av praksisplasser på nye måter for å utnytte hele behandlingsforløpet og helseforetakets samlede kapasitet; og evt. søke Kunnskapsdepartementet om nødvendig dispensasjon for gjeldende rammeavtaler for å kunne prøve ut nye organiseringsmodeller.</i> | |
| <i>Arbeidet må hensynta konsekvenser av at behandlingstilbud for deler av befolkningen planlegges overført fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF.</i> | |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF har ett nært samarbeid med høgskolene for å finne optimale modeller for praksis. Det ønskes gjennom samarbeidet å tilby studentene forbedrede studiemodeller. Samarbeidet skjer gjennom ulike fora, og høyskolene har god representasjon i sykehusets utdanningsutvalg, hvor de også er aktivt med i utforming av utdanningsstrategi for helseforetaket.</p> <p>På bakgrunn av reduksjon av sengetallet, økt bruk av poliklinisk behandling og økt antall studenter er i økende grad poliklinikker og dagposter tatt i bruk som praksissteder for høgskolestudenter.</p> |
| <u>Koordinering av praksisplasser for høgskolestudenter</u> | |
| <i>Praksiskoordineringen er organisert med fast oppnevnte koordinatorene - en fra hvert sykehusområde / helseforetak og en fra hver høgskole som ansvarlige utad for administrasjon av praksisplassene for hver sine organisasjoner. Koordinatorne bør være tydelig tilknyttet styringslinjen i helseforetak/høgskole, Alle koordinatorene er forpliktet til å bruke den regionale web-baserte databasen for koordinering. I tillegg til å være et arbeidsverktøy, gir dette mulighet for å hente ut rapporter som viser volumet på praksis og fordelingen mellom helseforetak.</i> | |
| 5.6 INNSATSOMRÅDE 6 - BÆREKRAFTIG UTVIKLING GJENNOM GOD ØKONOMISTYRING | |
| 5.6.1 Krav fra Helse- og omsorgsdepartement som gjøres gjeldende | |

| | |
|---|---|
| 5.6.1.1 Krav fra foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF 31. januar 2011 | |
| <i>Helse Sør-Øst RHF skal i 2011 sørge for at foretaksgruppens samlede ressursbruk til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innefor de rammer som følger av Stortingets vedtak i Prop. 1 S (2010-2011) og Prop. 32 S (2010-2011). Helseforetaket skal ta aktivt del i dette arbeidet.</i> | |
| <i>Helseforetaket skal iverksette nødvendige tiltak for å innfri resultatkravene innenfor de rammer og oppgaver som gjelder for helseforetak. Gjennomføringen av tiltak skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner og i god dialog med pasienter, pårørende og deres organisasjoner.</i> | |
| <i>Det legges til grunn at økonomistyring og -oppfølging fortsatt må være prioritert.</i> | |
| <i>- Helseforetaket må sikre realistisk budsjettering både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomheten.</i> | |
| Årlig melding | <p>Budsjett 2011 er utarbeidet innenfor godkjent styringsmål fra eier (-400 mill kroner). For å sikre gjennomføring innenfor vedtatt budsjett ble det våren 2011 utarbeidet nye tiltak.</p> <p>Det er gjennomført et særskilt analysearbeid av status og utvikling for legeårsverk.</p> <p>Som det fremkommer av tidligere punkter ble det i september utarbeidet prognoser for bemanningsutvikling i siste del av 2011. Det er gjennomført løpende oppfølging av dette.</p> <p>Etter sommeren er det gjennomført ukentlig oppfølging av bemanningsutvikling hver uke. Her har det vært særlig fokus på:</p> <ul style="list-style-type: none"> • utvikling og bruk av variabel lønn • utvikling legeårsverk • rapportering fra ansettelsesutvalget • nyansettelse • status for gjennomføring av tiltak for reduksjon av bemanning <p>På bakgrunn av resultatrisiko etter 1. kvartal ble det igangsatt et arbeid for å redusere resultatrisikoen og styrke likviditeten. Det vises til styrets vedtak i sakene 39 og 49/2011:</p> <p><i>Vedtak sak 39/2011:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Styret konstaterer at i henhold til styrevedtak i styremøte 31. mars (sak 30/2011) har styreleder og nestleder sammen med tre av de ansattevalgte representantene i styret og administrerende direktør gjennomført møte med Helse Sør-Øst RHF om den økonomiske utfordringen for Oslo universitetssykehus HF. Styringsmålet for 2011 om 400 mill kroner ble understreket. Styret bekrefter styringsmålet. Det samme gjelder hovedmålet om å gjennomføre fusjonsvedtaket.</i> 2. <i>Styret vil berømme organisasjonen for grundigheten i arbeidet som er lagt ned i å komme fram til tiltakene som legges fram i saken på svært kort tid. Styret merker seg at det har vært for kort tid til at saken har vært formelt drøftet med de ansattes organisasjoner.</i> 3. <i>Saken er svært krevende. Styret konstaterer at det er utfordringer relatert til pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. I det videre arbeid må tiltakene kvalitetsikres ytterligere. Det bes spesielt vurdert konsekvensene for trygghet for pasientene og</i> |

- ansattes motivasjon og arbeidsmiljø. Likeledes bes ledelsen vurdere ytterligere tiltak for å nå budsjett 2011.*
- 4. Styret understreker viktigheten av at de kortsiktige tiltak så vidt mulig ikke kommer i konflikt med de langsiktige mål.*
 - 5. Ledelsen bes videre vurdere muligheter for å forsere arbeidet med ytterligere inntekter fra salg av eiendommer.*
 - 6. I det langsiktige perspektiv er tiltak som gjelder Aker en sentral faktor. Styret mener det trengs ytterligere konkretisering av hva slags aktivitet, både innhold og organisering, som skal gjennomføres på Aker i videre framtid knyttet til samhandlingsreformen.*
 - 7. Styret ser det som avgjørende at kontakt og samarbeid med Helse Sør-Øst RHF om resultatutviklingen og nødvendige investeringer og rekkefølgeproblematikk fortsetter.*
 - 8. 8. Styret ber om at saken fremmes for videre behandling i neste møte.*

Det ble stemt over vedtaket; 7 representanter stemte for og de 5 ansatterepresentantene stemte mot.

Vedtak sak 49/2011:

- 1. Styret konstaterer at det foreligger et akkumulert underskudd per april på 188 millioner kroner i forhold til vedtatt budsjett og at det innebærer at Oslo universitetssykehus HF står ovenfor en økonomisk resultatrisiko i størrelsesorden 500 millioner kroner i forhold til vedtatt budsjett for 2011.*
- 2. Styret tar til etterretning at administrerende direktør mener det bør være mulig å redusere kostnadene på drift med i størrelsesorden 250 millioner kroner med de planer og tiltak som foreligger. Styret forutsetter at de nødvendige tiltak for å få Oslo universitetssykehus HF i balanse løpende identifiseres og iverksettes.*
- 3. Styret ber videre administrerende direktør iverksette og videreføre innsparingstiltak knyttet til IKT, programkontor og arealtitak som kan gjennomføres uten betydelig negativ konsekvens for gjennomføring av det langsiktige målbildet. Samlet resultateffekt i 2011 er estimert til 110-120 millioner kroner.*
- 4. Styret ber om at investeringen innen en ramme på 110-130 millioner kroner om nødvendig utsettes for å sikre foretakets likviditet inneværende år.*
- 5. Styret tar til etterretning at administrerende direktør vil sikre at pasientsikkerheter er ivaretatt når tiltak gjennomføres, men at det vil være risiko for noe økning i ventetid. Styret vil følge utviklingen nøye med hensyn til kvalitet i pasientbehandlingen. Fristbrudd skal unngås.*
- 6. Styret ber administrerende direktør følge tett ansattes arbeidsmiljø.*
- 7. Styret ser at det er behov for løpende dialog med Helse Sør-Øst RHF om foretakets økonomiske utfordringsbilde på kort og lang sikt samt uavklarte forhold og konsekvenser for budsjettet inklusive nødvendige investeringer og rekkefølgeproblematikk. Styret ber om at dette følges opp av styreleder og administrerende direktør.*

Det ble votert over vedtaket. 8 representanter stemte for og de 5 ansatterepresentantene stemte mot.

Bestilling fra foretaksmøtet 1. juni

I protokoll fra foretaksmøtet 1. juni heter det:

"På bakgrunn av resultat og likviditetsmessig status rapportert per 1. tertial, tillates for 2011 et negativt resultat med inntil 400 millioner kroner. Innenfor årsresultat av denne størrelsesorden vil det bli stilt likviditet til disposisjon for foretaket i form av et rentebærende lån fra Helse Sør-Øst RHF. Foretaksmøtet legger til grunn at styret i Oslo universitetssykehus HF sørger for at det er etablert tiltaksplaner som er tilstrekkelige til å styre virksomheten innen dette resultatkravet på årsbasis. Foretaksmøtet ber styret i Oslo universitetssykehus HF i et nytt foretaksmøte innen utgangen av september 2011 rapportere status for gjennomførte og planlagte tiltak som skal sikre helseforetaket en bærekraftig økonomisk utvikling så raskt som mulig."

Bestilling fra Helse Sør-Øst RHF

Blant annet på bakgrunn av foretaksmøtet samt resultatutviklingen i sommer er det mottatt en instruks (mail) fra Helse Sør-Øst med følgende innhold:

" Resultatutviklingen fram mot årsskiftet slik den er estimert og rapportert fra foretaket, vil ikke sikre nødvendig resultatforbedring innen 2011 og heller ikke inn mot 2012. Det er nødvendig med resultatforbedring høsten 2011, og det er nødvendig å redusere risiko for negative budsjettavvik i 2012. For å sikre tilstrekkelig trygghet for fokus og gjennomføringskraft ved bemanningstilpasning og kostnadskontroll, innfører Helse Sør-Øst RHF egen oppfølging....."

Tiltak

Administrerende direktør ba tidlig i september klinikken lage nye prognoser for reduksjon av bemanning og andre kostnader i 2011. I dette arbeidet er klinikkene utfordret på å finne tiltak som innebærer en samlet reduksjon på 700 årsverk innen utgangen av 2011. Kravet omfatter bemanningsreduksjoner basert på følgende trinn:

1. trinn: Gjennomføre planlagt innplassering (skal gi en reduksjon 340 årsverk)
2. trinn: Reduksjon av variable årsverk med minst 10 pst (skal gi en reduksjon på 133 årsverk)
3. trinn: Ytterligere reduksjon med 227 årsverk (fordelt til klinikkene forholdsmessig ut fra gap til nytt mål bilde 2012)

I tillegg til reduksjon av bemanning skal foretakets kostnader reduseres innenfor kostnadsposter som vurderes å være påvirkbare på kort sikt uten at pasientbehandlingen reduseres. Disse er forutsatt å reduseres til ett minimum i resten av 2011.

Ved utarbeidelse av de nye tiltakene er det lagt til grunn følgende:

- Målet er å øke produktiviteten samtidig som bemanningen går ned.
- Oslo universitetssykehus HF kan ikke la være å gi behandling til grupper av pasienter som hører under vårt ansvarsområde.
- Klinikke/avdelingene må prioritere enkeltpasienter med de ressursene de har innenfor gitte prioriteringsregler mv og forsvarlig drift.
- Konsekvensene kan bli noe lavere tilbud i volum og noe økte ventetider.

| | |
|--|---|
| | <p>Styret ble orientert om klinikkens prognoser med beskrivelser av tiltak for å sikre måloppnåelse i styresak 98/2011 (aktivitets- og økonomirapport per august). Det har vært rapportert til styret i hver månedssrapportering og det er gjennomført ekstraordinære oppfølgingsmøter med Helse Sør-Øst RHF hver andre uke.</p> |
| <p>KPP-regnskap</p> | |
| <p><i>Kostnad Per Pasient (KPP) er betegnelsen på en regnskapsmetode for dokumentasjon av kostnader knyttet til en enkelt pasientkontakt. Det er et mål å etablere KPP som grunnlag for virksomhetsstyring i helseforetak, og siktemålet er at 10 helseforetak skal ha etablert KPP innen 2015. Piloteringen av nasjonale KPP-spesifikasjonen i 2010 viste at den er et godt utgangspunkt for implementering av KPP-modeller, men også at den bør forbedres og justeres noe.</i></p> | |
| | <p>Det er gjennomført et forprosjekt for etablering av KPP (kostnad per pasient) i Oslo universitetssykehus HF,</p> <p>En KPP modell kostnadsberegner de tjenester sykehuset yter den enkelte pasient under hvert sykehusopphold (innleggelse, dagbehandling eller poliklinisk kontakt). På denne måten vil man, i motsetning til dagens kostnadsvektarbeid for DRG, også kunne få frem mer av den faktiske variasjonen i ressursbruk innenfor hver pasientgruppe og på den måten kunne erverve ny kunnskap som er skjult i gjennomsnittsbetraktninger. KPP blir imidlertid ikke vesentlig bedre enn KVA hvis ikke datagrunnlaget er mer detaljert ned på den enkelte tjeneste.</p> <p>Det er en hovedsak å identifisere flest mulige kostnader som kan knyttes direkte til pasienten. Resten av kostnadene (de indirekte) må overveltes til aktuelle aktivitetene (tjenestene) og så knyttes til pasienten.</p> <p>Mandatet for forprosjektet for felles KPP-løsning i OUS er gitt slik:</p> <p>1. Avklare alternativer for realisering av KPP løsning i OUS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spesifisere krav til datagrunnlag for å etablere tilstrekkelig kvalitet i en KPP-løsning i OUS • Utarbeide funksjonell kravspesifikasjon for innhold/modell og funksjonalitet • Kartlegge og vurdere alternative løsninger ifht. funksjonell kravspesifikasjon • Fremstille beslutningsgrunnlag for valg av modell og løsning for KPP • Ekstern kvalitetssikring <p>2. Utarbeide prosjektplan for operasjonalisering av KPP-modell</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formell anskaffelsesprosess • Oppbygging av datagrunnlag • Operasjonalisere modell / utarbeide prisliste <p>KPP-løsningen skal være et hovedverktøy for å kunne etablere et korrekt prisgrunnlag for spesialiserte tjenester (lands-, regions- og flerområde-funksjoner) i Oslo universitetssykehus HF..</p> |
| <p>- <i>Helse Sør-Øst RHF skal i 2011 delta med minst et helseforetak i KPP-prosjektene Helsedirektoratet iverksetter i samsvar med de krav og frister direktoratet setter. Helseforetaket skal delta i dette arbeidet etter nærmere avtale.</i></p> | |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|---|
| Årlig melding | Se punkt ovenfor. |
| Investeringer og kapitalforvaltning | |
| <i>Helse og omsorgsdepartementets styringssystem for investeringer bygger på en kombinasjon av at det er gitt utstrakte fullmakter samtidig som det skjer en oppfølging og styring på overordnet nivå, slik at investeringer skjer i samsvar med overordnede helsepolitiske mål og innen aksepterte ressursrammer. For å legge til rette for mer overordnet styring med investeringer, settes grensen for prosjekter som skal forelegges departementet ned fra 1 mrd. kroner til 500 mill. kroner fra 2011.</i> | |
| <i>Helse Sør-Øst RHF understreket betydningen av at alle investeringsprosjekter er innarbeidet i helseforetakenes overordnede budsjetter og planer. Det er etablert kvalitetssikringssystemer for å påse at det er de riktige investeringsprosjektene som blir besluttet gjennomført. I dette arbeidet skal minimum tre alternativer utredes. Foretaksmøtet la til grunn at samfunnmessige vurderinger bl.a. konsekvenser for infrastruktur og miljø hensyntas i disse vurderingene. De regionale helseforetakene vil fra og med 2011 underlegges en fire-årig prøveordning med ekstern kvalitetssikring av konseptutredninger, som leder fram til konseptvalg. Arbeidet med å få på plass en rammeavtale om kvalitetssikring av konseptvalg er igangsatt og ledes av Helse Vest RHF. Videre er en veileder for økonomiske bæreevne i investeringsprosjekter under utarbeidelse.</i> | |
| <i>- Helse Sør-Øst RHF skal delta i arbeidet med å få på plass en rammeavtale om ekstern kvalitetssikring av konseptvalg. Helseforetaket skal ta del i dette arbeidet.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF deltar etter forespørsel. |
| <i>- Helse Sør-Øst RHF skal forelegge departementet konseptfasevurderinger for alle investeringsprosjekter over 500 mill. kroner. Helseforetaket skal delta i nødvendige forberedelser når dette er aktuelt.</i> | |
| Årlig melding | Ikke aktuelt i 2011. |
| <i>- Ny ekstern kvalitetssikring av konseptvalg tilsvarende den statlige KS-1 ordningen skal gjennomføres for alle investeringsprosjekter som ennå ikke er vedtatt igangsatt.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF vektlegger å følge gjeldende retningslinjer for kvalitetssikring. |
| <i>- Nye retningslinjer for beregninger av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter benyttes som en del av de samlede vurderinger av konseptplaner.</i> | |
| Årlig melding | Oslo universitetssykehus HF vil følge nye retningslinjer i forbindelse med forestående konseptfaser for nye bygg. |
| 5.6.2 Krav fra Helse Sør-Øst RHF for 2011 | |
| Resultatkrav | |
| <i>Det er et mål i Helse Sør-Øst at helseforetakene skaper økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har i samråd med Helse Sør-Øst RHF styrt etter et negativt resultatmål på 400 mill kroner i 2011. Estimert per november viste et negativt avvik fra resultatmålet på 450 mill kroner. Som følge av dette er gjeldsgrad økt og foretaket har ikke maktet å etablere et økt handlingsrom for fremtidige investeringer gjennom driften i 2011. |
| | Oslo universitetssykehus HF har jobbet aktivt med å bidra til å skape handlingsrom gjennom blant annet å jobbe med å skape større kontroll og struktur i forhold til kostnader til prosjekter og leverandører. |
| <i>Oslo universitetssykehus HF vil i 2011 gjennomføre betydelig omstilling, som vil medføre økonomisk risiko. Denne risikoen er knyttet både til resultat og nivå på investeringer. Helse Sør-Øst RHF forutsetter at Oslo universitetssykehus HF løpende styrer både resultat og likviditet på en slik måte at økonomisk risiko reduseres i størst mulig grad. Helse Sør-Øst RHF forutsetter også at det legges til rette for oppfølging av planlagt og faktisk gevinstrealisering i 2011.</i> | |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|---|
| | Se pkt. 5.6.1.1 |
| | <i>Det er en felles oppfatning hos Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF at det er utfordrende å oppnå tilstrekkelig presisjon i budsjettet for 2011 ved inngangen til året. Hovedårsaken til dette er usikkerhet i forhold til endringene i pasientstrømmer, spesielt i første del av 2011. På basis av resultat og likviditetsmessig status rapportert etter 1. tertial, vil endelig krav til årets resultat og likviditetsmessig status ved årets utgang fastlegges. Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at foretaket styrer på grunnlag av periodisert budsjett for 1. tertial.</i> |
| | Dette er lagt til grunn for styringen i 2011. |
| | Pensjonskostnader |
| | <i>Ved behandling av det økonomiske opplegget for 2011 i Prop. 1 S (2010-2011) la Helse og omsorgsdepartementet til grunn at de samlede pensjonskostnadene for foretaksgruppen ville bli på om lag samme nivå som lagt til grunn i Prop. 1 S (2009-2010). Helse Sør-Øst RHF legger til grunn at foretaket har budsjettert pensjonskostnader for 2011 i tråd med føringer fra det regionale helseforetaket, og i henhold til beregninger fra juni 2010.</i> |
| | <i>Helse Sør-Øst RHF presiserer at helseforetaket i utgangspunktet må håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader innenfor sine økonomiske rammer. Dersom det viser seg at det blir større endringer i kostnadsnivået på pensjon i forhold til det som ble lagt til grunn i budsjettet, vil Helse Sør-Øst RHF ta stilling til om det er grunnlag for forslag om endringer i bevilgningen til foretaket under forutsetning av at dette skyldes forhold som er utenfor foretakets kontroll og avhengig av hvordan Helse og omsorgsdepartementet velger å håndtere en eventuell kostnadsøkning overfor de regionale helseforetakene.</i> |
| | Investeringer og bæreevne |
| | <i>Det legges til rette for at det kan gjennomføres omstillingsinvesteringer for foretaket i 2011 på om lag 300 millioner kroner. Dette muliggjøres ved at gjenstående andel av tildeling fra 2010 på 150 millioner kroner benyttes, i tillegg til frigjort likviditet ved foretakets planlagte salg av anleggsmidler i 2011. Risiko knyttet til gjennomføring av salgene hensyntas i Helse Sør-Øst sin likviditetsstyring.</i> |
| | Oslo universitetssykehus HF budsjetterte for 2011 med pensjonskostnader ut fra beregninger fra juni 2010, justert for beregnet reduksjon som følge av enheter som ble virksomhetsoverdratt til Akershus universitetssykehus HF og øvrig budsjettert reduksjon i antall årsverk gjennom 2011. |
| | Pensjonskostnadene i 2011 økte som følge av endringer i økonomiske forutsetninger lagt til grunn i de opprinnelige pensjonsberegningene. Økte kostnader ble kompensert gjennom revidert nasjonalbudsjett 2011. For Oslo universitetssykehus HF var kompensasjonen på 257,8 mill kroner. |
| | <i>Utover dette er Helse Sør-Øst RHF inneforstått med at Oslo universitetssykehus HF planlegger gjennomført ordinære investeringer (berunder egenandeler til regionale IKT-prosjekter) i et omfang av 305 mill kroner i 2011.</i> |
| | Dette er lagt til grunn for investeringsbudsjettet for 2011. |
| | Bemanningsstyring |
| | <i>Helseforetaket skal styre bemanningsforbruk og -utvikling i henhold til økonomiske rammer, med kontinuerlig oppfølging av fast- og variabel lønn så vel som innleie.</i> |
| | Det gjennomføres hyppige oppfølgingsmøter med alle klinikker. Bemanningsstall, bruk av variabel lønn og innleie gjennomgås månedlig på klinikk- og avdelingsnivå sett opp mot de prognosene som er levert og status for tiltaksgjennomføring i klinikkene. |
| | Det har i siste halvår 2011 vært rettet særlig oppmerksomhet mot rask reduksjon av antall årsverk for leger med spesielt fokus på mulighet for reduksjon i overlegestillinger. |

| | |
|---|--|
| | <p>Det har vært en reduksjon i antall brutto årsverk fra 2010 (januar – desember) på om lag 1050 årsverk. Dette inkluderer 561 årsverk som ble virksomhetsoverdratt til Akershus universitetssykehus HF og ytterligere 262 årsverk knyttet til ansatte som frivillig gikk fra Oslo universitetssykehus HF til Akershus universitetssykehus HF/Vestre Viken HF fra 1.januar. Til sammen ble dermed bemanningen redusert med 823 årsverk ifm endret pasientgrunnlag fra årsskiftet.</p> <p>Antall brutto årsverk er senere redusert med om lag 230. Bruken av variabel lønn ligger over plantall og det systematiske arbeidet med å redusere denne vil derfor fortsette. Fullmaktene for å utløse overtid og innleie er hevet til ledernivået over</p> <p>Høsten 2011 er det i tillegg til fast månedlig rapportering etablert ukentlig oppfølging av variabel lønn, ansettelse og legeårsverk m.m. Det er utarbeidet et kontroll- og oppfølgingsregime med sjekklister og ukentlige rapporter til klinikkleder.</p> |
| <u>Oppfølging av omstillingen</u> | |
| <p><i>De budsjettmessige prioriteringene av hovedstadsprosessen i 2011, tilrettelegger for gjennomføring av nødvendige omstillinger som følge av fusjoner og endring av opptaksområde. Omstillingen som skal gjennomføres i 2011 innebærer betydelig økonomisk risiko. Helse Sør-Øst RHF vil etablere et oppfølgingsregime for Akershus universitetssykehus HF, Oslo universitetssykehus HF og Vestre Viken HF for 2011, som understøtter ansvaret til styre og ledelse ved disse helseforetakene i løpende oppfølging av resultater, gevinstuttak og håndtering av risiko.</i></p> | |
| Oslo universitetssykehus HF har levert rapportering i samsvar med dette. | |
| <u>Ledelse og arbeidsmiljøtiltak</u> | |
| <p><i>Den økonomiske utfordringen i 2011 sammen med den usikkerheten som knytter seg til kostnader ved gjennomføring av større omstillinger, berunder når gevinstene kan hentes ut, tilsier at det er viktig at det settes et særlig fokus på ledelse og arbeidsmiljøtiltak. De 12 prinsippene for medvirkning i omstillinger skal legges til grunn. Helseforetaket skal videreføre eksisterende tiltak og vurdere ytterligere tiltak som sikrer et godt arbeidsmiljø og mulighet for faglig utvikling.</i></p> | |
| | <p>Oslo universitetssykehus HF ivaretar medvirkning for tillitsvalgte og verneombud i henhold til Hovedavtalen, Arbeidsmiljøloven og de 12 prinsipper for omstilling i Helse Sør-Øst. Oslo universitetssykehus HF har etablert en rekke formelle og uformelle fora som innebærer ukentlige møter mellom ledelsen, tillitsvalgte og verneombud. Tillitsvalgte og verneombud er involvert i registrerte prosjekter og omstillingsprosesser. Foretaket mener at oppfølging av medvirkning og involvering viser en meget positiv utvikling. Det legges imidlertid ikke skjul på at det er krevende å implementere gode rutiner i hele foretaket og på alle nivå. Foretakstillitsvalgte melder at samarbeid og medvirkning hos fungerer godt på foretaksnivå, men er mer varierende jo lenger ned i organisasjonen en kommer. Det jobbes derfor aktivt med lederopplæring og bevisstgjøring om medvirkning i organisasjonen.</p> <p>Oslo universitetssykehus HF har arbeidsmiljøutfordringer og kravet til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø er krevende å oppfylle. Dette gjelder spesielt arbeidsbelastning, arbeidstid, tilrettelegging av arbeidet og teknisk standard på deler av bygningsmassen.</p> <p>I forhold til teknisk standard på deler av bygningsmassen fikk Oslo universitetssykehus HF i juli 2011 pålegg fra Arbeidstilsynet om å lage en tiltaksplan for oppgradering av bygningsmassen. Denne planen skulle vært levert i november 2011, men ble ikke ferdig fordi det må utarbeides en helhetlig arealutviklingsplan før en prioritert tiltaksplan for bygningsmassen kan ferdigstilles. Arbeidstilsynet har varslet tvangsmulkt fra mars 2012 hvis ikke tiltaksplan leveres. Planen har vært under utarbeidelse hele høsten og forventes levert innen den nye fristen.</p> <p>Vernetjenesten og de tillitsvalgte er trukket med i planarbeidet.</p> |
| <u>Likviditetsstyring</u> | |

Helse Sør-Øst RHF er inneforstått med de utfordringer foretaket står ovenfor og vil sikre tilgjengelig likviditet regionalt for å håndtere resultatrisikoen i foretaket, samt investeringer knyttet til omstillingsprosessen i henhold til de midler foretaket har fått stilt til disposisjon i budsjettet for 2011.

Ingen merknad

Styringsprinsipper for likviditet:

1. Foretakene skal styre total likviditet innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer
2. Likviditet generert gjennom realiserte positive resultater fra drift eller lavere investeringsnivå enn planlagt, kan disponeres i senere år:
 - Som en buffer for resultatrisiko
 - Til investeringer
 - Til nedbetaling av kortsiktige lån (driftskreditt)
3. Egen sparing som følge av realisert overskudd fra drift kan benyttes til investeringer når foretaket har tilstrekkelig sikkerhet for sitt resultat
 - Disponering innad i samme kalenderår skjer etter dialog med det regionale foretaket
4. Likviditetseffekter fra pensjon, hensyntatt premiefondsmidler og egenkapitaltilskudd, kan forutsettes å være nøytrale for foretaket
5. Foretakene skal ta hensyn til risiko for
 - resultatavvik i drift og
 - i pågående investeringsprosjekterfør etablering av nye investeringsforpliktelser
6. Gjennomføring av investeringsprosjekter skal tilpasses og periodiseres i samsvar med faktisk likviditetsmessig handlingsrom
7. Foretakene skal etablere hensiktsmessige rapporterings- og oppfølgingsrutiner for likviditetsutviklingen gjennom året
 - Detaljeringsgrad og hyppighet må gjenspeile risiko
8. Foretakene må budsjettere likviditet på en måte som gir rom for tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året
9. Likviditet fra salg kan benyttes til investeringer eller nedbetaling av gjeld dersom foretaket viser et regnskapsmessig overskudd minst tilsvarende gevinst ved salg av eiendom
10. Dersom foretakene har opparbeidet trekk på driftskreditt som følge av resultatmessige underskudd, skal denne nedbetales etter avtale, normalt over 3-5 år

Oslo universitetssykehus HF utarbeides ukentlige likviditetsprognoser.

Månedlig rapportering til eier og til styret omfatter også rapportering knyttet til likviditet.

6. DRIFSAVTALE 2011**6.1 AVTALT AKTIVITETSNIVÅ 2011**

| Somatikk | 2009 | Budsjett 2010 | Estimat 2010 | Budsjett 2011 | Prosent utvikling |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|
| Dagnbehandling | | | | | |
| Antall utskrevne pasienter - dagnbehandling | 115 595 | 117 237 | 117 737 | 105 913 | -11,2 |
| Antall liggedegn - dagnbehandling | 534 487 | 539 211 | 554 211 | 498 790 | -11,1 |
| Fordeling av antall DRG poeng | | | | | |
| - Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF | 156 228 | 158 078 | 153 916 | 146 997 | -4,7 |
| - Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 11 816 | 12 123 | 11 246 | 13 620 | 17,4 |
| - Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner | 148 | 271 | 271 | | |
| Sum DRG poeng innlagte | 168 192 | 170 472 | 165 433 | 160 617 | -3,0 |
| Dagbehandling | | | | | |
| Antall dagbehandling | 109 781 | 109 176 | 81 176 | 75 358 | -7,7 |
| Fordeling av antall DRG poeng | | | | | |
| - Pas. bosatt i egen region beh. i eget HF | 28 843 | 31 087 | 15 500 | 14 788 | -4,8 |
| - Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 1 166 | 1 124 | 1 124 | 1 307 | 14,0 |
| - Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner | | | | | |
| Sum DRG poeng dagpasienter | 30 009 | 32 211 | 16 624 | 16 095 | -3,3 |
| Poliklinikk | | | | | |
| - Ant. innlekkingsdøgn polikliniske konsultasjoner | 797 012 | 809 401 | 812 261 | 731 035 | -11,1 |
| Fordeling av antall DRG poeng (1) | | | | | |
| - Pas bosatt i egen region beh. i eget HF | 27 176 | 26 639 | 41 000 | 32 736 | -25,2 |
| - Pas. bosatt utenom egen region beh. i eget HF | 578 | 570 | 1 000 | 845 | -18,3 |
| - Pas. bosatt i eget opptaksområde beh. i andre regioner | | | | | |
| Sum DRG poeng poliklinikk | 27 754 | 27 209 | 42 000 | 33 581 | -25,1 |
| Sum DRG poeng døgn, dag og poliklinikk egne pasienter | 212 395 | 216 075 | 210 687 | 194 521 | -8,3 |
| Sum DRG poeng døgn, dag og poliklinikk fra egne og andre regioner | 225 955 | 229 892 | 224 057 | 210 293 | -6,5 |
| Fordeling av DRG-poeng knyttet til dyre biologiske legemidler utenfor sykehus | | | | | |
| Sum DRG-poeng biologiske legemidler iht. sørge for ansvaret | | 2 887 | 2 815 | 1 928 | -46,0 |
| Sum DRG totalt for biologiske legemidler for egne og andre pasienter | | 2 887 | 2 815 | 1 928 | -46,0 |
| Totalt ant DRG poeng (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legem.) iht "Sørge for ansvaret" (fra egen region) | 212 395 | 218 962 | 213 502 | 196 449 | -8,7 |
| Totalt ant DRG poeng (døgn, dag, biologiske legem.) (fra egen og andre regioner) | 225 955 | 232 779 | 226 872 | 212 221 | -6,9 |

(1) OBS! Refusjonspoeng poliklinikk i 2009 er omregnet til DRG-poeng med faktoren 0,031.

Tallene har ligget til grunn for styringen i 2011.

| Voksenpsykiatri | 2009 | Budsjett 2010 | Estimat 2010 | Budsjett 2011 | Prosent utvikling |
|---|-------------|----------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|
| DPS-er | | | | | |
| Ant. utskrevne pasienter dagnbehandling | | | | 593 | |
| Antall liggedøgn dagnbehandling | | | | 18 635 | |
| Ant. oppholdsdager dagbehandling | | | | 3 973 | |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | | | | 45 490 | |
| Sykehus | | | | | |
| Ant. utskrevne pasienter dagnbehandling | | | | 1 782 | |
| Antall liggedøgn dagnbehandling | | | | 78 991 | |
| Ant. oppholdsdager dagbehandling | | | | 29 917 | |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | | | | | |
| Sum DPS-er og sykehus | | | | | |
| Ant. utskrevne pasienter dagnbehandling | 3 188 | 3 177 | 3 025 | 2 375 | -27,4 |
| Antall liggedøgn dagnbehandling | 123 447 | 122 281 | 120 454 | 97 626 | -23,4 |
| Ant. oppholdsdager dagbehandling | 5 708 | 5 422 | 5 636 | 3 973 | -41,9 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 106 230 | 109 819 | 107 420 | 75 407 | -42,5 |
| Private | | | | | |
| Antall utskrevne pasienter dagnbehandling - private | 16 | 20 | 20 | | |
| Antall liggedøgn dagnbehandling private | 12 460 | 11 600 | 11 600 | | |
| Antall oppholdsdager dagbehandling private | | | | | |
| Ant. polikliniske konsultasjoner private | | | | | |
| Barne- og ungdomspsykiatri | 2009 | Budsjett 2010 | Estimat 2010 | Budsjett 2011 | Prosent utvikling |
| Antall utskrevne pasienter - dagnbehandling | 146 | 127 | 135 | 131 | -3,1 |
| Antall liggedøgn - dagnbehandling | 6 570 | 6 442 | 6 561 | 6 102 | -7,5 |
| Ant. oppholdsdager dagbehandling | 5 364 | 5 745 | 5 509 | 4 429 | -24,4 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 68 575 | 70 903 | 71 424 | 49 194 | -45,2 |
| Antall utskrevne pasienter dagnbehandling - private | | | | | |
| Antall liggedøgn dagnbehandling - private | | | | | |
| Antall oppholdsdager dagbehandling private | | | | | |
| Antall polikliniske konsultasjoner private | | | | | |
| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelemisbrukere (TSB) | 2009 | Budsjett 2010 | Estimat 2010 | Budsjett 2011 | Prosent utvikling |
| Antall utskrevne pasienter - dagnbehandling | 2 812 | 3 247 | 3 396 | 2 343 | -18,1 |
| Antall liggedøgn dagnbehandling | 42 819 | 44 982 | 40 469 | 34 433 | -17,5 |
| Antall oppholdsdager - dagbehandling | 47 | 216 | 856 | 531 | -61,2 |
| Ant. polikliniske konsultasjoner | 12 602 | 13 952 | 13 166 | 9 389 | -40,2 |
| Antall utskrevne pasienter dagnbehandling - private | 15 | | 6 | | |
| Antall liggedøgn dagnbehandling private | 5 085 | 5 075 | 354 | | |
| Antall oppholdsdager dagbehandling private | | | | | |
| Antall polikliniske konsultasjoner private | | | | | |

Tallene har ligget til grunn for styringen i 2011.

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|--|
| <i>Helse Sør-Øst RHF forventer at arbeidet med og fokus på å nå målene for 2011(-14) skal gi bedret tilgjengelighet, forutsigbarhet og bedret pasientsikkerhet samt vil øke pasientenes tilfredsheit med tjenestene. Ventetider vil reduseres gjennom arbeidet med bedret logistikk og kapasitetsutnyttelse. Økt kvalitet og bedret pasientsikkerhet vil bli en direkte effekt av reduksjon i infeksjoner som i dag utgjør omtrent halvparten av alle uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten.</i> | |
| <i>Helseforetaket skal følge utviklingen i ventetider og fristbrudd nøye, og spesielt vurdere egne prioriteringer ut fra hvor pasienter venter i behandlingsskjeden.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF arbeider med kvalitetssikring og oppfølging av ventetider og fristbrudd, og arbeider spesielt med oppfølging av flaskehals i behandlingsskjeden. |
| <i>Den budsjetterte aktivitetsveksten innen alle tjenesteområder skal være et virkemiddel for å redusere ventetider, møte det økende antallet nybenviste pasienter, samt innrettet for å bidra til å nå målsettingen om ingen fristbrudd innen planperioden. Helseforetaket skal prioritere aktivitetsøkning der det vil ha mest effekt på egen ventetidsutvikling.</i> | |
| | <p>Aktivitetsbudsjettene for 2011 er fastsatt ut fra estimater for aktivitet i 2010, fratrukket forventet aktivitet overført til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, og deretter tillagt forventet vekst ut fra oppdrags- og bestillerdokumentene.</p> <p>Måltallene for psykisk helsevern ble justert våren 2011.</p> <p>Innenfor psykisk helsevern er det særlig innenfor poliklinisk behandling det er forutsatt aktivitetsvekst.</p> <p>Per november 2011 er den somatiske aktiviteten høyere enn periodisert budsjett. Innenfor psykisk helsevern og TSB er den samlede polikliniske aktiviteten omtrent som budsjettert.</p> <p>Innenfor somatikken (DRG-poeng) forklarer effekt av grupper 2011 (anslått effekt er en økning i DRG-poengene med om lag 1,4 pst fra 2010 til 2011 for gitt reell aktivitet) om lag halvparten av det positive avviket for pasienter fra regionen. Ut over dette har det vært en betydelig økt aktivitet innenfor enkelte områder hvor Oslo universitetssykehus HF har lands- og regionsfunksjoner. Dette gjelder særlig innenfor transplantasjonsområdet, øyefaget og nevrokirurgi. Videre har det vært en økning i antall traumealarmer.</p> <p>Den samlede høye aktiviteten kan også skyldes relativt sett høyere aktivitet i overføringsområdene. Sammenlignet med samme periode i 2010 (januar – november) er det en reduksjon i antall DRG-poeng på 6,8 pst. Haleaktivitet, definert som behandling av pasienter fra overføringsområdet som ble henvist før 2011, er betydelig redusert. Fortsatt er imidlertid ikke målet for overføringsandel på om lag 10 pst av aktiviteten mot Akershus universitetssykehus HF nådd.</p> |
| <i>Det er et krav i 2011 at aktiviteten og pasienttilbudet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) skal ha en større vekst enn somatisk virksomhet. Det forutsettes også at ressurser som frigjøres som følge av kvalitetsforbedring, omstilling og mer effektiv drift innen psykisk helsevern og TSB skal benyttes innen fagområdene til å bedre pasienttilbudet innen disse tjenesteområdene.</i> | |
| | Aktivitet og pasienttilbud innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er i hovedsak som budsjettert. Innenfor TSB er det videre en vekst i antall ikke-refusjonsberettigede konsultasjoner. På grunn av store endringer i aktivitet etter overføring av pasientgrunnlag til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF er det vanskelig å sammenligne de absolutte tallene. |
| <i>Kapasiteten og kvaliteten på tjenestene skal styrkes innen alle tjenesteområder. Oppdrag- og bestillingsdokumentet gir helseforetaket et spesifisert antall DRG-poeng for egen aktivitet innen somatikk, med prioritet til aktivitetsvekst for dagbehandling og poliklinikk. Det vises til styresak 075-2010 Mål og budsjett 2011. Økonomisk langtidspan 2011-2014.</i> | |
| | Aktiviteten innenfor somatikken er redusert etter overføring av pasientgrunnlag til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF. Poliklinisk aktivitet er så langt redusert mindre enn dag/døgn. Dette henger sammen med såkalt "haleaktivitet" (avvikling av ventelister m.m.). |

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|--|---|
| <i>På regionalt nivå er det budsjettert med en aktivitetsvekst på om lag 1,1 pst innen somatikk, mens det på fagområdene tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykiatri, habilitering/ rehabilitering og radiologi er planlagt med en større vekst med økning i poliklinisk aktivitet som prioritet.</i> | |
| | Måltallene for aktivitet i 2011 er fastsatt i henhold til eiers krav om aktivitetsvekst innenfor de ulike områdene. |
| <i>Helseforetaket skal følge utviklingen i ventetider og fristbrudd nøye, og spesielt vurdere egne prioriteringer ut fra hvor pasienter venter i behandlingsskjeden.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF arbeider med kvalitetssikring og oppfølging av ventetider og fristbrudd, og arbeider spesielt med oppfølging av flaskehals i behandlingsskjeden. |
| <i>Den budsjetterte aktivitetsveksten innen alle tjenesteområder skal være et virkemiddel for å redusere ventetider og møte det økende antallet nyhenviste pasienter. Helseforetaket er gjennom dette dokumentet forpliktet til å prioritere aktivitetsøkningen der det vil ha mest effekt på egen ventetidsutvikling.</i> | |
| | <p>Aktivitetsbudsjettene for 2011 er fastsatt ut fra estimater for aktivitet i 2010, fratrukket forventet aktivitet overført til Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, og deretter tillagt forventet vekst ut fra oppdrags- og bestillerdokumentene.</p> <p>Måltallene for psykisk helsevern ble justert våren 2011.</p> <p>Innenfor psykisk helsevern er det særlig innenfor poliklinisk behandling det er forutsatt aktivitetsvekst.</p> <p>Per november 2011 er den somatiske aktiviteten høyere enn periodisert budsjett. Innenfor psykisk helsevern og TSB er den samlede polikliniske aktiviteten omtrent som budsjettert.</p> <p>Innenfor somatikken (DRG-poeng) forklarer effekt av grupper 2011 (anslått effekt er en økning i DRG-poengene med om lag 1,4 pst fra 2010 til 2011 for gitt reell aktivitet) om lag halvparten av det positive avviket for pasienter fra regionen. Ut over dette har det vært en betydelig økt aktivitet innenfor enkelte områder hvor Oslo universitetssykehus HF har lands- og regionsfunksjoner. Dette gjelder særlig innenfor transplantasjonsområdet, øyefaget og nevrokirurgi. Videre har det vært en økning i antall traumealarmer. Den samlede høye aktiviteten kan også skyldes relativt sett høyere aktivitet i overføringsområdene. Sammenlignet med samme periode i 2010 (januar – november) er det en reduksjon i antall DRG-poeng på 6,8 pst. Haleaktivitet, definert som behandling av pasienter fra overføringsområdet som ble henvist før 2011, er betydelig redusert. Fortsatt er imidlertid ikke målet for overføringsandel på om lag 10 pst av aktiviteten mot Akershus universitetssykehus HF nådd.</p> |
| 6.2 | ØKONOMISK VEDERLAG OG ØVRIGE ØKONOMISKE BETINGELSER |
| 6.2.1 | Økonomisk vederlag |

Oppdrag og bestilling 2011

Helse Sør-Øst RHF stiller følgende økonomiske midler til disposisjon for Oslo universitetssykehus HF i 2011, beløp i 1000 kroner:

| Oslo universitetssykehus HF | |
|---------------------------------------|-------------------|
| Basisramme | 9 527 091 |
| Forskning | 370 128 |
| Nasjonale medisinske kompetansesentre | 152 904 |
| Andre statlige tilskudd | 215 802 |
| Sum faste inntekter | 10 265 925 |
| ISF- refusjoner | 2 917 944 |
| Inntekter i alt | 13 183 869 |

I tillegg til disse inntekter kommer gjestepasientinntekter, polikliniske refusjonsinntekter for laboratorie- og radiologivirksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, samt øvrige foretaksspesifikke inntekter, berunder egenandeler og tilskudd til definerte formål fra Helse Sør-Øst RHF, statlige etater og andre.

Tallene har ligget til grunn for styringen i 2011.

Det foretas ingen rammemessig korrigeringer mellom Oslo universitetssykehus HF og Akershus universitetssykehus HF for TSB, inklusive LAR, ut over det som omfattes av virksomhetsoverdragelser.

Ingen merknader

6.2.2 Drift og investering

For 2011 tildeles foretaket en samlet likviditet til drift og investeringer.

Det forutsettes at helseforetaket legger til rette for at investeringer kan gis den nødvendige prioritering innenfor basisrammen. Se avsnitt 5.6.2 vedrørende tilrettelegging for omstillingsinvesteringer i 2011.

Se pkt 4.

6.2.3 Nasjonale medisinske kompetansesentre

Det forutsettes at helseforetaket rapporterer aktivitet og regnskap for nasjonale medisinske kompetansesentre og for kompetansesentre for sjeldne og lite kjente funksjonsbemminger i henhold til retningslinjer gitt av Helsedirektoratet.

Egen rapportering Rapporteres i forhold til krav.

Oppdrag og bestilling 2011

De nasjonale medisinske kompetansesentrene ved Oslo universitetssykehus HF gis i 2011 følgende økonomiske rammer, tall i 1000 kroner:

| NASJONALE MEDISINSKE KOMPETANSENTRER | |
|--|----------------|
| 1. Sjeldne diagnoser | |
| Døvblindesystemet, koordinerende enhet | 3 830 |
| Cystisk fibrose | 10 871 |
| NK-ADHD, Tourette, narkolepsi | 8 114 |
| Reg. fagmiljø autisme | 5 504 |
| Reg. fagmiljø ADHD mv | 1 903 |
| Senter for sjeldne diagnoser | 20 374 |
| Tuberøs sklerose | 5 676 |
| Autisme og epilepsi ved SSE | 948 |
| Autismeenheter | 7 978 |
| Sum sjeldne diagnoser | 65 198 |
| 2. Øvrige kompetansesentre | |
| Landsfunksjon for "hørsel og psykisk helse" | 14 017 |
| Kompetansesenter for læring og mestring | 8 368 |
| Aldring og Helse | 1 936 |
| Sikkerhets-, retts- og fengselspsykiatri | 10 661 |
| Import- og tropesykdømmer | 2 476 |
| NAKOS - prehospital akuttmedisin | 2 711 |
| Nasjonalt kvinnehelsesenter | 11 979 |
| Nasjonalt ammesenter | 1 211 |
| Øvrige sentra på OUS, ikke fordelt av RHF-et: | 34 347 |
| Kompetansesenter for langtidsstudier etter kreftbehandling | |
| Nasjonalt kompetansesenter for sarkomer | |
| Gynekologisk onkologi | |
| Nevroendokrine svulster | |
| Medfødte muskelsykdommer | |
| Barnerevmatologi | |
| Medfødte stoffskiftesykdommer | |
| Solide svulster hos barn | |
| Dysmeli | |
| Barnhabilitering med vekt på ernæring | |
| Barnhabilitering med vekt på bevegelse | |
| Epilepsi med utviklingshemning | |
| Sum øvrige kompetansesentre | 87 706 |
| Sum nasjonale kompetansesentre | 152 904 |

Dette er lagt til grunn i budsjettet for 2011.

6.2.4 Andre statlige tilskudd

Dette omfatter for 2011 følgende, tall i 1000 kroner:

| | |
|---|--------|
| Tilskudd til turnustjeneste | 1538 |
| Kreftregistret | 93095 |
| Behandlingsreiser til utlandet | 105651 |
| RTVS, med forbehold om endelig tilskudd | 12656 |
| Dommerass. narkotikaprogram | 1862 |
| Prosjekt barn som pårørende ved nasj.komp.senter for LM | 1000 |
| I alt | 215802 |

Dette er lagt til grunn i budsjettet for 2011.

6.2.5 Likviditet mv

Oppdrag og bestilling 2011

| | |
|---|---|
| <i>Utbetalingene til helseforetakene skjer innen den 7. arbeidsdag i hver måned. Månedlig overføring utgjør som hovedprinsipp 1/12 av samlet likviditetsoverføring. Enkelte tilskudd mv vil kunne utbetales i sin helhet når disse utbetales til Helse Sør-Øst RHF.</i> | |
| Kortsiktig driftskreditt | |
| <i>Helse Sør-Øst RHF vil kunne gi kortsiktig, rentebærende driftskreditt i henhold til fastsatt rutine og lånerammer, dersom likviditetssituasjonen for helseforetaksgruppen tilsier dette. Helseforetaket skal forespørre Helse Sør-Øst RHF i god tid dersom det er behov for driftskreditt ut over avtalt ramme, og det skal fremlegges tilstrekkelig underbyggende dokumentasjon. Avtalt ramme for kommende år vil bli satt gjennom budsjettprosessen.</i> | |
| <i>Forskudd vil i 2011 bli gitt gjennom at driftskredittrammen innenfor konsernkontoordningen vil bli økt for en begrenset periode. Driftskredittrammen vil bli satt tilbake til opprinnelig nivå etter utløpet av forskuddsperioden.</i> | |
| Langsiktige lån | |
| <i>Helse Sør-Øst RHF kan gi langsiktige lån til helseforetakene basert på en forutgående søknadsprosess og behandling i de respektive styrene.</i> | |
| <i>Helse Sør-Øst RHF fastsetter rentevilkårene på langsiktige lån til helseforetakene basert på de rentebetingelser Helse- og omsorgsdepartementet tilbyr Helse Sør-Øst RHF.</i> | |
| 6.2.6 ISF-refusjoner | |
| <i>For spesialisthelsetjenester som gir rett til ISF- refusjon vil behandling utover avtalt aktivitetsnivå kompenseres med ISF-refusjon eller etter egen inngått avtale. Dersom helseforetaket ikke klarer å innfri aktivitetsforutsetningene, vil kompensasjonsbortfallet være likt tapet av ISF-refusjonene. Endelig ISF-oppgjør for 2011 vil bli foretatt når Helse Sør-Øst RHF har fått endelig ISF-avregning fra Helse- og omsorgsdepartementet.</i> | |
| 6.2.7 Finansiering av fellesprosjekter | |
| <i>Gjennomføring av felles regionale vedtak og strategier vil kunne kreve deltakelse og finansiering fra det enkelte helseforetak.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har deltatt ved behov. |
| 6.2.8 Risikodeling prehospitaltjenester | |
| <i>Der helseforetak utfører transporttjenester for pasienter tilhørende andre helseforetaks opptaksområde, skal det inngås avtale mellom helseforetakene om aktivitet og økonomi knyttet til dette.</i> | |
| | Oslo universitetssykehus HF har tatt initiativ ovenfor Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF for å inngå avtale. Dette har ikke vært mulig. Oslo universitetssykehus HF har derfor løftet saken til Helse Sør-Øst RHF med anmodning om hjelp til å finne en løsning. |

Årsmelding 2011 for Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus, HF

Innledning

Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus ble oppnevnt i styresak 68/2009, 7.mai 2009. Nytt brukerutvalg 2011 – 2013 ble oppnevnt i styresak 56/11, 26.mai 2011. Brukerutvalgets viktigste oppgave er å bidra til kvalitetsforbedring, primært på systemnivå slik at pasienter og pårørende opplever et velfungerende sykehus med god kvalitet på helsetjenestene.

Brukerutvalget har avholdt 11 x møter à 4 timers varighet i 2011.

Brukerutvalget har i 2011 hatt 14 representanter. I styresak 56/11 ble kun 13 representanter oppnevnt. Administrasjonen fikk mandat til å oppnevne en person med bakgrunn fra minoritetsorganisasjonene. Denne ble oppnevnt i november 2011. Stine Jakobsson Strømsø ledet brukerutvalget frem til ny konstituering den 20. juni, hvor hun ble erstattet av nestleder Nina Adolfsen. Strømsø ble da ny nestleder.

- Nina Adolfsen, Kreftforeningen, leder fra 20.06.11
- Heine Århus, FFHB, nestleder fra 12.12.11
- Stine Jakobsson Strømsø, Norsk epilepsiforbund/FFO
- Arne Ellingsberg, Eldrerådene i Follo
- Lilli-Ann Stensdal Safo \ Norges Handikapforbund (NHF) / LKB (Landsforeningen for kvinner med bekkenløsningsplager)
- Richard Madsen, Landforeningen for pårørende innen psykiatri /FFO
- Grete Müller, Norsk Forbund for Utviklingshemmede NFU/ SAFO
- Veslemøy Ruud, Norges Astma- og allergiforbund /FFO
- Jon Storaas, Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO)
- Shoaib Sultan, Islamsk Råd Norge
- Dag Omholt, Det sentrale eldreråd
- Arve Nordlie,
- John Bjørnøy, LHL/FFO
- Faridah Shakoor, minoritetsrepresentant

Den 26. mai ble følgende endringer gjort.

- Per Egil Haga falt bort den 30.01.2011
- Ragnhild Braastad gikk ut
- Dag Omholt kom inn
- Arild Engen gikk ut
- Vegard Strøm gikk ut
- Heine Århus kom inn
- Arve Nordlie kom inn

- John Bjørnøy kom inn den 20.06.2011
- Eva Buschmann gikk ut

Nytt medlem ble oppnevnt den 01.11.11

- Faridah Shakoor - minoritetsrepresentant

Representasjon fra ledelsen ved Oslo universitetssykehus

Viseadm. direktør Tove Strand har vært fast møtende representant fra ledelsen.

Administrerende direktør, Siri Hatlen og kst. Administrerende direktør, Jan Eirik Thoresen, og ny Administrerende direktør, Bjørn Erikstein møter for dialog til Direktørens time. Videre har en rekke representanter fra ledelsen møtt Brukerutvalget i forbindelse med ulike saker.

Brukerutvalgets kontakt med styret

Brukerutvalget har hatt ett felles møte med styret ved OUS. Leder og nestleder med vararepresentanter har deltatt som observatører på styremøtene.

VIKTIGSTE SAKER I 2011

ØKONOMI VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS, HF

Sykehusets økonomi har vært svært anstrengt gjennom året. Helt fra de første negative signalene kom i februar om utfordringer knyttet til å ta ned antall månedsverk ifm overføringen Ahus/Vestre Viken og stort økonomisk merforbruk, har brukerutvalget vært opptatt av situasjonen.

Brukerutvalget har gjennom prosessen gitt uttrykk for forståelse knyttet til at antallet medarbeidere må nedskaleres i tråd med overføringen av 160 000 av sykehusets pasientgrunnlag. Brukerutvalget har videre sagt tydelig at nedbemanningen ikke må gå utover dette. Etter første tertial ble det klart at OUS ikke hadde klart å følge nedbemanningsplanen etter overføringen til Ahus og Vestre Viken som forutsatt i sykehusets budsjett for 2011. Brukerutvalget er av den oppfatning at Helse Sør-Øst har et overordnet ansvar for den store omstillingsprosessen som ble satt i gang ved OUS. Ved flere anledninger har vi beklaget at man fra overordnet hold ikke tidlig nok tok nødvendige grep for å unngå uro blant ansatte, påstander om mangler innen abredismiljø og dårligere pasientbehandling. Mot slutten av året fikk brukerutvalget anledning til å tro at bemanningen ytterligere må ned, for at sykehuset skal komme nærmere sitt resultatmål på -400 MNOK. En ytterligere nedbemanning mener brukerutvalget er urealistisk, og vil føre til fare for pasientene.

Brukerutvalget har i forbindelse med det store, og ofte ensidige, fokuset på økonomi uttalt seg i media en rekke ganger, og har dessuten gitt tydelige signaler i en rekke styremøter om utfordringen knyttet til det brukerutvalget ser på som et ensidig økonomifokus.

OMORGANISERINGEN OG OVERFØRINGSPROSJEKTET VED OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF

Brukerutvalgets arbeid har i 2011 vært preget av omorganiseringen i sykehuset og har i den forbindelse også fulgt overføringen mot Ahus/Vestre Viken tett. Brukerutvalget har deltatt i areal- og områdeplangrupper og andre grupper relevant for utviklingen av sykehuset.

Brukerutvalget mener at det kan ha en viktig rolle i å sikre pasientfokus, og gjennom det arbeide for felles holdninger på tvers av dagens kulturer. Kvaliteten i pasientbehandlingen må opprettholdes gjennom omorganiseringsprosessene.

Brukerutvalget har vært bekymret for helseforetakets økonomi og manglende bevilgninger til den store omstillingsprosessen, men har tro på at omstillingen er riktig og blir bra på sikt når sykehuset får økonomisk handlefrihet.

OPPRETTELSE AV KLINIKKWISE BRUKERRÅD

På grunn av OUS' størrelse og omfang anså Brukerutvalget det som nødvendig å opprette klinikkvise Brukeråd. Det finnes i dag brukerråd på alle klinikker.

Brukerutvalget har uttalt at de ønsker brukerråd på samtlige klinikker for å sikre god medvirkning også ned i sykehuset.

Det har blitt gjennomført et modul2-kurs for brukerutvalgs og -rådsrepresentanter høsten 2011.

TEMASAKER

- Presentasjon av Lærings- og mestringssenteret ved Eva Bjørnsborg
- Presentasjon av Oslo sykehuservice ved Geir Teigstad
- Presentasjon av Klinikk for diagnostikk og intervensjon ved Eli Marie Sager

DELTAKELSE I PROSJEKTER 2011

I følgende prosjekter har brukerrepresentanter fra Brukerutvalget deltatt:

- Referansegruppe for overføringsprosjektet OUS/Ahus, Arne Ellingsberg med Arild Engen som vararepresentant.
- Biobankutvalget
- Direktørens kvalitetsutvalg, Stine Jakobsson Strømsø
- I Trygge Hender; pasientsikkerhetskampanjen, Stine Jakobsson Strømsø
- Nivå-1 dokument om individuell plan, Stine Jakobsson Strømsø
- Samhandling rehabilitering – koordinerende enhet – Nina Adolfsen
- Omstilling – redesign prosjektene, drift Aker, Arild Engen
- Arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet: Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet – vara for SAFO, Grete Müller
- Forskningsprosjekt for å evaluere et planlagt prosjekt om bedre samarbeidsrutiner og bedre informasjonsflyt mellom bydeler og sykehuset og et bedre rehabiliteringstilbud for hjemmeboende eldre, Dag Omholt
- Deltatt i Strategisk utviklingsplan 2025, arealgruppe, somatikk, Lilli-Ann Stensdal

REPRESENTANTENES DELTAKELSE PÅ KONFERANSER O. L.

Konferanser/seminarer hvor Brukerutvalgets representanter har vært foredragsholdere

- Kick off konferanse – Satsning for helsefaglig forskning – Nina Adolfsen

- Masterkurs Universitetet – undervisning på masterkurs ved UiO 24.11
- Innlegg Ahus 12. mai (sykepleiedagen) – Nina Adolfsen

Konferanser/seminarer/arrangementer hvor Brukerutvalgets representanter har vært deltakere gjennom Oslo universitetssykehus HF

- Ledersamlinger – Nina Adolfsen og Stine Strømsø
- Studietur til Karolinska med ledelsen i OUS – Nina Adolfsen
- Storledermøte, 2 stk. Strategi 2025 – Stine Strømsø
- HSØ-møte vedrørende Hjerne/kar-problematikken – Veslemøy Ruud, Stine Strømsø
- Pasientsikkerhetskonferansen i Amsterdam – Nina Adolfsen og Stine Strømsø
- Forløpstider i Helsedirektoratet – Nina Adolfsen
- Per Egil Haga – Nasjonal høringskonferanse ang ny folkehelselov
- Grete Müller – Modul 3 erfaringskonferanse den 25-26. januar
- Dialogkonferansen 26.oktober i HSØ, Samhandlingsreformen, Lilli-Ann Stensdal, Arne Ellingsberg og Arve Nordlie
- Arne Ellingsberg – Helsekonferansen 10.-11. mai
- Jon Storaas – deltar i anskaffelsesprosessen av TSB-plasser hos private aktører
- Arne Ellingsberg – Brukerutvalgskonferanse i HSØ-regi. Kvalitet og pasientsikkerhet
- Heine Århus – Helse og omsorgskonferansen
- 23.-24. mars: Helse Sør Østs dialogkonferanse på Hamar, Lilli-Ann Stensdal og Nina Adolfsen
- 26. september: Møte på OUS om samhandlingsreformen, Lilli-Ann Stensdal
- 27.-28. oktober: Konferanse: "Helse i utvikling 11" av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten, Lilli-Ann Stensdal
- 8. desember: Stand for brukerutvalget ved OUS på torgdagen som ble avholdt på Rikshospitalet, Lilli-Ann Stensdal og Veslemøy Ruud

Modulbasert brukeropplæring

Modulbasert brukeropplæring for Brukerutvalget gjennomført. Deltakere Lilli-Ann Stensdal, Arve Nordlie, Grete Müller, Dag Omholt, Nina Adolfsen.

Viktige saker behandlet i Brukerutvalget 2011

Sak 004/2011 Strategi for likeverdige helsetjenester.

Brukerutvalget uttalte: Må ikke glemme pasientgrupper som av sosioøkonomiske årsaker er krevende, og som i dag ofte faller gjennom uten behandlingstilbud, som f. eks rusavhengige og funksjonshemmede.

Sak 011/2011 Strategi OUS. Hvor er vi? Hvor skal vi? Generasjonsskifte i flere personalgrupper. Endringer i spesialiseringer. Kunnskapsrike og krevende pasienter. Økte logistikkraft.

Sak 016/2011 Brukermedvirkning i OUS – klargjøring av retningslinjer og råd til ledelsen. Det har kommet frem ulike praksiser om representasjonen i brukerrådene. Vårt råd til ledelsen var at man skulle følge retningslinjene for brukermedvirkning som ble vedtatt på ledermøte 29.01.09.

Sak 025/2011 Strategiarbeid 2025. Omhandler organisering, flytting og områdeplan frem mot 2025. 1. prioritet i prosjektet er; Hva blir bra for våre pasienter?
Brukerutvalget uttalte: Ber om at en representant fra ledelsen kommer tilbake og orienterer brukerutvalget om fremdrift i strategiarbeidet i april. Brukerutvalget ber om å få anledning til å uttale seg om alternativene som presenteres.
Strategisk utviklingsplan skal være ferdig 15.12.11. Campus Oslo. Positive tilbakemeldinger fra politikerne.

Sak 038/2011 Meny fra IK-mat-Matservering fra OSS. Meny ble presentert og informasjon om hvordan maten oppbevares og tilberedes.

Universell utforming. Må forholde seg til Plan og bygningsloven og Diskriminerings- og tilgjengelighetsloven. Status ved OUS: Nye utearealer er godt tilrettelagt. Publikumsområder i 1. etg til dels planfritt, bedre merking behøves.

Brukerutvalget uttalte: Ber representanter fra Oss komme tilbake til utvalget med mer detaljert informasjon når denne foreligger.

041/2011 Styresaker til møtet 26.05.11. P500. Brukerutvalget uttalte: Er meget bekymret over de foreslåtte innsparingstiltakene for å lykkes med integrasjonsprosessen i Oslo universitetssykehus. Besparelse på midler i 2011 vil gi negative haleeffekter i kommende år. Brukerutvalget ved Oslo universitetssykehus mener at Oslo universitetssykehus må tilføres eksstraordinære midler i forbindelse med integrasjonsprosessen.

047/2011 Konstituering av nytt Brukerutvalg for perioden 2011-2013.

Nina Adolfsen valgt inn som leder. Stine Strømsø nestleder.

049/2011 Fristbrudd. Torkil Clementsen fra Fag og pasientsikkerhet orienterte om ventelistesituasjon og håndteringen av denne i Oslo universitetssykehus. Brukerutvalget uttalte: Uttrykker bekymring for sykehusets høye andeler fristbrudd, men påpeker samtidig tilfredshet med arbeidet som er gjort for å få bedre oversikt over området. Brukerutvalget mener pasientene skal orienteres om dato for konsultasjon i brevet med dato for fristbrudd i tråd med oppdragsdokumentet fra HSØ. Brukerutvalget ber sykehuset komme tilbake med en orientering om strategisk arbeid med prioriteringsveiledere for ulike pasientgrupper.

067/2011 Driftstilpasning 2011 og budsjettarbeid 2012. Morten Reymert, økonomidirektør, presenterte de økonomiske utfordringene for OUS 2011-2012.

074/2011 Styresaker til møtet 27.10.11.

Styresak 112/2011 Vedtak fra Foretaksmøte 28.09 – Krav til resultater og omstilling 2011.

Brukerutvalget vil be om at ledelsen utreder pasientforløpene før nedbemanning.

Styresak 113/2011 Økonomi og aktivitetsrapport pr. september, ventelisteutvikling og fristbrudd. Oppfordring til klinikkbrukerrådene om at de også følger opp dette.

082/2011 Helhetlig plan ved Cathrine Lofthus. For å holde oversikten og ha kontroll med ressurser og arealer opp mot myndighetspålegg og politiske føringer. Cathrine involverer brukerrådene og ber representanter derfra ta kontakt med Brukerutvalget.

085/2011 Strategiplan for pasient- og pårørendeopplæringen ved Eva Bjørnsborg.

Pasienter og pårørende ved OUS skal få hjelp til å få kompetanse til å medvirke i egen behandling, til å ta egne valg og til å mestre sykdom og helse. Legger vekt på at informasjonen er tilrettelagt, både når det gjelder språk, kultur og kognitiv svikt.

089/2011 Årlig melding ved Inger Heiberg. Styrets svar på oppdragsdokumentet og foretaksprotokollene. Vi ønsker at Brukerutvalget kommer med innspill til selve Årlig melding. Innspill: Ta med noe om Samhandlingsreformen, blant annet om finansieringsforholdet. Noe som omhandler regional/landsfunksjon også.

090/2011 Diskusjon rundt brukermedvirkning i OUS-handlingsplaner 2012. Viktig at alle deltar på modul 1 kurs i regi av organisasjonene. Modul 2, halv dag årlig. Neste modul 2 kurs blir våren 2012.

096/2011 Administrerende direktør sin time ved Bjørn Erikstein. Erikstein presenterte seg selv.

Brukerutvalget har merket seg at OUS gjorde en fremragende innsats ved 22.07-hendelsen. Måten sykehuset løste oppgaven på, viste at OUS har sin berettigelse og at sykehuset har stor kompetanse som koordinerende faktor ved større ulykker/terroranslag. OUS viste også å ha den nødvendige og faglige spisskompetansen innen akuttmedisin som hele landet kan ha nytte av.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 9 februar 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør økonomi og finans

Vedlegg: I. Tabeller:

1. Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF
2. Økonomiske forutsetninger
3. Aktivitetsbudsjetter (somatikk, psykisk helsevern og TSB)
4. Resultatbudsjett (ØBAK linjer, sammendrag, periodisert)
5. Rammetildeling til klinikkene
6. Rammetildeling klinikk psykisk helse og avhengighet
7. Bemanningsbudsjett
8. Investeringsbudsjett
9. Kontantstrømsbudsjett
10. Balansebudsjett

II. Status for klinikkenes budsjetter
III. Overordnet risikovurdering
IV. Drøftingsprotokoll (ettersendes)
V. Referat fra AMU (ettersendes)

Utrykt vedlegg: Protokoller fra drøfting og AMU-møter i klinikkene

SAK 5/2012: BUDSJETT 2012

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2012 slik det fremgår av tabell 4 (driftsbudsjett) i styresak 5/2012.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å igangsette følgende delprosjekter etter vurdering av forprosjektrapporter:
 - a. Samlokalisering av indremedisinsk virksomhet ved Ullevål i bygg 3.
 - b. Samlokalisering av ortopedisk virksomhet og gastrokirurgisk virksomhet ved Ullevål i bygg 7.

Oslo den 2. februar 2012

Bjørn Erikstein

1. SAMMENDRAG

Formålet med denne styresaken er å foreslå et oppdatert budsjett for drift med tiltak som sikrer gjennomføring av driftsbudsjettet for 2012. Endelig versjon av Oppdrag og bestilling 2012 forelå ikke da denne styresaken ble sluttført. Det tas derfor forbehold om enkelte korrigeringer av budsjettet.

I denne saken forelegges også styret en anmodning om fullmakt til oppstart av to samlokaliseringsprosjekter med kostnadsramme utover 10 mill kroner.

2. TIDLIGERE VEDTAK I SAKEN

Beslutnings sak om budsjett 2012 ble behandlet den 15. desember 2011 (jf styresak 143/2011). Styret vedtok den gang (med 7 mot 5 stemmer):

- 1. Styret vedtar budsjett for Oslo universitetssykehus HF for 2012 slik det fremgår av tabellene 4 (driftsbudsjett) og 8 (investeringsbudsjett) i vedlegg I i styresak 143/2011. Styret tar til etterretning at avstemning i foretaks- gruppen kan føre til endringer i budsjettet.*
- 2. Styret har merket seg at det ikke foreligger tilstrekkelig med tiltak som gir sikkerhet for gjennomføring av driftsbudsjettet for 2012 for Oslo universitetssykehus HF. Styret ber på denne bakgrunn administrerende direktør komme tilbake med en samlet tiltakspakke for å sikre gjennomføring av budsjettet.*

3. ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Styret ba på møte 15. desember i fjor administrerende direktør komme tilbake med en samlet tiltakspakke for gjennomføring av budsjett 2012. På bakgrunn av dette vedtaket har klinikkene på nytt vurdert mulige tiltak og fortatt en fornyet gjennomgang av de tiltakene som var lagt til grunn i styresaken i desember.

Administrerende direktør vil understreke at Oslo universitetssykehus HF står overfor usedvanlig store økonomiske utfordringer knyttet til gjennomføringen av budsjettet for 2012. Samlet sett kan det anslås et behov for resultatforbedring i størrelsen 6-700 mill kroner som skal realiseres ved effektivisering eller andre tiltak som ikke svekker gjennomføringen av planlagt aktivitet innenfor pasientbehandling, forskning mv.

Den nye gjennomgangen av tiltak viser at de tidligere foreslåtte tiltakene i all hovedsak må gjennomføres. I tillegg er det foreslått noen nye tiltak. De tiltakene som foreligger på dette tidspunkt er ikke tilstrekkelige for at klinikkene kan nå sine resultatmål for 2012. På den annen side er det budsjettet en avsetning for å håndtere uforutsette forhold og risiko i gjennomføring av drift som isolert sett på dette tidspunkt representerer en oppside i budsjettet.

Administrerende direktør mener at det nå er mest hensiktsmessig at organisasjonen prioriterer gjennomføring av de tiltakene som er meldt inn. Klinikkene vil bli fulgt opp tett på resultater gjennom 2012 og avvik vil bli forsøkt korrigert så raskt og godt som mulig.

4. FAKTABESKRIVELSE

4.1 Innhold

I denne saken blir det først redegjort for endrede forutsetninger for budsjett 2012 som er fremkommet etter styrebehandling 15. desember 2011. Deretter redegjøres det for oppdatert status for tiltak i klinikkene og hvordan det totale kostnadsbudsjettet er avstemt med inntektsforutsetningene for 2012. Det redegjøres også for oppstart av to samlokaliseringsprosjekter (omstillingsinvesteringer) og bes om fullmakt for igangsetting.

4.2 Endrede forutsetninger for budsjett 2012

Inntektsforutsetninger fra Helse Sør-Øst RHF

9. januar mottok Oslo universitetssykehus ny tabell med inntektsforutsetninger for 2012 (se tabell 1). Dette var en oppdatering av tabell fra 5.12.2011 som ble lagt fram til styremøtet 15.12.2011. Det er gjennomført enkelte mindre korreksjoner på under 100 tusen kroner og følgende to endringer:

- Tilføring av ytterligere 2 mill kroner til *Nasjonal kompetansetjeneste for ME*.
- Reduksjon i bevilgning til *Prosjekt barn som pårørende* ved Nasj.komp.senter for læring og mestring med 1 mill kroner. Prosjektet vil som følge av oppsparte midler fra 2010 (900 tusen kroner) likevel kunne fortsette sin virksomhet inn i 2012.

Likviditet og finanskostnader

Renteforutsetningene i forelagt budsjett den 15. desember 2011 var 3,5% for driftskreditt i konsernkontosystemet. Den 16. januar mottok Oslo universitetssykehus nye renteforutsetninger for første halvår med rentesats 2,03%. Etter regnskapsavslutning for 2011 er det videre foretatt en ny vurdering av behovet for driftskreditt for 2012. Inngående likviditet i 2012 er bedre enn tidligere anslått, først og fremst på grunn av utsatte premiebetalingen på pensjon og forsinkelser i oppgjør med Helse Sør-Øst RHF samt bedre resultat i 2011 enn tidligere lagt til grunn. Disse forholdene medfører at budsjetterte finanskostnader er redusert med 39 mill kroner i budsjettet for 2012.

IKT-kostnader

IKT-kostnadene ble vesentlig lavere i 2011 enn tidligere antatt. Det er på denne bakgrunn gjennomført en fornyet vurdering av IKT-budsjettet (drift).

Mindreforbruket i 2011 skyldes i hovedsak forsinkelser i planlagte leveranser. Det er budsjettert med til sammen 742 mill kroner til drift av IKT i 2012.

Sammenlignet med faktisk forbruk i 2011 (justert for prisstigning) er det en reell økning i driftsbudsjettet til IKT på om lag 150 mill kroner. Av dette er 20 mill kroner øremerket flyttestrukturer. Øvrig økning relateres til økte tjenestepreiser og driftskostnader knyttet til planlagt gjennomførte utviklingsprosjekter. Manglende fremdrift i prosjekter innen IKT kan medføre redusert forbruk av midler også for 2012. Fremdriften i IKT-prosjektene er nær knyttet til kapasitet hos Sykehuspartner IKT og lokal IKT-organisasjon. Med det planlagte prosjektvolum regionalt og ved Oslo universitetssykehus vil kapasiteten hos Sykehuspartner IKT fortsatt være en utfordring for fremdrift i henhold til plan. Det vurderes fra OUS

IKT å være størst risiko knyttet til prosjekter innen det administrative området, samt for tiltak av mindre størrelse innen det kliniske området. Budsjettet er også beheftet med noe usikkerhet ettersom avtale med Sykehuspartner om tjenestepriser for 2012 ikke er ferdigstilt.

På bakgrunn av vurderingene ovenfor har en valgt å ikke foreta endringer i IKT-budsjettet nå i forhold til forslaget til styremøtet 15.12.2011.

Økning i opplæringsbudsjettet

Retningslinjene for leverandørfinansiering av reiser og konferanser er strammet inn fra 1.1.2012. I utkast til Oppdragsdokument for 2012 er det beskrevet at alle utgifter til reise og opphold i forbindelse med etter- og videreutdanning forutsettes dekket av arbeidsgiver eller de nasjonale utdanningsfond. Det er presisert at unntak ikke lenger skal forekomme.

For å kompensere for bortfall av leverandørfinansiering er det i foretakets budsjett for 2012 avsatt 15 mill kroner for dette formål. Midlene og fordeles til de kliniske klinikkene ut fra antall budsjetterte årsverk.

Aktivitetsforutsetninger

Aktivitetsbudsjettet innenfor somatikken (målt i antall DRG-poeng) er i samsvar med forventet oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF og innebærer om lag 11.500 færre poeng enn foreløpig resultat for 2011. Av dette er 4.500 DRG-poeng en konsekvens av endringer i ISF-regelverket, slik at det er en reell netto reduksjon på om lag 7.000 poeng. Samlet viser DRG-budsjettet for 2012 dermed en forventet reell reduksjon i aktivitet innenfor somatikken fra 2011 til 2012 på i overkant av 3 pst. Dette inkluderer bortfall av haleaktiviteten, men skal også hensynta økt behov som følge av forventet vekst i befolkningen. Det er en usikkerhet knyttet til om en så vidt lav aktivitet i 2012 er forenlig med målene om å redusere ventetider og fristbrudd ytterligere. Klinikkk for diagnostikk og intervensjon har med utgangspunkt i sitt budsjett lagt til grunn en reduksjon i bruk av radiologitjenester på inntil 5 pst. Det legges opp til en sterkere styring av radiologitjenestene i 2012 enn tidligere år. Gjennomføringen av både den samlede aktiviteten og omfanget av den diagnostiske kapasiteten representerer store utfordringer i den løpende driften og vil bli fulgt opp løpende gjennom året.

Innenfor somatikken er budsjett for antall opphold og liggedager noe endret i forhold til styresak 143/2011 (jf tabell 3.1). Dette følger av økt kvalitet i budsjetteringen av disse parametrene og tilpasning til lavere DRG-rammer for 2012. Nytt nivå og endring er gitt av Helse Sør-Øst RHF.

Revidert driftsbudsjett for 2012

På bakgrunn av nye inntektsforutsetninger, de øvrige forholdene omtalt ovenfor samt klinikkens fornyede gjennomgang av tiltak, eksternt finansierte prosjekter mv er det utarbeidet et korrigert driftsbudsjett som nå foreslås å ligge til grunn for styring av virksomheten gjennom 2012 (jf tabell 4.1). Sum driftsinntekter er økte med 38 mill kroner, sum driftskostnader med 88 mill kroner, og netto finanskostnader er redusert med 50 mill kroner. Mer detaljert er de viktigste endringene i forhold til budsjettet fra styresak 143/2011 følgende:

- ISF-inntekter fra kommunene (Kommunal medfinansiering) er nå skilt ut fra øvrige budsjetterte ISF-inntekter. Dette er budsjettert med 552 mill kroner på dette området mot tilsvarende redusert budsjett på andre inntektsarter.
- Andre øremerkede tilskudd/Andre driftsinntekter viser en netto økning på om lag 52 mill kroner. Dette skyldes bedre kvalitet i budsjettering av eksternt finansierte prosjekter.
- Budsjetterte varekostnader er økt med om lag 100 mill kroner og lønnsbudsjettet er økt med 77 mill kroner. Samtidig er andre driftskostnader redusert med om lag 100 mill kroner. Endringene må ses i sammenheng, og gjenspeiler en økt kvalitet i budsjetteringen (fordeling mellom kostnadsarter) og økning i eksternt finansierte inntekter (tilsvarende kostnader).
- Budsjetterte finanskostnader er redusert med 39 mill kroner (se avsnitt om likviditet og finanskostnader). I tillegg er det budsjettert med et bidrag fra aksjeselskapene med om lag 10 mill kroner.

Det er utarbeidet et periodisert budsjett i samsvar med periodiseringsprinsipper fra Helse Sør-Øst RHF (jf tabell 4.3).

4.3 Gjennomføring av driftsbudsjettet i 2012 – klinikkens tiltak

På bakgrunn av bestillingen fra styret 15. desember har klinikkene levert oppdaterte planer og tiltak for gjennomføring av budsjett 2012, se vedlegg 2. Som en del av dette har klinikkene utarbeidet nye tiltak som foreslås gjennomført med effekt i inneværende år. Klinikkene beskriver også prosesser for utarbeidelse av ytterligere tiltak og kostnadsreduksjoner gjennom driftsåret 2012.

Alle klinikker planlegger betydelige kostnadsreduksjoner. Men de tiltakene som foreligger nå vurderes ikke å være tilstrekkelige sett opp mot utfordringsbildet i den enkelte klinikk.

Innenfor det totale budsjettet for Oslo universitetssykehus HF er det budsjettert med en sentral avsetning for usikkerhet (ikke-disponerte midler). Denne utgjør nå om lag 1 ¼ pst av totalt budsjett. Erfaringsmessig er det behov for å holde av en margin for uforutsette hendelser gjennom et driftsår. For 2011 ble budsjettert margin i stor grad benyttet til et lønnsoppgjør som overgikk budsjettforutsetningene samt håndtering av økte pensjonskostnader som følge av lavere nedbemanning enn forutsatt. Risikoen på disse områdene vurderes nå som mindre enn for 2011. Det er heller ikke budsjettert med gevinst på salg av eiendom.

4.4 Felles forutsetninger for tiltak: Utflytting av døgn- og akuttvirksomhet fra Aker og samlokalisering

For mange av klinikkene er det forutsatt gjennomført samlokaliseringer, herunder utflytting av døgn- og akuttvirksomhet fra Aker sykehus, som virkemidler for å gjennomføre budsjettene. På dette tidspunkt er ikke alle disse flytteplanene endelig avstemt og det er usikkerhet knyttet til hvor raskt de lar seg gjennomføre. Samlokaliserings-/flytteprosjektene er tidligere omtalt i styresak 143/2011. Nedenfor gis en mer oppdatert redegjørelse. Det vises for øvrig til forslag til

vedtak vedrørende investeringsbeslutninger og omtale i avsnitt 4.8 vedrørende finansiering.

Arealprosjekt samlokalisering av indremedisinsk virksomhet ved Ullevål i bygg 3
Delprosjektet omhandler flytting av indremedisinsk døgn- og akuttvirksomhet fra Aker til Ullevål inkl. driftsoptimalisering, og omfatter store deler av bygg 3 ved Ullevål. I dette bygget er det behov for oppgradering for å svare ut Arbeidstilsynet og Branntilsynet, slik at samlokaliseringstiltaket vil planlegges mtp å lukke de avvik som er påvist i berørte arealer. Prosjektleder er utpekt og prosjektering pågår. Forprosjektrapport forventes å foreligge til 1. mars og vil inneholde virksomhetsbeskrivelse med krav til virksomhetsendringer, foreslåtte arealløsninger, tidsplan og kostnader. Lukking av avvik påpekt av Arbeidstilsyn og Branntilsyn medfører at estimerte kostnader på 28 mill kroner (jmf styresak 143/2011) vil øke. Det tas sikte på at byggarbeidene kan starte umiddelbart etter godkjenning av forprosjekt og det arbeides for at flyttingen kan gjennomføres før den 1. juli, men man er avhengig av ferdig forprosjektering før dette kan fastsettes endelig.

Flytting av nevrologi internt ved Ullevål

Delprosjektet omhandler flytting av nevrologi inn i bygg 8 på Ullevål, slik at det frigjøres lokaler til ortopedi i bygg 7 på Ullevål. Flyttingen er planlagt gjennomført til den 15. februar 2012, og foreløpig går delprosjektet etter plan. Prosjektet vil holde seg innenfor estimerte kostnader på 1 million kroner (jf styresak 143/2011).

Arealprosjekt samlokalisering av ortopedisk og gastrokirurgisk virksomhet ved Ullevål i bygg 7

Dette er tre delprosjekter som er slått sammen og omhandler flytting av ortopedi fra 1. etg. i bygg 7 til 2. etg. i bygg 7, slik at all ortopedivirksomhet ved Ullevål samles i denne etasjen. Videre omhandler det flytting av gastrokirurgisk akutt- og døgnvirksomhet fra Aker til 1. etg. i bygg 7 ved Ullevål, slik at all gastrokirurgisk virksomhet ved Ullevål samles i denne etasjen. I tillegg omfatter det etablering av observasjonssenger for ustabile og uavklarte urologiske pasienter i samme sengepost, slik at disse kan mottas på Ullevål. Samlet omfatter delprosjektet 2 etasjer i bygg 7 ved Ullevål som har behov for oppgradering for å svare ut Arbeidstilsynet og Branntilsynet, slik at også dette samlokaliseringstiltaket vil planlegges med tanke på å lukke de avvik som er påvist i berørte arealer. Prosjektleder er utpekt og prosjektering pågår. Forprosjektrapport forventes å foreligge til den 20. februar og vil inneholde virksomhetsbeskrivelse med krav til virksomhetsendringer, foreslåtte arealløsninger, tidsplan og kostnader. Lukking av avvik påpekt av Arbeidstilsyn og Branntilsyn medfører at estimerte kostnader på 24 mill kroner vil øke (jf styresak 143/2011). Det tas sikte på at byggarbeidene kan starte umiddelbart etter godkjenning av forprosjekt, hvor 2. etasje er planlagt ferdigstilt til den 22. april og 1. etasje til den 24. juni. Dersom detaljprosjektering viser at denne tidsplanen holder, vil man sikre flytting fra den 25. juni 2012.

Når det gjelder øvrig urologisk virksomhet planlegges det med at dette ivaretas på Aker med en bemanning som kan ta i mot avklarte og stabile urologisk pasienter.

Karkirurgi

Det siste fagområdet som per i dag har akutt- og døgnvirksomhet på Aker er karkirurgi. Her arbeides det med ulike alternativer, slik at man sikrer at akutt- og døgnvirksomhet enten flyttes ut av Aker eller ivaretas på en sikker måte på Aker.

4.5 Gjennomføring av drift i sommerferien 2012

Det er utarbeidet retningslinjer for planlegging av bemanning i sommerferien 2012. Disse retningslinjene innebærer omlegging av turnus for sommermånedene på den enkelte seksjon. HR- stab følger opp effektivisering av retningslinjen gjennom informasjon og veiledning til berørte klinikker. Planlegging av aktivitetsnivå og tilstedeværelse av kompetanse følger kravet om 6 måneders planleggingshorisont for virksomheten.

4.6 Involvering av ansatte, tillitsvalgte og verneombud. Drøfting av budsjettet.

Som oppfølging av vedtak i styresak 143/2011 ble klinikkene i brev av 2. januar 2012 bedt om å starte opp arbeidet med nye tiltak for å sikre gjennomføring av det vedtatte budsjettet. Det ble deretter sendt ut en mer konkret bestilling den 12. januar 2012 der klinikkene ble bedt om å drøfte tiltak før oversendelse av budsjettnotat den 27. januar 2012. Styresaken med protokoller fra klinikkvis drøfting ble distribuert til foretakstillitsvalgte den 2. februar og planlegges drøftet den 7. januar. Protokoll fra drøftingsmøtet blir ettersendt styret. Styresaken behandles også i arbeidsmiljøutvalget og referat ettersendes.

4.7 Videre arbeid med tiltak og oppfølging av klinikkene gjennom 2012

Høsten 2011 ble stabens arbeidsgruppe for budsjett etablert. En rekke regler og retningslinjer for utøvelse av drift ved Oslo universitetssykehus ble utformet og vedtatt gjennomført. Utfordringen nå er å sikre at vedtatte endringer følges opp ift faktisk implementering i alle deler av vår virksomhet. Ut over det som er etablert av retningslinjer er det fremdeles behov for å gå inn på flere områder der det bør utarbeides felles kostnadsbesparende praksis i Oslo universitetssykehus HF. Det vil bli organisert et videre arbeid for å sikre implementering og oppfølging av de områder som ledergruppen mener det bør fokuseres på i 2012 for å få til en drift i balanse.

Det vil i den løpende oppfølging av klinikkene bli stilt krav om å arbeide med nye kostnadsreducerende områder for å redusere den totale resultatrisiko for Oslo universitetssykehus.

4.8 Investeringsbudsjett – Fullmakt til investeringsprosjekter

Det vises til omtalen av delprosjekter som omhandler utflytting av Aker. For to av delprosjektene er kostnadsestimatene på over 10 mill kroner og forprosjektrapportene skal etter gjeldende fullmakter fremlegges styret for godkjenning. Dette gjelder følgende to delprosjekter:

- Arealprosjekt samlokalisering av indremedisinsk virksomhet ved Ullevål i bygg 3.

- Arealprosjekt samlokalisering av ortopedisk og gastrokirurgisk virksomhet ved Ullevål i bygg 7.

Forprosjektrapportene er planlagt ferdigstilt hhv den 1. mars og 20. februar. Fremdriften i disse to delprosjektene vil være helt avgjørende for rask flytting av aktivitet ut av Aker sykehus, hvilket igjen henger sammen med bl.a flere av klinikkens budsjett-tiltak og utfordringer med sommerferieavvikling dersom både akuttmottak ved Aker og Ullevål skal bemannes. Det anmodes derfor om at styret gir administrerende direktør fullmakt til å vurdere de to omtalte forprosjektrapportene og igangsette delprosjektene. Prosjektene finansieres av tilgjengelig likviditet til omstillingsinvesteringer.

4.9 Risiko- og konsekvensvurderinger av budsjett 2012

Oslo universitetssykehus HF skal yte fullt ut forsvarlige helsetjenester, utvikle og ivareta et trygt og stimulerende arbeidsmiljø som skal kjennetegnes av god arbeidsorganisering, faglig og personlig utvikling, konstruktive tilbakemeldinger, medvirkning og fornøyde pasienter. God kvalitet i pasientbehandlingen er en viktig motivasjonsfaktor for travle helsearbeidere. Budsjett 2012 utfordrer sykehusets mål innen pasientaktivitet, forskning, arbeidsmiljømålinger og økonomisk handlingsrom.

Klinikkene har på nytt vurdert risiko knyttet til gjennomføring av foreslåtte tiltak i budsjett 2012.

Som i forkant av styresak 143/2011 er klinikkens vurderinger kategorisert innen områdene pasientbehandling, forsknings- og utdanningsaktivitet, arbeidsmiljø, omdømme og økonomi, og klinikkens tekstlige innspill er deretter oppsummert på foretaksnivå.

Risikobildet er ikke vesentlig endret siden styresak 143/2011. Risikomatrixene i vedlegg III viser at det foreslåtte budsjett for 2012 fortsatt er forbundet med stor risiko i forhold til økonomisk balanse, høy risiko i arbeidsmiljø og moderat for pasientbehandling, forskning og utdanning. Når det gjelder risikodempende tiltak vises det til nærmere omtale ovenfor.

Oslo universitetssykehus HF

Styremøte 9. februar 2012

| Vedlegg 1. Tabeller til styresak 5/2012 - Budsjett 2012 | |
|--|--|
| 1. | Inntektsramme fra Helse Sør-Øst RHF 2012 |
| 2. | Økonomiske forutsetninger 2012 |
| 3.1 | Måltall for somatikk 2012 |
| 3.2 | Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og TSB 2012 |
| 4.1 | Resultatbudsjett 2012 - ØBAK-linjer |
| 4.2 | Resultatbudsjett 2012 - Sammendrag |
| 4.3 | Resultatbudsjett 2012 - Periodisert |
| 5. | Rammetildeling til klinikkene 2012 |
| 6. | Rammetildeling for Klinikk psykisk helse og avhengighet 2012 |
| 7. | Bemanningsbudsjett for 2012 |
| 8. | Investeringsbudsjett for 2012 |
| 9. | Kontantstrømbudsjett for 2012 |
| 10. | Balansebudsjett for 2012 |
| | |

TABELL 1 - Inntektsramme 2012

Beløp i tusen kroner

| Inntektsramme 2012 | Ramme mottatt fra Helse Sør-Øst RHF 09.01.2012 |
|---|--|
| Basisramme foregående år, 2011 | 9 527 091 |
| Justeringer 2011: | |
| Gjestepasientoppgjør VOP 2011, korrigerert pga datafeil | -5 237 |
| Insentivmidler til økte praksisplasser, videreføring av tilskudd fra 2011 | 1 285 |
| Strukturelle endringer: | |
| Omstillingsbevilgning til OUS fra 2011 | -225 000 |
| Kompensasjon for særlige utfordringer sfa implement.av inntektsmodellen | 120 000 |
| TSB fra OUS til Ahus som følge av nye opptaksområder | -23 000 |
| Desentralisert LAR fra OUS til Ahus, rest fra 2011 | -21 725 |
| Implementering av inntektsmodeller: | |
| Somatikk | -90 937 |
| Psykisk helsevern | -41 695 |
| TSB | -3 758 |
| Pensjon | -6 200 |
| Kapital | -11 418 |
| Korrigering somatikk- modellen-privat rehab. | 41 254 |
| Andre endringer fra Helse Sør-Øst RHF: | |
| Finansiering av PET- scanning og nyfødtscreening ved OUS | 2 804 |
| Bruk av sykehotell ved OUS | 1 109 |
| 0,25% til regionale prioriteringer | -12 032 |
| Oslo- pasienter beh. internt i regionen, 40% isf | 20 909 |
| Kompensasjon for bortfall av historisk gjestepasientoppgjør TSB | 4 000 |
| Utvidet tilbud nyfødtscreening, fra HSØ RHF | 14 434 |
| Basisramme 2012 før statsbudsjettet | 9 291 884 |
| Lønns- og prisvekst 2012 (3,10%) Grunnlag 9.291,884 mill.kr | 288 100 |
| Andre endringer fra Prop. 1: | |
| Kompensasjon for økte pensjonskostnader, foreløpig fordeling | 266 409 |
| Samhandl.reformen, overf.til kommuner knyttet til utskrivningsklare pasienter | -23 966 |
| Samhandl.reformen, overf.til kommuner knyttet til utbygging av ø-hjelpstilbud | -8 235 |
| Følgetjeneste for gravide | 150 |
| Kompensasjon for ett institusjonsnummer ISF | 8 742 |
| Insentivmidler poliklinikk psyk., | -2 376 |
| Nasjonale behandlingstjenester (7 nyopprettede tjenester) | 12 285 |
| Tildeling til sparing 2012 | 50 749 |
| Pasientbibliotek | 2 137 |
| Inntektsmodell somatikk, korrigering sfa 3,3% økt enhetspris | 1 195 |
| Nye tiltak 2012: | |
| RASP- utvidet kapasitet | 10 000 |
| Hørsele og psykisk helse- årseffekt av bevilgning 2011 | 1 650 |
| Hørsele og psykisk helse, utvidet døgntilbud | 3 300 |
| Regional veiviserfunksjon innen habilitering | 500 |
| Fylkesandeler, ny beregning | 10 000 |
| Kompetansetjenester, videreføring av regionale tilbud | 7 500 |
| Basisramme 2012 | 9 920 024 |
| Fra post 78, øremerket fra HOD | 214 067 |
| Strategiske midler, fra post 72 | 156 344 |
| Sum forskning | 370 411 |
| Nasjonale kompetansesentre for sjeldne diagnoser, post 78 | 67 220 |
| Øvrige nasjonale kompetansesentre, post 78 | 95 921 |
| Sum kompetansesentre | 163 141 |
| Arbeidsmedisinske avdelinger | 4 500 |
| Tilskudd til turnustjeneste | 1 619 |
| Kreftregistret | 95 981 |
| Behandlingsreiser til utlandet | 109 957 |
| Dommerassistert narkotikaprogram | 1 900 |
| Prosjekt barn som pårørende ved Nasj.komp.senter for LM. | 0 |
| Nasjonal kompetansetjeneste ME (nytt tilskudd i 2012) | 2 000 |
| Særreaksjonsordning, dømte til behandling | 1 500 |
| Soningsenhet for ungdom under 18 år | 1 000 |
| RTVS (lht HSØ 03.11.2011: RTVS finansieres av Helsedir.fra 2012) | 0 |
| Sum statlige tilskudd | 218 457 |
| Sum faste inntekter 2012 | 10 672 033 |
| ISF- døgn, dag, poliklinikk (191.753 Drg-poeng = "Sørge for ansvar") | 2 930 676 |
| ISF - Biologiske legemidler | 0 |
| ISF - Posedialyse | 5 262 |
| KMF-refusjoner (20%) | 0 |
| Sum ISF- refusjoner | 2 935 938 |
| Inntekter i alt 2012 | 13 607 971 |

TABELL 2 - Økonomiske forutsetninger 2012

| Økonomiske forutsetninger 2012 | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---------------|
| Enhetspris ISF 2012 | | kr 38.209 | |
| Refusjonssats ISF | | 40 % | |
| Tilleggsrefusjonssats ISF konserninternt gjestepasientoppgjør (innenfor Helse Sør-Øst RHF - utenfor Oslo sykehusområde) | | 40 % | |
| Gjestepasientoppgjør fra andre regioner | | 80 % | |
| Døgnpris utskrivningsklare pasienter | | kr 4.000 | |
| Gjennomsnittlig lønns- og prisvekst, fra statsbudsjettet | | 3,3 % | |
| Prisjustering basistilskudd | | 3,1 % | |
| Herunder lønnsvekst | | 4,0 % | |
| Herunder prisvekst andre kostnader | | 1,6 % | |
| Konserninterne gjestepasientpriser voksenpsykiatri 2012: | | | |
| Kurdøgn / oppholdsdøgn | | kr 5.666 | |
| Dagopphold og poliklinisk konsultasjon | | kr 1.414 | |
| Gjestepasientpriser somatikk 2012: | | | |
| Kurdøgn / SSE Voksne | | kr 6.379 | |
| Kurdøgn / SSE Voksne, psykisk utviklingshemmede | | kr 7.852 | |
| Kurdøgn / SSE Barn | | kr 7.852 | |
| Kurdøgn / Solbergtoppen Rehabilitering | | kr 3.219 | |
| Kurdøgn / Geilomo barnesykehus | | kr 788 | |
| Nyfødscreening | | kr 131 | |
| Morsmelk pr. liter | | kr 700 | |
| PET-scanning | | kr 12.535 | |
| Pensjonskostnad: | | | |
| | Benyttet i Budsjett 2012 | Forutsetninger 31.12.2011 1) | |
| Diskonteringsrente | 4,60 % | 3,80 % | |
| Lønnsvekst | 4,00 % | 3,50 % | |
| G-regulering | 3,75 % | 3,25 % | |
| Pensjonsregulering | 2,97 % | 2,48 % | |
| Forventet avkastning | 5,40 % | 4,10 % | |
| 1) Forutsetningene pr. 31.12.2011 vil bli benyttet i regnskapet for 2012 | | | |
| Nye rentesatser 1) | | | |
| Rentesatser for renteinntekter og rentekostnader | Benyttet i styresak 143/2011 | Første halvår | Andre halvår |
| Driftskreditt | 3,50 % | 2,03 % | 3,50 % |
| Bundne bankkonti | 3,20 % | 1,73 % | 3,20 % |
| Fordring på HSØ vedr.personalboliger | 3,50 % | 3,50 % | 3,50 % |
| Langsiktige lån med flytende rente | 3,50 % | 3,50 % | 3,50 % |
| Langsiktige lån med fast rente | 2,99% - 3,80% | 2,99% - 3,80% | 2,99% - 3,80% |
| 1) I brev fra Finansdepartementet ble renten satt til 2,03% for perioden 01.01.2012 til 30.06.2012 | | | |

TABELL 3.1 - Måltall for somatikk 2012

| Døgnbehandling | Budsjett 2011 | Foreløpig resultat 2011 | Budsjett 2012 |
|---|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| Antall utskrevne pasienter - døgnbehandling | 105 913 | 104 252 | 103 359 |
| Antall liggedøgn - døgnbehandling | 498 790 | 496 382 | 463 207 |

| Dagbehandling | Budsjett 2011 | Foreløpig resultat 2011 | Budsjett 2012 |
|----------------------|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| Antall dagbehandling | 75 358 | 74 830 | 67 524 |

| Poliklinisk virksomhet | Budsjett 2011 | Foreløpig resultat 2011 | Budsjett 2012 |
|--|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| Antall inntekstgivende polikliniske konsultasjoner | 731 035 | 781 850 | 759 348 |

| Dyre biologiske legemidler utenfor sykehus | Budsjett 2011 | Foreløpig resultat 2011 | Budsjett 2012 |
|---|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| Sum DRG totalt for biologiske legemidler for alle pasienter hvor resept er utstedt fra eget HF (eieransvaret) | 1 928 | 1 679 | 1 928 |

| Totalt antall DRG-poeng | Budsjett 2011 | Foreløpig resultat 2011 | Budsjett 2012 |
|---|----------------------|--------------------------------|----------------------|
| Totalt antall DRG-poeng (døgn, dag og polikl.) iht. "Sørge for ansvaret" (pasienter fra egen region) | 194 521 | 202 015 | 191 753 |
| Totalt antall DRG-poeng for aktivitet utført i eget helseforetak (døgn, dag, poliklinikk og biologiske legem. - resept utstedt av eget HF.) | 212 221 | 218 113 | 1) 206 527 |

Note

1) I totalt antall DRG-poeng på 206.527 er det hensyntatt en reduksjon på 4.500 DRG-poeng knyttet til innføring av ny grupper for 2012

TABELL 3.2 - Måltall for aktivitet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2012

| Psykisk helsevern | Måltall 2011 | Foreløpig resultat 2011 | Måltall 2012 |
|---|--------------|-------------------------|--------------|
| Psykisk helsevern for voksne (VOP) | | | |
| Psykisk helsevern for voksne (VOP) Sum DPS og sykehus | | | |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt | 89 801 | 81 600 | 75 924 |
| Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt | 1 385 | 1 415 | 1 075 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 3 973 | 680 | 0 |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 66 210 | 69 246 | 70 713 |
| Kjøp fra private institusjoner (VOP) | | | |
| Antall utskrevne pasienter døgntilrettelagt | | 12 | 12 |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt | 11 000 | 11 499 | 11 000 |
| Barne - og ungdomspsykiatri | | | |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt | 6 102 | 4 892 | 4 575 |
| Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt | 131 | 140 | 92 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 4 429 | 3 707 | 3 020 |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 49 194 | 47 926 | 49 189 |
| Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere (TSB) | | | |
| Antall liggedøgn døgntilrettelagt | 36 271 | 37 944 | 28 140 |
| Antall utskrevne pasienter - døgntilrettelagt | 2 943 | 3 282 | 2 287 |
| Antall oppholdsdager dagbehandling | 531 | 659 | 2 000 |
| Antall polikliniske konsultasjoner | 9 389 | 8 966 | 9 642 |
| Antall polikliniske konsultasjoner uten refusjon | 11 369 | 13 000 | 11 631 |

TABELL 4-1 - Resultatbudsjett 2012

Beløp i tusen kroner

| Resultatbudsjett | Budsjett 2011 | Foreløpig resultat 2011 1) | Budsjett 2012 Vedtatt av styret i Desember | Budsjett 2012 Styresak 5/2012 i Februar | Budsjett 2012 Endring fra Desember til Februar 2) |
|---|-------------------|----------------------------|--|---|---|
| Basisramme | 9 924 662 | 9 924 662 | 10 076 368 | 10 076 368 | 0 |
| ISF-refusjon dag- og døgnbehandling | 2 392 313 | 2 374 419 | 2 335 479 | 1 958 248 | -377 231 |
| ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet | 497 119 | 628 841 | 567 806 | 395 927 | -171 879 |
| ISF-refusjon kommunal medfinansiering | 0 | 0 | 0 | 552 318 | 552 318 |
| ISF-refusjon kostnads-krev. legemidler utenfor sykehus | 28 509 | 24 889 | 29 468 | 29 468 | 0 |
| Utskrivningsklare pasienter | 0 | 0 | 23 966 | 24 427 | 461 |
| Gjestepasienter | 505 603 | 450 088 | 477 458 | 479 158 | 1 700 |
| Salg av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 1 971 678 | 2 121 570 | 2 011 022 | 1 999 267 | -11 755 |
| Polikliniske inntekter | 392 943 | 377 503 | 411 115 | 405 080 | -6 035 |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | 19 172 | 27 829 | 24 862 | 22 978 | -1 884 |
| Andre øremerkede tilskudd | 984 836 | 1 007 315 | 839 166 | 912 669 | 73 503 |
| Andre driftsinntekter | 646 159 | 770 466 | 686 063 | 664 546 | -21 517 |
| Sum driftsinntekter | 17 362 994 | 17 707 582 | 17 482 773 | 17 520 454 | 37 681 |
| Kjøp av offentlige helsetjenester | 58 913 | 101 671 | 128 346 | 136 723 | 8 377 |
| Kjøp av private helsetjenester | 198 428 | 204 566 | 139 711 | 142 680 | 2 969 |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 2 016 163 | 2 137 330 | 1 970 539 | 2 070 814 | 100 275 |
| Innleid arbeidskraft | 86 574 | 156 140 | 84 788 | 85 048 | 260 |
| Kjøp av konserninterne helsetjenester (gjestepasienter) | 77 084 | 39 495 | 62 746 | 58 747 | -3 999 |
| Lønn til fast ansatte | 8 232 565 | 8 147 334 | 8 131 584 | 8 138 525 | 6 941 |
| Overtid og ekstrahjelp | 540 231 | 1 061 646 | 786 258 | 900 975 | 114 717 |
| Pensjon inkl arbeidsgiveravgift | 2 070 279 | 2 154 000 | 2 073 365 | 2 059 408 | -13 957 |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -434 416 | -547 593 | -464 198 | -479 506 | -15 308 |
| Annen lønn | 1 394 434 | 1 481 372 | 1 433 141 | 1 418 650 | -14 491 |
| Avskrivninger | 905 635 | 851 503 | 800 000 | 800 000 | 0 |
| Nedskrivninger | 0 | 15 332 | 0 | 0 | 0 |
| Andre driftskostnader | 2 516 258 | 2 389 444 | 2 588 926 | 2 490 832 | -98 094 |
| Sum driftskostnader | 17 662 148 | 18 192 240 | 17 735 206 | 17 822 896 | 87 690 |
| Driftsresultat | -299 154 | -484 658 | -252 433 | -302 442 | -50 009 |
| Finansinntekter | 28 887 | 5 972 | 18 394 | 25 024 | 6 630 |
| Finanskostnader | 129 733 | 121 569 | 165 961 | 122 582 | -43 379 |
| Finansresultat | -100 846 | -115 597 | -147 567 | -97 558 | 50 009 |
| Ordinært resultat | -400 000 | -600 255 | -400 000 | -400 000 | 0 |

Noter:

- 1) Foreløpig resultat 2011 er iht rapporteringen til Helse Sør-Øst RHF pr. 25.01.2012
- 2) Endringene mellom linjene på kostnassiden for budsjett 2012 må ses på bakgrunn av den tekniske budsjetteringen av udisponerte midler

TABELL 4-2 - Resultatbudsjett 2012

Beløp i tusen kroner

| Resultatbudsjett | Budsjett 2011 | Foreløpig resultat 2011 1) | Budsjett 2012 Vedtatt av styret i Desember | Budsjett 2012 Styresak 5/2012 i Februar | Kommentarer til endringer fra foreløpig regnskap 2011 til budsjett 2012 |
|---|-------------------|----------------------------|--|---|---|
| Basisramme | 9 924 662 | 9 924 662 | 10 076 368 | 10 076 368 | Bortfall av omstillingsmidler på 225 mnok. Overføring av TSB-midler til Ahus. Midler til "sparing" |
| Aktivtetsbaserte inntekter | 5 788 165 | 5 977 310 | 5 856 314 | 5 843 893 | Redusert DRG-budsjett. Økte satser 2012 |
| Andre inntekter | 1 650 167 | 1 805 610 | 1 550 091 | 1 600 193 | Justering av nivå for øremerkede midler. Engangsinnlester 2011: 22.juli, prehospitaltjenester, gevinst ved salg av eiendom m.m. |
| Sum driftsinntekter | 17 362 994 | 17 707 582 | 17 482 773 | 17 520 454 | Inkluderer prisjustering med 450-500 mnok. En reell reduksjon i inntekter på om lag 650-700 mnok |
| Varekostnader inkl. kjøp av helse tjenester | 2 350 588 | 2 483 062 | 2 301 342 | 2 408 964 | Forutsetter reduksjon i forbruk knyttet til redusert aktivitet, herunder noe LAR til Ahus. Effekt av tiltak innenfor innkjøpsområdet. |
| Lønn- og innleiekostnader | 11 889 667 | 12 452 899 | 12 044 938 | 12 123 100 | Inkluderer lønnsvekst på om lag 400 mnok gitt pensjon på samme nivå. |
| Avskrivninger/nedskrivninger | 905 635 | 866 835 | 800 000 | 800 000 | Reduksjon i anleggsmidler |
| Andre driftskostnader | 2 516 258 | 2 389 444 | 2 588 926 | 2 490 832 | Økte kostnader til Sykehuspartner |
| Sum driftskostnader | 17 662 148 | 18 192 240 | 17 735 206 | 17 822 896 | Reduksjon i kostnader ekskl prissstigning på om lag 850 mnok |
| Resultat før finans | -299 154 | -484 658 | -252 433 | -302 442 | |
| Netto finans | 100 846 | 115 597 | 147 567 | 97 558 | Endring likviditet og renteforutsetninger |
| Driftsresultat | -400 000 | -600 255 | -400 000 | -400 000 | |

Noter:

1) Foreløpig resultat 2011 er iht rapporteringen til Helse Sør-Øst RHF pr. 25.01.2012

TABELL 4-3 - Resultatbudsjett 2012

Beløp i tusen kroner

| Resultatbudsjett | Jan | Feb | Mar | Apr | Mai | Jun | Jul | Aug | Sep | Okt | Nov | Des | Budsjett 2012 Styresak 5/2012 i Februar |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|---|
| Basisramme | 874 629 | 851 453 | 876 644 | 866 568 | 889 743 | 761 774 | 672 094 | 802 079 | 878 659 | 869 590 | 879 667 | 853 468 | 10 076 368 |
| ISF-refusjon dag- og døgnbehandling | 171 542 | 164 101 | 178 788 | 154 506 | 170 760 | 167 235 | 130 614 | 153 134 | 168 997 | 169 780 | 174 676 | 154 115 | 1 958 248 |
| ISF-refusjon somatisk poliklinisk aktivitet | 34 676 | 33 180 | 36 120 | 31 254 | 34 524 | 33 800 | 26 432 | 30 992 | 34 161 | 34 329 | 35 300 | 31 161 | 395 927 |
| ISF-refusjon kommunal medfinansiering | 48 383 | 46 284 | 50 426 | 43 578 | 48 163 | 47 168 | 36 840 | 43 191 | 47 665 | 47 886 | 49 267 | 43 467 | 552 318 |
| ISF-refusjon kostnadskrav/legemidler utenfor sykehus | 3 059 | 3 059 | 3 056 | 3 056 | 3 056 | 2 139 | 2 139 | 2 139 | 2 139 | 2 139 | 1 774 | 1 713 | 29 468 |
| Utskrivningsklare pasienter | 2 097 | 1 945 | 2 170 | 1 913 | 2 123 | 2 099 | 1 841 | 1 897 | 2 085 | 2 150 | 2 078 | 2 028 | 24 427 |
| Gjeste pasienter | 42 010 | 40 399 | 43 943 | 37 302 | 42 385 | 42 033 | 29 165 | 37 054 | 42 149 | 42 393 | 43 471 | 36 856 | 479 158 |
| Salg av konserninterne helsejenester (gjestepasienter) | 174 609 | 167 020 | 187 477 | 161 576 | 170 320 | 178 238 | 139 115 | 150 346 | 174 266 | 167 515 | 174 291 | 154 494 | 1 999 267 |
| Polikliniske inntekter | 35 408 | 35 205 | 37 337 | 29 120 | 33 642 | 35 512 | 24 950 | 27 937 | 35 794 | 39 348 | 39 069 | 31 757 | 405 080 |
| Øremerket tilskudd "Raskere tilbake" | 2 130 | 2 086 | 2 199 | 1 794 | 1 996 | 2 087 | 859 | 1 594 | 1 997 | 2 287 | 2 198 | 1 751 | 22 978 |
| Andre øremerkede tilskudd | 76 698 | 75 096 | 77 839 | 80 910 | 85 081 | 30 614 | 81 113 | 81 902 | 86 959 | 83 439 | 78 356 | 74 663 | 912 669 |
| Andre driftsinntekter | 57 812 | 57 508 | 55 018 | 49 752 | 62 953 | 46 719 | 35 926 | 56 887 | 56 555 | 66 388 | 63 260 | 55 769 | 664 546 |
| Sum driftsinntekter | 1 523 053 | 1 477 336 | 1 551 016 | 1 461 330 | 1 544 746 | 1 349 418 | 1 181 088 | 1 389 151 | 1 531 425 | 1 527 243 | 1 543 406 | 1 441 242 | 17 520 454 |
| Kjøp av offentlige helsejenester | 8 517 | 8 069 | 9 581 | 11 548 | 15 420 | 13 628 | 12 343 | 13 143 | 15 078 | 13 261 | 9 525 | 6 609 | 136 723 |
| Kjøp av private helsejenester | 11 975 | 11 690 | 12 155 | 11 675 | 12 046 | 12 030 | 11 526 | 11 590 | 12 027 | 12 055 | 11 933 | 11 979 | 142 680 |
| Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen | 174 186 | 166 345 | 185 444 | 165 004 | 180 373 | 177 875 | 152 384 | 159 659 | 176 090 | 179 420 | 177 392 | 176 641 | 2 070 814 |
| Innleid arbeidskraft | 5 982 | 5 994 | 5 998 | 7 121 | 5 981 | 7 543 | 9 457 | 9 463 | 7 781 | 6 029 | 5 977 | 7 721 | 85 048 |
| Kjøp av konserninterne helsejenester (gjestepasienter) | 4 886 | 4 891 | 4 896 | 4 880 | 4 900 | 4 911 | 4 894 | 4 920 | 4 903 | 4 894 | 4 890 | 4 882 | 58 747 |
| Lønn til fast ansatte | 714 416 | 687 762 | 696 449 | 736 315 | 731 566 | 664 877 | 485 606 | 621 735 | 711 687 | 701 301 | 701 528 | 705 283 | 8 138 525 |
| Overtid og ekstrahjelp | 72 570 | 75 773 | 75 520 | 73 054 | 75 098 | 56 441 | 79 503 | 81 288 | 78 581 | 75 770 | 78 381 | 78 994 | 900 975 |
| Pensjon inkl arbeidsgveravgift | 169 873 | 169 867 | 170 436 | 169 187 | 170 994 | 170 334 | 170 975 | 173 163 | 174 124 | 173 035 | 173 084 | 174 336 | 2 059 408 |
| Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft | -40 860 | -38 359 | -40 771 | -39 669 | -40 545 | -39 194 | -40 161 | -40 213 | -39 549 | -40 320 | -39 403 | -40 462 | -479 506 |
| Annen lønn | 125 671 | 124 792 | 124 983 | 129 995 | 130 383 | 14 656 | 126 124 | 128 315 | 128 066 | 127 427 | 127 325 | 130 914 | 1 418 650 |
| Avskrivninger | 66 667 | 66 667 | 66 667 | 66 667 | 66 667 | 66 667 | 66 667 | 66 667 | 66 667 | 66 667 | 66 667 | 66 663 | 800 000 |
| Nedskrivninger | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Andre driftskostnader | 211 257 | 217 089 | 214 156 | 209 224 | 205 903 | 203 189 | 194 005 | 197 238 | 204 180 | 204 415 | 209 709 | 220 467 | 2 490 832 |
| Sum driftskostnader | 1 525 140 | 1 500 581 | 1 525 515 | 1 545 000 | 1 568 787 | 1 352 957 | 1 253 324 | 1 426 969 | 1 539 635 | 1 523 954 | 1 527 007 | 1 544 027 | 17 822 896 |
| Driftsresultat | -2 087 | -23 246 | 25 501 | -83 669 | -14 040 | -3 539 | -72 236 | -37 818 | -8 210 | 3 289 | 16 399 | -102 786 | -302 442 |
| Finansinntekter | 6 | 2 046 | 2 658 | 1 610 | 646 | 3 594 | 2 360 | 3 310 | 1 827 | 1 992 | 2 193 | 2 782 | 25 024 |
| Finanskostnader | 8 119 | 8 212 | 8 580 | 8 081 | 8 328 | 8 340 | 11 838 | 12 061 | 12 179 | 12 234 | 12 229 | 12 381 | 122 582 |
| Finansresultat | -8 113 | -6 166 | -5 922 | -6 471 | -7 682 | -4 746 | -9 478 | -8 751 | -10 352 | -10 242 | -10 036 | -9 599 | -97 558 |
| Ordinært resultat | -10 200 | -29 412 | 19 579 | -90 140 | -21 722 | -8 285 | -81 714 | -46 569 | -18 562 | -6 953 | 6 363 | -112 385 | -400 000 |

TABELL 5 - Rammetildeling til klinikkene for 2012

Beløp i tusen kroner

| Klinikk 1) | Eksterne inntekter | | | Utgiftsramme | | | DRG-poeng 2) | | |
|-------------------------|--------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|-------------------|----------------|-----------|-----------------|
| | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 | 2012 |
| | Ordinær drift | Øremerket | Totalt budsjett | Ordinær drift | Øremerket | Totalt budsjett | Ordinær drift | Øremerket | Totalt budsjett |
| A | 254 831 | 63 861 | 318 692 | 1 662 112 | 63 861 | 1 725 973 | 0 | 0 | 0 |
| B | 51 578 | 55 836 | 107 414 | 938 160 | 55 836 | 993 996 | 27 072 | 0 | 27 072 |
| C | 283 313 | 40 555 | 323 868 | 1 626 792 | 40 555 | 1 667 347 | 51 054 | 0 | 51 054 |
| D | 56 266 | 141 178 | 197 444 | 1 222 696 | 141 178 | 1 363 874 | 32 994 | 0 | 32 994 |
| EG | 67 923 | 250 101 | 318 024 | 1 696 193 | 250 101 | 1 946 294 | 61 894 | 0 | 61 894 |
| F | 7 317 | 47 944 | 55 261 | 751 468 | 47 944 | 799 412 | 29 893 | 0 | 29 893 |
| H | 21 532 | 11 991 | 33 523 | 1 940 437 | 11 991 | 1 952 428 | 7 798 | 0 | 7 798 |
| I | 427 448 | 182 309 | 609 757 | 1 689 144 | 182 309 | 1 871 453 | 70 | 0 | 70 |
| J | 192 855 | 2 500 | 195 355 | 1 807 990 | 2 500 | 1 810 490 | 0 | 0 | 0 |
| | 0 | 159 944 | 159 944 | 347 431 | 159 944 | 507 375 | 0 | 0 | 0 |
| | 0 | 0 | 0 | 742 255 | 0 | 742 255 | 0 | 0 | 0 |
| | 0 | 137 384 | 137 384 | 0 | 137 384 | 137 384 | 0 | 0 | 0 |
| | 15 063 788 | 0 | 15 063 788 | 2 304 615 | 0 | 2 304 615 | 1 928 | 0 | 1 928 |
| | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | -6 176 | 0 | -6 176 |
| Sum Klinikker mv | 16 426 851 | 1 093 603 | 17 520 454 | 16 729 293 | 1 093 603 | 17 822 896 | 206 527 | 0 | 206 527 |

Noter:

- Budsjettene er basert på eksisterende organisasjonsstruktur. Endringer i denne vil medføre endringer i klinikkenes budsjetter.
- Antall DRG-poeng og den klinikkvise fordelingen av DRG-poeng vil kunne bli endret som følge av endringer i registreringspraksis, intern fordeling, nye DRG-vektorer, ny grupper mv.
- Inntektene på Fellesposter er i hovedsak Basisramme og DRG-inntekter.
- Utgiftene på Fellesposter er i hovedsak avsetning til lønnsoppgjør, pensjon (mye av pensjonskost.ligger hos klinikkene), overlegepermisjoner, biologiske legemidler, gjestepasienter, avskrivninger og en risikoavsetning

TABELL 6 - Rammetildeling for Klinikk psykisk helse og avhengighet 2012

Beløp i tusen kroner

| Utgiftsramme 2011 | | 1 697 866 |
|-----------------------------------|--|------------------|
| Endringer gjennom 2011 | Budsjettrevisjoner tom Lønnsoppgjør 2010 | 43 990 |
| | Budsjettrevisjoner 2011 | -447 |
| | Overføring til andre klinikker, utdanningsstipendier | -1 100 |
| | Overføring til andre klinikker | -3 291 |
| Endringer for 2012 | Balanserte endringer knyttet til øremerkede inntekter | 0 |
| | Balanserte endringer knyttet til klinikkens ordinære drift | -36 581 |
| | Kompensasjon for lønnsoppgjør 2011 (12-mnd-effekt) | 44 369 |
| | Prisjustering drift 2012 | 4 464 |
| Nasjonale kompetansetjenester | Prisjustering eksisterende tjenester (3,3%) | 766 |
| | Tildeling av 2 nye kompetansetjenester | 4 449 |
| Tildelinger fra HSØ | LAR, overføring til Ahus | -21 725 |
| | Korreksjon TSB hovedstaden | -23 000 |
| | Kompensasjon for bortfall av historisk gjestepas.oppgjør TSB | 4 000 |
| | Gjestepasientoppgjør VOP 2011,korrigert pga datafeil | -5 237 |
| | RASP- utvidet kapasitet (spiseforstyrrelser) | 10 000 |
| | Hørsel og psykisk helse- årseffekt av bevilgning 2011 | 1 650 |
| | Hørsel og psykisk helse, utvidet døgntilbud | 3 300 |
| | Særreaksjonsordning, dømte til behandling | 1 500 |
| | Soningsenhet for ungdom under 18 år | 1 000 |
| | Prisjustering av dommerassistert narkotikaprogram | 0 |
| Budsjett utgiftsramme 2012 | | 1 725 973 |

| Eksterne inntekter 2011 | | 336 588 |
|---|--|----------------|
| Endringer for 2012 | Balanserte endringer knyttet til øremerkede inntekter | 0 |
| | Balanserte endringer knyttet til klinikkens ordinære drift | -36 581 |
| | Prisjustering (Gjestepas, pol. kons. og andre innt. 3,3%) | 8 594 |
| Nasjonale kompetansetjenester | Prisjustering eksisterende tjenester (3,3%) | 766 |
| | Tildeling av 2 nye kompetansetjenester | 4 449 |
| Tildelinger fra HSØ | Særreaksjonsordning, dømte til behandling | 1 500 |
| | Soningsenhet for ungdom under 18 år | 1 000 |
| | Insentivmidler poliklinikk psyk. (HSØ) | 2 376 |
| | Prisjustering av dommerassistert narkotikaprogram | 0 |
| Budsjett eksterne inntekter 2012 | | 318 692 |

TABELL 7 - Bemanningsbudsjett for 2012

| Klinikk | | Brutto årsverk 1) | | | Brutto årsverk 2012 1) | | |
|---------|---|-------------------------|-------------------|---------------|------------------------|------------------|---------------|
| | | Faktisk i desember 2011 | Gjennomsnitt 2011 | Budsjett 2012 | Øremerkede midler | Ordinær drift 3) | Budsjett 2012 |
| A | Klinikk psykisk helse og avhengighet | 2 307 | 2 369 | 2 263 | 68 | 2 195 | 2 263 |
| B | Medisinsk klinikk | 1 331 | 1 363 | 1 186 | 71 | 1 115 | 1 186 |
| C | Klinikk for kirurgi og nevrofag | 2 078 | 2 084 | 1 936 | 43 | 1 893 | 1 936 |
| D | Kvinne- og barneklubben | 1 748 | 1 760 | 1 735 | 146 | 1 589 | 1 735 |
| EG | Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon | 2 470 | 2 494 | 2 385 | 357 | 2 028 | 2 385 |
| F | Hjerte-, lunge- og karklubben | 786 | 772 | 736 | 36 | 700 | 736 |
| H | Akuttklubben | 2 257 | 2 251 | 2 181 | 12 | 2 169 | 2 181 |
| I | Klinikk for diagnostikk og intervensjon | 2 091 | 2 082 | 2 083 | 220 | 1 863 | 2 083 |
| J | Oslo sykehuservice | 1 730 | 1 765 | 1 569 | 3 | 1 566 | 1 569 |
| | Kreftregisteret | 128 | 122 | 135 | 135 | 0 | 135 |
| | Staben 2) | 301 | 309 | 332 | 74 | 258 | 332 |
| | Ufordelt | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | OUS Totalt | 17 231 | 17 376 | 16 541 | 1 165 | 15 376 | 16 541 |

- 1) Brutto månedsverk, inkl eksternt finansierte
- 2) Økningen i brutto årsverk for Staben skyldes at Behandlingsreiser er overført til Staben fra Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon. I tillegg er det en økning i budsjetterte årsverk for tillitsvalgte
- 3) Konvertering av lønnsmodell for overleger (A2 - Alternativ modell) påvirker budsjetterte brutto årsverk for 2012

TABELL 8 - Investeringsbudsjett for 2012

Beløp i millioner kroner

| Ordinær drift | Budsjett 2012 |
|--|----------------------|
| IKT 1) | 20 |
| Medisinskteknisk utstyr | 158 |
| Bygg | 75 |
| Annet | 62 |
| Sum investeringer ordinær drift finansiert i 2012 | 315 |
| Investeringer som er godkjent og finansiert tidligere år | 47 |
| Sum investeringer ordinær drift som gjennomføres i 2012 | 362 |

1) Investeringer i IKT balanseføres i regnskapet til Sykehuspartner

| Omstilling | Budsjett 2012 |
|-----------------------------|----------------------|
| Omstillingsinvesteringer 2) | 572 |

2) Finansieringen er ikke endelig avklart med Helse Sør-Øst RHF

| IKT (forutsatt regionalt finansiert) | Budsjett 2012 |
|---|----------------------|
| Felles klinisk informasjonsgrunnlag | 110 |
| Nytt stråleterapisystem | 13 |
| Fødejournal | 20 |
| Felles IKT-plattform (Fase 1) | 3 |
| Sum investeringer IKT | 146 |

TABELL 9 - Kontantstrømbudsjett for 2012

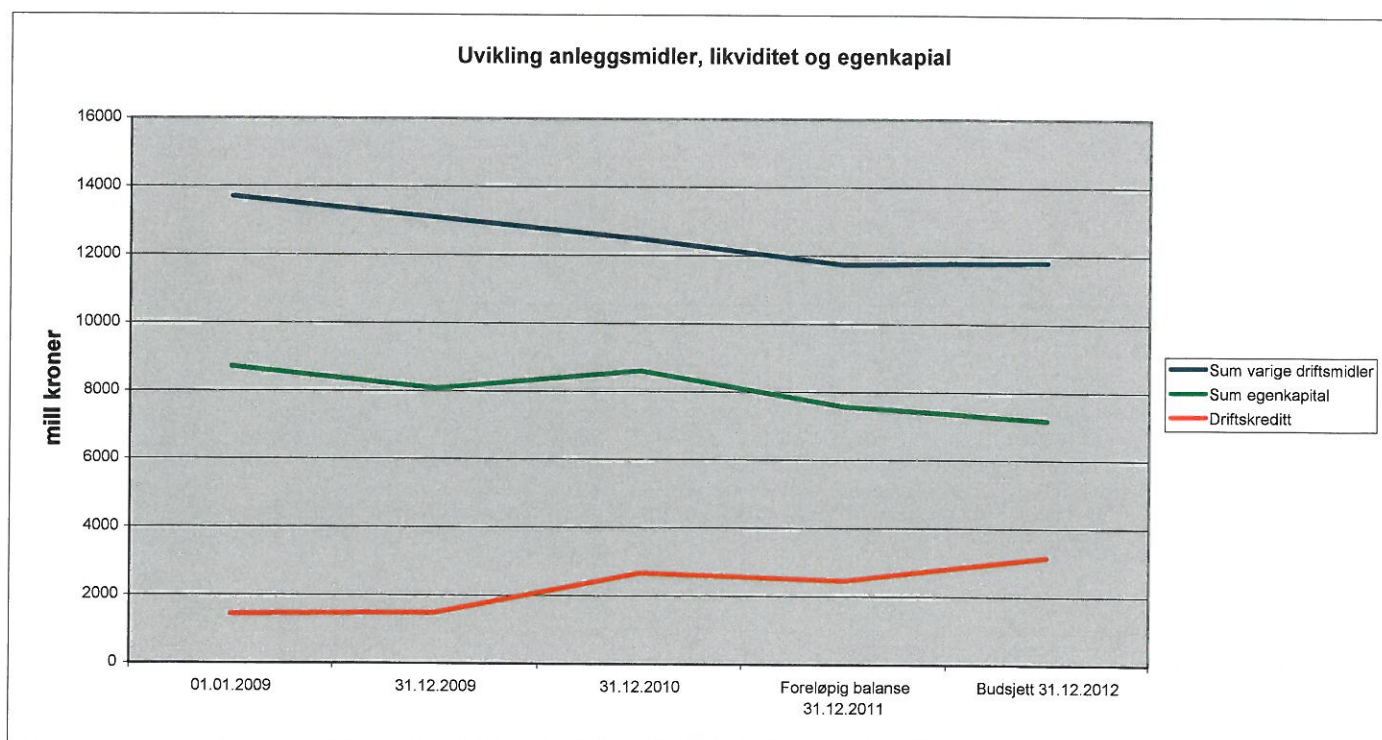
Beløp i millioner kroner

| Forenklet fremstilling av kontantstrømbudsjettet | Budsjett 2012 |
|--|----------------------|
| Inngående likviditetsbeholdning | -2 464 |
| Årsresultat | -400 |
| Periodiseringer (endring kortsiktige fordringer/gjeld) | -202 |
| Inntekter og kostnader uten likviditetseffekt | 11 |
| Likviditet fra drift | -592 |
| Finansiering av investeringer til videreføring av drift | 315 |
| Finansiering av omstillingsinvesteringer | 553 |
| Investeringer knyttet til videreføring av drift (ekskl. IKT på 20 mill.kr) | -342 |
| Omstillingsinvesteringer | -571 |
| Andre investeringer (egenkapital til pensjonskasser) | -15 |
| Økt langsiktig lån til Sykehuspartner | -48 |
| Likviditet fra investeringer og finansiering | -108 |
| Utgående likviditetsbeholdning | -3 164 |

TABELL 10 - Balansebudsjett for 2012

Beløp i millioner kroner

| EIENDELER | 01.01.2009 | 31.12.2009 | 31.12.2010 | Foreløpig balanse 31.12.2011 | Budsjett 31.12.2012 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------------------------|---------------------|
| Tomter, bygninger og annen fast eiendom | 10 316 | 10 762 | 10 622 | 10 065 | 9 561 |
| MTU, inventar, transportmidler og lignende | 1 697 | 1 350 | 1 315 | 1 309 | 1 322 |
| Anlegg under utførelse | 1 696 | 987 | 554 | 366 | 937 |
| Sum varige driftsmidler | 13 710 | 13 099 | 12 491 | 11 741 | 11 820 |
| Sum finansielle anleggsmidler | 961 | 2 681 | 4 555 | 4 855 | 5 145 |
| Sum omløpsmidler | 2 752 | 1 579 | 1 540 | 1 481 | 1 267 |
| SUM EIENDELER | 17 424 | 17 359 | 18 585 | 18 076 | 18 232 |
| EGENKAPITAL OG GJELD | 01.01.2009 | 31.12.2009 | 31.12.2010 | Foreløpig balanse 31.12.2011 | Budsjett 31.12.2012 |
| Sum egenkapital | 8 708 | 8 081 | 8 615 | 7 581 | 7 181 |
| Sum avsetninger for forpliktelser | 1 822 | 2 229 | 1 990 | 2 629 | 2 583 |
| Sum annen langsiktig gjeld | 1 502 | 1 644 | 1 681 | 1 510 | 1 670 |
| Driftskreditt | 1 448 | 1 498 | 2 677 | 2 467 | 3 164 |
| Annen kortsiktig gjeld | 3 944 | 3 907 | 3 623 | 3 889 | 3 634 |
| Sum kortsiktig gjeld | 5 392 | 5 405 | 6 299 | 6 356 | 6 798 |
| EGENKAPITAL OG GJELD | 17 424 | 17 359 | 18 585 | 18 076 | 18 232 |



Klinikk**Klinikk Psykisk helse og avhengighet - PHA****DEL 1 – KLINIKK****1. Nøkkeltall for klinikken:**

| | |
|--|------|
| Brutto årsverk desember 2011 ¹ | 2215 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 2144 |
| Behov for reduksjon i brutto årsverk ¹ | 74 |
| Klinikkens planlagte reduksjoner i brutto årsverk ¹ | 74 |

| År | 2011 | 2012 |
|---|------|------|
| Estimert antall DRG poeng ² | | |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ³ | | (*) |
| Estimert antall pasientopphold | | |
| Antall senger i klinikken | | |

(*) Overordnet målsetting på aktivitetsvekst for 2012

- 1,5 % for psykisk helsevern barn og ungdom
- 3 % for psykisk helsevern voksne
- 2 % for TSB

2. Tilpasning av aktivitet***Tilpasning av kapasiteten til nye plantall***

Det meste av overføringen av ansvar og oppgaver ble overført til AHUS pr 01.1.2011, bortsett fra noe gjenstående innenfor Senter for Rus og avhengighet og Senter psykisk helse barn og ungdom - spesialiserte funksjoner, bl. a innen døgnplasser til barn og ungdom.

Budsjettet og bemanningen er til passet den tildelte utgiftsrammen og budsjetterte aktiviteter er basert på tilrettelagt kapasitet.

Oppgavedeling og samhandling

Klinikken har løpende dialog med psykiatrisk divisjon på Ahus, særlig knyttet til endringer i opptaksområdet og sitter sammen med de private sykehusene i Oslo for å utarbeide felles områdeplaner. Vi har faste samarbeidsmøter med bydelene på alle nivåer fra direktører til ledere på lavere nivåer for å drøfte felles utfordringer og enkelt pasienter. Det er særlig kronisk syke og pasienter med rus og samtidig psykisk lidelse det er sterkest samhandling i forhold til. Det vil bli tatt initiativ, spesielt overfor Medisinsk klinikk, for å øke kommunikasjon og samhandlingen mellom klinikkene. I tillegg har vi OUS prosjektet - Samhandlingsarena Aker – der flere klinikker og Oslo kommune er involvert.

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen**Alderspsykiatri:**

I utkastet til områdeplan for psykisk helse er dette omtalt. Dagens tilbud til pasientene er som følger:

- Tilbudet i OUS består av: Én poliklinikk på Grønland med ambulerende virksomhet, gruppetilbud og individuelle konsultasjoner. På Dikemark i Asker er det 27 døgnplasser.

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger, gjennomsnitt for budsjett 2012

² DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

³ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

- Tilbudet ved Diakonhjemmet består av 23 døgnplasser og én poliklinikk, alt lokalisert på Tåsen.

Fremtidig utvikling av tilbudet:

En egen arbeidsgruppe bestående av representanter fra de to fagmiljøene har vurdert organiseringen av alderspsykiatrisk virksomhet i Oslo-området. Den konkluderte blant annet med at det på det nåværende tidspunkt er vanskelig med full sammenslåing, fordi det foregår store interne endringer ved begge avdelingene. Gruppen konkluderer med at det på sikt vil være det beste med full sammenslåing organisert under ett av helseforetakene.

Prosjektrapport er oversendt OUS-nivå 1 og ledelsen på Diakonhjemmet sykehus. Videre initiativ bør tas på direktørnivå, når områdeplanen er behandlet.

Rus og avhengighet. I 2012 overføres 23 mill kr til Ahus innenfor Rus og avhengighet som del av overføringen av Alna og Follo. Det er særlig innenfor avgiftning at Ahus overtar pasienter. Innenfor førstegangpsykososer vil vi be de private sykehusene om å betale for egne pasienter.

Barn og ungdom. Vestre viken og Ahus slutter å kjøpe plasser ved vår ungdomsavdeling fra hhv 1.4 og 1.7.2012

Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Klinikken fortsetter arbeidet med å redusere senger og dagtilbud og bygger opp poliklinisk og ambulant drift. Dette gir et mer målrettet tilbud til pasientene og gjør at vi kan organisere driften mer arena fleksibelt. Tiltaket reduserer kostnadene samtidig som det også genererer inntekter.

3. Oppsummering av planene i klinikken for å imøtekomme budsjettkrav for 2012

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer senternivå

| Avdeling | Brutto årsverk ¹ desember 2011 | Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012 |
|-----------------------------|--|--|
| Rus og avhengighet. SRA | 392 | 367 |
| Land og Region. LoR | 475 | 491 |
| Lokalfunksjoner. LOK | 968 | 978 |
| Barn og Ungdom. BUP | 321 | 275 |
| Forskning og utvikling. FoU | 45 | 55 |
| Stab | 14 | 21 |
| Generelt | | -43 |
| Sum | 2215 | 2144 |

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

| Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012 | Er tiltaket: Nytt, endret eller uendret?* | Økonomisk effekt (mill kroner) |
|---|--|--------------------------------------|
| SRA. Redusere antall plasser med 32 | Uendret | 49 |
| LoR. Nedleggelse av Magnusgt fra 02.01.12 | Uendret | 5.5 |
| BUP. Dimensjonering av spesial avd. til red. opptaksområde | Uendret | 20 |
| LOK. Nedleggelse av 6 behandlingsplasser | Uendret | 10 |
| Generelt. Etablering av vikarpool og strengere godkjenning ved bruk av ekstravakter / overtid. | Uendret | 32.8 |

*Fra styrebehandlingen 15.des 2011

Nye eller endrede tiltak etter styrebehandlingen 15.des 2011

Ingen ytterligere tiltak på nåværende tidspunkt. Budsjettforutsetningene med konsekvenser vil bli løpende vurdert opp mot regnskapsmessig situasjon og framdriften i bemanningstilpasningen med eventuell endret effekt mot budsjett.

4. Reduksjon i kostnader mv. (nærmere omtale av tiltak på utvalgte områder).

Legeressurser

Klinikken legeressurser er tilpasset budsjettet ifb med virksomhetsoverdragelse til Ahus i 2010. Senter for Rus og avhengighet har behov for flere hjemler (NR id), noe klinikken delvis tror skal løses gjennom intern omfordeling av hjemler.

Pleieressurser

Klinikken dreier pasientbehandlingen fra inneliggende pasienter til mer areafleksibel og poliklinisk behandling. Gjeldende OUS bemanningsnorm innføres i klinikken hvor det er hensiktsmessig. Klinikken har stort fokus på reduksjon av bruk av ekstravakter, blant annet ved gjennomgang av turnusplaner og ny vurdering av ansatte som av forskjellige årsaker har fått unntak fra turnus. Eget ressurscenter for å dekke midlertidige arbeidskraftsbehov etableres med potensielt overtallige og ekstravakter. Ressurssenteret skal dekke behovet før avdelingen kan lyse ut vikariater eller leie inn ekstravakt.

Andre arbeidsressurser

Inkludert i bemanningstilpasningen innenfor tildelt utgiftsramme totalt sett.

Drift av operasjonsstuer

Ikke gjeldende for Klinikken.

Planlegging av poliklinisk virksomhet

Personell i poliklinikken deltar ikke i vakt på kveld/natt og helg. DPSene har ikke vaktordninger. deltar imidlertid i en øyeblikkelig hjelpfunksjon på dagtid internt i DPS-et

Årsplan for gjennomføring av virksomheten

Strategisk plan for klinikken ferdigstilles i disse dager. Handlingsplaner og årsplaner vil bli utarbeidet basert på denne, samt inkludere de nødvendige tilpasninger og aktiviteter som ligger inkludert i budsjettet.

Begrensninger i fullmakter for lønnsfastsettelse, arbeidstid og tilkalling av ekstra personell

Klinikkleder må godkjenne alle lønnsfastsettelser utover tarifflønn. Avdelingsleder godkjenner innleie av ekstrapersonell og overtid.

Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Klinikk HR har basert på input fra Sentral HR videresendt en bestilling til klinikken sentre og bedt om en oversikt på angjeldende avtaler. Gjennomføringen vil avhenge av tilbakemeldingen fra sentrene. Det estimeres en ikke ubetydelig effekt uten at det er mulig å kvantifisere den på nåværende tidspunkt. Det er bedt om en felles oppsigelse av avtalene på foretaksnivå da mange av avtalene er klinikkovergripende.

Reduksjon i innkjøpskostnader

Det er kommunisert et krav om sterkere kostnads bevissthet ut i klinikken. I forbindelse med budsjettarbeidet gjennomføres en kritisk vurdering av kostnadsnivåene på de ulike artene på alle områder i klinikken.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Det arbeides med å bringe fullmaktstrukturen i overensstemmelse med organisasjonen og ansvarsforhold, samt oppdatere innkjøpsystemene og faktura håndteringssystemene. Arbeidet inkluderer også en gjennomgang av beløpsgrensene opp mot fullmaktsnivåene. Nødvendig opplæring gjennomføres for å kunne forstå og bruke ulike systemer.

5. Gjennomføring av bemanningsreduksjoner

Klinikken fortsetter omorganiserings- og nedbemanningsprosess startet i 2011. Dette gjelder fullføring av omorganisering av BUP, nedleggelse av behandlingshjem i Magnusgate og organisasjonsendring som følge av budsjettnedtrekk i SRA. Forventet potensiell overtallighet er ca 100 årsverk. Som svar på sak 09/2012 angir klinikken at innplassering kan være fullført på klinikknivå innen uke 25. Dette forutsetter en stram etterlevelse av saksreglene i OUS (prosedyrer og spilleregler følges slavisk) og ingen uforutsette hendelser eller forsinkelser.

Klinikken arbeider med å redusere overtalligheten gjennom å etablere et ressursenter for å dekke midlertidige arbeidskraftsbehov. Noe av overtalligheten vil også reduseres gjennom en klinikkintern fortrinnsrett på ledige stillinger. Likevel ser klinikken at overtalligheten, totalt sett, ikke kan løses på kort sikt uten at dette gir budsjettmessige utfordringer. Klinikken vil i så måte måtte benytte avgangsstimulerende virkemidler.

6. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Klinikken hovedutfordring blir å balansere / saldere budsjettet inkludert de betydelige omstillings- og overtallighetskostnader som er knyttet til organisasjonsmessige endringer.

Det er inkludert i budsjettet kalkulerte kostnader på 32,8 mill kr knyttet til nødvendige omstillinger i klinikken.

Klinikken arbeider aktivt med å etablere tiltak som har som målsetting å dekke inn omstillings- og overtallighetskostnadene, samtidig som framtidig driftsorganisasjon etableres med overordnet målsetting om forsvarlig pasientbehandling.

Følgende tiltak etableres:

- etablering av vikarpool ved klinikken for å benytte overtallige ved nødvendige ekstravakter og overtid
- ytterligere reduksjon av ekstravakter / overtid ved strengere godkjenning ved vurdering av nødvendighet

Klinikken føler seg relativt trygg på gjennomføringen av de endringene som klinikken selv direkte kan påvirke – der klinikken ikke er avhengig av forhold utenfor klinikken.

Utfordringer / usikkerhet knytter seg til følgende områder:

- Tidsaspektet knyttet til gjennomføringen av bemanningstilpasningen
- Omstillings- og overtallighetskostnader som må håndteres av klinikken
- Usikkerhet knyttet til gjestepasienter
 - Utfakturering – dårlig historisk grunnlag, kun 2011
 - Kostnader – usikkerhet knyttet til omfanget utover det som er avtalt
- Endringer i tariffavtaler, inkludert lønns-, vakt og turnusforhold er ikke avklart

I forbindelse med bemanningstilpasningen i klinikken er det identifisert overtallighet som representerer avviklingskostnader hovedsakelig i følgende sentre:

- Barn og Ungdom
- Rus og avhengighet
- Land og Region

7. Medvirking

Generelt. Det er en løpende kontinuerlig kommunikasjon og involvering av tillitsvalgte, vernetjenesten, AMU og brukerrådene, både på klinikk-, senter og avdelingsnivå.

Alle pågående omstillingsprosesser foregår på avdelingsnivå. Lokale verneombud og lokale tillitsvalgte deltar i disse prosessene. Anbefalinger og konklusjoner blir drøftet i månedlige samarbeidsforum på senternivå. I enkelte tilfeller blir det innkalt til egne drøftingsmøter på senternivå. Senteret har et godt samarbeidet med vernetjenesten og tillitsvalgt.

Barn og Ungdom. I 2011 med krevende organisatoriske endringer, omstillinger og en vanskelig innplasseringsprosess, har vi hatt meget hyppige arbeidsmøter med tillitsvalgte og vernetjenesten. Det er et meget godt arbeidsklima, og vi har arbeidet oss fram til enighet og definert hva vi er uenige om. Vi har i 2011 opprettet et brukerråd i SHBU, med aktuelle organisasjoner. Vi har møter mellom brukerrådet og avdelingsledere/enhetsledere for å styrke brukermedvirkningen inn i virksomheten

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Pasientsikkerheten vurderes fra medium til stor risiko på grunn av en rekke forhold. Det ene er raskere turnover på behandlingen og færre på vakt. Store organisatoriske endringer kan forstyrre fokuset på pasientbehandling. Pasientene får ikke like god informasjon om behandlingen fra 1. linje pga hyppige endringer av tilbudene, særlig innen BUP og RUS. Klinikken har en gammel og manglende vedlikeholdt bygningsmasse og står derfor i fare for ikke å kunne hente ut rasjonaliseringsgevinster samt endre tilbudet i ønsket retning. En siste risiko er kompetanseflukt ved usikkerhet om arbeidsforhold.

Kompenserende tiltak vil være økt kvalitet i vurderingene og bedre opplæring av personale, gi våre samarbeidspartnere oppdatert informasjon samt økt farten i vedlikehold og ombygging av våre fasiliteter.

Det er moderat til alvorlig risiko for at **aktivitetsnivået** vil bli lavere med redusert sengekapasitet og dermed risiko for flere fristbrudd. Fare for nedgang i produksjon grunnet uhensiktsmessig bygningsmasse og vedlikehold. Videre er det relativt stor risiko for at enheter som rammes av nedskjæringer og overtallighet vil mangle fullt fokus på drift og behandling. Det viktigste tiltaket er å holde høy poliklinisk aktivitet og kapasitet på akutt funksjoner.

Arbeidsmiljøet vil påvirkes av at det vil bli strammet inn på fleksible ordninger og at færre vil være på vakt og dermed lavere beredskap. Med marginale bemanningsplaner og marginalt budsjett på ekstrahjelp, kan det være fare for AML-Brudd (overtidsbestemmelsene) Det er moderat til stor risiko for at usikkerhet blant ansatte vedrørende framtidige arbeidsforhold og fare for overtallighet vil påvirke arbeidsmiljøet negativt. Videre vil det være stor risiko for at problemet rundt håndteringen av de overtallige vil påvirke arbeidsmiljøet. Det er fare for økt sykefravær i gjennomføringsprosessen av nedbemanningen. Erfaring viser at sammenslåinger av enheter og nedbemanning må gis nødvendig tid og rom for tilpasning til ny organisasjon Det vil bli iverksatt tiltak for å bedre opplæringen med fokusere på informasjon, involvering og medvirkning. Det arbeides med tiltak i forhold til de overtallige 55+, for å sikre en god avslutning på et langt arbeidsliv. Andre overtallige vil bli plassert inn i ledige vikariater.

Risikoen for endring i Klinikkenes **Omdømme** vurderes som høy pga av store bemannings reduksjoner som berører i stor grad eldre kvinnelige ansatte, samt ufaglært arbeidskraft, der muligheten til å få seg alternativt arbeid er vanskelig. Reduksjon i antall senger og tilbud både innenfor Barn og unge og særlig innenfor Rus og avhengighet ansees også å kunne gi betydelig risiko for svekket omdømme.

Oppmerksomhet på kvaliteten og innholdet prosessene i forbindelse med overtallighet, mulig innplassering, bistand og kompensasjon i forbindelse med fratreden vil være avgjørende viktig for å unngå negativ oppmerksomhet og omdømmebelastning.

Klinikk

Medisinsk klinikk (MED)

DEL 1 – KLINIKK**1. Nøkkeltall for klinikken:**

| | |
|--|-------|
| Brutto årsverk Desember 2012 ¹ | 1.257 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 1.105 |
| Behov for reduksjon i brutto årsverk ¹ | 152 |
| Klinikkens planlagte reduksjoner i brutto årsverk ¹ pr. jan. 2012 | 82 |

| År | 2011 | 2012 |
|---|---------|---------|
| Estimert antall DRG poeng ² | 29.202 | 26.762 |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ³ | | |
| Estimert antall pasientopphold | 117.085 | 102.055 |
| Antall senger i klinikken | 251 | 235 |

2. Tilpasning av aktivitet*Tilpasning av kapasiteten til nye plantall*

Allerede ved sammenslåingen 2009 – 2010 så Medisinsk klinikk at større grep var nødvendig. Samlet økonomisk utfordring var 70 mill ved inngang OUS.

Budsjettene internt i Medisin etter sammenslåing var åpenbart skjevt fordelt og i stor grad historisk betinget. Vi så en mulighet i å ”starte på nytt” ved å forkaste historiske budsjetter og budsjettere fra bunn. Denne prosessen tar tid, men vi kom et godt stykke på vei for 2011 budsjett og vi fortsetter etter samme metodikk i 2012.

Stikkeord for prosess er: felles prinsipper, kostnadsbudsjett i henhold til forventet aktivitet, fokusområder (bemanningsnorm, legearbeidstid m.m.).

Aktivitetsreduksjonen fra HSØ på 773 DRG poeng er ikke innarbeidet på avdelingsnivå. Vi har p.t. ikke godt nok grunnlag for fordeling. Vi mener en skjønnsmessig fordeling basert på ufullstendig grunnlag kan redusere kvaliteten og komplisere oppfølging opp mot plantall, finansielle, HR og aktivitet.

I tillegg er det svakheter ved LR + modell og usikkerhet til KaFe’s (kodeansvarlig fagenhet) innvirkning på klinikkfordelingen av DRG. Fordrer stor involvering av fagmiljø.

Klinikken har identifisert enkelte områder hvor aktivitet skal reduseres (for eksempel gastro, hvor tiltak er konkretisert).

Aktivitetskrav 2011 er i store trekk håndtert med to isolerte endringer:

1. Klinikken er kompensert 1600 DRG (aktivitet utover plantall 2011) med tilhørende styrking av ramme på bakgrunn av prognose utarbeidet høsten 2011. Faktisk resultat er rundt 1850 DRG.
 - a. Isolert netto utfordring gitt aktivitet 1850 over plantall er på ca. 3,0 mill.
2. Redusert aktivitetskrav 773 DRG med tilhørende reduksjon i ramme.

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger, gjennomsnitt for budsjett 2012

² DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

³ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

Isolert nettutfordring avhenger av faktisk rett aktivitetsnivå og i hvilken grad små enheter kan tilpasse seg endret aktivitet.

Oppgavedeling og samhandling

- Klinikken har flyttet oppgaver som ikke er av øhjelps karakter til andre aktører i helsevesenet (førstelinjen) eller avviklet disse, selv om dette går ut over kvalitet og pasienttilfredshet.
- Klinikken arbeider for å redusere pågangen på polikliniske pasienter som skal til undersøkelser ved å flytte oppgaver over på avtalespesialister (endoskopi).
- Klinikken arbeider for å redusere omfanget av prehospital poliklinikk gjennom å utvikle ”utredningspakker” – undersøkelser som skal være utført før pasienten henvises til pol.klin us.
- Klinikken reduserer behovet for posthospital poliklinikk ved raskere å flytte pasienten tilbake til sin fastlege.
- Klinikken er dypt involvert i prosessen omkring samhandlingsarena Aker om å overflytte pasienter til lavere omsorgsnivå på vei hjem for å redusere liggetid og kostnader.
- Forventninger fra førstelinjen om at spesialisthelsetjenesten skal stille opp med personell og kompetanse, i en situasjon hvor man har redusert personell i klinikken, vil belaste klinikken ytterligere.

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

Utfordring for Medisinsk klinikk:

- Det meste av innleggelsene er ø.hjelp (>90 %). Det vil si at det er vanskelig å planlegge for at enkelte pasientgrupper og pasientforløp skal flyttes til andre foretak.
- Det er vanskelig å profitere på at deler av et behandlingsforløp flyttes til et annet foretak, pga kunnskapen om at oppstyking av forløp reduserer kvaliteten og øker liggetid.
- Medisinsk klinikk har et mindre opptaksområde i OUS enn kirurgi. Når klinikken likevel yter øhjelpsvurdering av disse pasientene når de ligger inne, er det strengt tatt oppgaver som teoretisk skulle vært tatt hånd om av andre foretak. Dette kan man selvsagt ikke praktisere men viser klinikkens utfordringer om å overlate aktivitet til andre.
- Medisinsk klinikk utfører helsehjelp for andre foretak i kraft av den spissede kompetanse vi har selv om pasientene skal taes hånd om i sitt lokalsykehus. Ett eksempel er konfereringvakten som er en del av Medisinsk klinikk sitt vaktskikt, men som yter mye hjelp til andre sykehus. Dersom man skal gi fra seg dette vil det gå ut over pasientbehandling.
- Det har vært en betydelig befolkningsvekst (alder og innflytting) i OUS’ opptaksområde. Medisinsk klinikk skal derfor ivareta øhjelpfunksjonen for flere personer enn tidligere beregnet.

Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Døgnpasienter ved Medisinsk klinikk utgjør i all hovedsak pasienter som legges inn for øyeblikkelig hjelp. Det klinikken kan avvikle av medisinsk behandlingstilbud må søkes å finne utenfor dette området.

Oppdraget til Medisinsk klinikk i denne leveringen er å gi en beskrivelse av avviklinger av det medisinske tilbud eller diagnostiske vurderinger. Siden øyeblikkelig hjelp utgjør så stor del av klinikkens oppgaver er det viktig at vi i dette oppdraget også synliggjør aktiviteter som klinikken utfører overfor andre helseforetak både i og utenfor vår region. Dette utføres fordi OUS på mange områder har de fremste fagmiljøene innen indremedisin i Norge. Av den grunn vil ofte pasienter med komplekse problemstillinger henvises hit, både elektivt og øyeblikkelig hjelp. Disse pasientstrømmene styres av faglige grunner uavhengig av tilhørighet.

I tillegg har klinikken regionale og nasjonale oppgaver innen hjertemedisin, infeksjon (høysmitte, bioterror), akuttmedisin (forgiftninger), lunge (Cystisk Fibrose, allergologi), nyre (alvorlig blodtrykkssykdom, sjeldne nyresykdommer), endokrinologi (sjeldne endokrine sykdommer eks. transseksualisme), geriatri (avansert demensutredning/unge demente, ME) og sykkelig overvekt. Dette er oppgaver som man ikke kan fjerne uten at det går ut over nasjonale oppgaver som må bygges opp andre steder. Ofte er dette også knyttet til øremerkede midler som også vil forsvinne.

Medisinsk klinikk har et mindre opptaksområde enn kirurgiske enheter/klinikker, men bruker betydelig ressurser på indremedisinsk utredning og behandling av pasienter utenfor eget opptaksområde som er innlagt i andre klinikker i OUS. Dette ble ikke tatt hensyn til ved beregning av nedtrekk i rammer som følge av overføring Ahus/Vestre Viken. Eksempel: utredning og behandling av kreftpasienter (endoskopisk ultralyd og stent-innleggelse).

Medisinsk klinikk vil bla iverksette følgende tiltak:

- a. Klinikken vil redusere antallet polikliniske besøk ved egen poliklinikk ved raskere overføring til egen fastlege.
- b. Arbeide for å overføre pasienter som kommer for utredning, til private avtalespesialister, særlig innen gastroenterologi og lungemedisin. Dette forutsetter at avtaler med disse spesialistene etableres.
- c. Sørge for at pasienter som tilhører andre sykehus i Oslo sykehusområde raskere kommer tilbake til ”modersykehuset”, - dersom de har nødvendige kompetanse.
- d. I tettere samarbeid med Oslo kommune utnytte Samhandlingsarenaen ved Aker sykehus for å frigjøre sengerressurser.

Av alle innleggelse i sykehusets akuttmottak er Medisinsk klinikk behandlingsansvarlige for ca 70 % av pasientene. Over 90 % av dette er øyeblikkelig hjelp, hvor konfereringsvakten vurderer om pasienten kan vente til neste dag/evt tilsees ved øhj.poliklinikk. Klinikken har også en observasjonspost der 50 % av pasientene utskrives i løpet av 24 timer.

3. Oppsummering av planene i klinikken for å imøtekomme budsjettkrav for 2012

Avdelingene i Medisinsk klinikk har til sammen identifisert 35 ulike tiltak for å imøtekomme budsjett 2012. Tiltakene har vi delt inn i tre hovedområder; bemanningsreduksjon/tilpasning, aktivitetstilpasning og strukturelle tiltak.

Medisinsk klinikk har videreført budsjettarbeidet som startet 2010 og har valgt som hovedstrategi for å imøtekomme 2012 – kravene:

1. Involvering av ledergruppene i avdelingene, klinikktillitsvalgte, klinikkverneombud samt sentrale stabspersoner.
2. Bygge opp et budsjett fra bunnen med ytterligere presiseringer fra arbeidet i 2010
3. Videreutvikle de 4 prinsipielle vedtakene fra 2010
 - a. Videreutvikle generell indremedisinsk avdeling
 - b. Legge til grunn en bemanningsnorm for sengepostene
 - c. Gjennomgang av klinikkens innkjøpsprosedyrer
 - d. Gjennomgang av legearbeidstid

Medisinsk klinikk praktiserer bemanningsnorm på sengeposter i 2011 i henhold til OUS' nye retningslinjer og sett på reduksjon av legers UTA-tid. Gjennom å redusere aktivitet og gjennomføre strukturelle tiltak reduserer klinikken ytterligere bemanning for å imøtekomme budsjettkrav.

Klinikken foretar en reallokering av noen mindre enheter og samler 3 (4) fagområder i en stor felles sengepost/driftsenhet. Ved å sentralisere de små enhetene er det forventet å kunne redusere antall senger i klinikken med 16.

Klinikken øker sin dagbehandlingsaktivitet og vil innføre økt tilbud om øyeblikkelig hjelp (ø.hj.) poliklinikk. Reduksjon av senger og bemanning utover foreslåtte tiltak kan få konsekvenser for vårt "sørge for" ansvar.

Klinikken har flere tiltak ift. Aktivitetstilpasning; overføre pasienter fra døgn- til dagbehandling, redusere antall polikliniske kontroller ved å la pasientene overføres tidligere til fastlegene, avvikling av beredskapsvakt på Aker og ikke avtalt beredskapsfunksjon for andre sykehus.

Det er vanskelig å identifisere flere tiltak som reduserer pasienttilbudet da klinikken driver begrenset mengde elektiv døgnvirksomhet. Klinikken har plikt til å ta imot ø.hj. pasienter vil og må ivaretas. I tillegg må pålagte oppgaver som forskning og utdanning sikres.

Ved en ytterligere reduksjon utover de nevnte 16 sengene, kan Medisinsk klinikk alene ikke håndtere pasienter som innlegges. Med 90 % ø.hj. innleggelser og et pasientbelegg på gjennomsnittlig 98 %, i gamle, lite driftseffektive lokaler vil ytterligere nedtrekk medføre uakseptabel reduksjon i kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen.

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå

| | Bruttoårsverk desember 2011 | Bruttoårsverk innen budsjett 2012 | Behov for reduksjon fra des |
|---|-----------------------------------|---|-----------------------------------|
| MED AKUTTMEDISINSK AVDELING | 172 | 161 | 11 |
| MED GASTROMEDISINSK AVDELING | 84 | 81 | 3 |
| MED GENERELL INDREMEDISINSK AVDELING | 97 | 87 | 10 |
| MED GERIATRISK AVDELING | 189 | 175 | 14 |
| MED HJERTEMEDISINSK AVDELING | 65 | 57 | 8 |
| MED HJERTEMEDISINSK AVDELING (fra F) | 158 | 109 | 49 |
| MED INFEKSJONSMEDISINSK AVDELING | 115 | 107 | 8 |
| MED LUNGEMEDISINSK AVDELING | 109 | 99 | 10 |
| MED AVDELING FOR KLINISK SERVICE | 81 | 80 | 1 |
| MED NYREMEDIKINSK AVDELING | 84 | 81 | 3 |
| MED ENDO, FOREBYGG og FEDME | 65 | 66 | -1 |
| MED STAB | 38 | 35 | 3 |
| Omorganisering sengepost | | -20 | 20 |
| Redusjon i aktivitet HSØ krav | | -24 | 24 |
| Avsatt risiko 1-2-3 mat, reduksjon aktivitet HSØ krav og tiltak | | 11 | -11 |
| | 1 257 | 1 105 | 152 |

Kommentar: alle bemanningsreduksjoner er i henhold til tiltak foruten hjertemedisinsk avdeling (fra F) hvor det er lagt en usaldert i henhold til fremføring av historisk ramme på ca. 44 brutto årsverk. "Bruttoårsverk innen budsjett 2012" er beregnet ved å ta "brutto årsverk november" – "effekt av tiltak".

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

| Virkemidlene for å redusere kostnadene I2012 | | Effekt på antall årsverk | Økonomisk effekt (mill kroner) |
|---|---------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Omorganisering av sengeposter | Uendret | -20 | -12 000 |
| Akuttgeriatriske pasienter flyttes fra Aker til Ullevål | Uendret | -18 | -9 160 |
| Reduserte varkostnad Hinas på hjerte (fra F) | Uendret | 0 | -6 000 |
| Redusere med 1200 kolonoskop Gastro | Uendret | -3 | -2 460 |
| Avvikle beredskapsvakt Aker Hjerte | Uendret | -3 | -2 310 |
| Avslutte aktivitet Aker Lunge | Uendret | -6 | -2 243 |
| Avvikle Hjerterehabilitering | Uendret | -4 | -2 052 |
| Nedlegge sykehjemsprosjektet Akutt | Uendret | -4 | -2 014 |
| Områdefunksjon endoskopi Gastro | Uendret | -3 | -1 358 |
| Reduksjon i tuberkolosekoordinatorer Lunge | Uendret | -1 | -538 |
| Fullføring av bemanningsnormer (i gang satt 2011) | Uendret | -11 | -6 050 |
| Andre tiltak | Uendret | -9 | -7 403 |
| | | -82 | -53 588 |

Kommentar: Medisinsk klinikk har en tiltakspakke som dekker 82 bruttoårsverk. Fra tabellen vedrørende årsverksreduksjon pr avdeling ser vi et behov for reduksjon på 152 brutto årsverk.

Avviket på 70 er som følger:

1. 44 brutto årsverk som følge av videreførte historiske budsjetter på tilførte enheter (farget boks-relle tiltak 5)
2. 11 brutto årsverk som endring av faktisk brutto årsverkstall november til desember
3. Rest 15 fremkommer av stram budsjettering med endrede prinsipper (eks. variabel lønn) og usikkerhet i beregningsmetode brutto årsverk

Nye eller endrede tiltak etter styrebehandlingen 15.des 2011

Tiltakene vi nå ser er av sykehusovergripende karakter. Dette innebærer at arbeidsoppgaver flyttes mellom enheter hvor de kan utføres med mindre ressurser. Spesielt gjelder dette fra service-enheter til kliniske. En slik endring må være gjennomgående for hele OUS for at tilstrekkelig effekt skal oppnås og i all hovedsak innebærer dette en endring i hvordan arbeidet organiseres.

4. Reduksjon i kostnader mv. (nærmere omtale av tiltak på utvalgte områder).

Legeressurser

Klinikken har korte tjenesteplaner og kjøper legetid i forhold til oppdrag.

Pleieressurser

Medisinsk klinikk har med få unntak, innført bemanningsnorm på alle sengeposter. Det er slått sammen 3 avdelinger i 2011, og det planlegges å slå sammen små fagområder i felles sengepost i 2012. Klinikken har etablert en bemanningsenhet, hvor restbrøk for vel 100 sykepleiere i delt stilling blir håndtert avdelingsovergripende. Dette er en konsekvens av bemanningstilpasninger 2011. Etablering av bemanningsenheten gjør det mulig, raskt å ta ned ressurser, om samhandlingsreformen med kommunen går i henhold til det som er avtalt. Bemanningsenheten er prosjektorganisert, hvor klinikken har fått prosjektmidler over 3 år tildelt av Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Andre arbeidsressurser

Klinikken har svært begrenset bruk av eksterne konsulenter, og har tiltak for å redusere innleie til et minimum herunder etablering av bemanningsenhet. Øvrige yrkesgrupper er redusert i henhold til overføringsgrad og andre tiltak.

Planlegging av poliklinisk virksomhet

Klinikken benytter LEAN som verktøy for kontinuerlig forbedring, også på poliklinikk.

Årsplan for gjennomføring av virksomheten

Avdelingene er kommet ulikt i dette arbeidet, men alle vil innføre 6 månedsplaner som minimum.

Begrensninger i fullmakter for lønnsfastsettelse, arbeidstid og tilkalling av ekstra personell

Lønnsfullmakt er ikke delegert fra klinikkleder. Før bruk av innleie og ekstravakter må tiltak som vurdering av behov og bruk av klinikkens bemanningsenhet prioriteres. Det tilstrebes god planlegging og struktur, da innføring av bemanningsnorm fordrer god kontroll på personellressursene for å minimere kostnader og OT/AML brudd.

Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Medisinsk klinikk har deltatt i dialog med OUS som ser på de klinikkovergripende avtalene klinikken er en del av. Klinikken hadde i utgangspunktet få avtaler utenfor avtaleverket, og disse er avviklet i 2011.

Reduksjon i innkjøpskostnader

Klinikken jobber sammen med klinikkens innkjøpskontakt for og gjennom kompetanseheving å skape kostnadskontroll og riktig bruk av inngåtte rammeavtalever.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Det er vanskelig for Medisinsk klinikk og ytterligere begrense antall ansatte med innkjøpsfullmakter, - klinikken må forholde seg til tre ulike innkjøpssystemer og må drifte deretter.

5. Gjennomføring av bemanningsreduksjoner

Ut fra utfordringsbildet, og behov for bemanningstilpasninger 2012, gjelder dette så stort volum av gjennomgående stillinger at det er behov for en ny prosess iht retningslinjer for OUS. Planen for dette er utarbeidet og drøftes uke 3. Klinikken er klar for gjennomføring av bemanningstilpasninger iht innmeldte tiltak fra uke 8.

På hvilket tidspunkt flere av de innmeldte tiltakene kan realiseres avhenger av forhold utenfor klinikken, som avviklingstidspunkt Aker, areal osv.

6. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Tiltakene definert er av en størrelsesorden som gir en utgangsfart 2012 i henhold til budsjettammer, foruten ett forhold. Enheter overført fra annen klinikk medio 2011 underlagt klinikkens hjertemedisinske avdeling har en historisk ramme heftet ved seg som er krevende å forstå.

For å opprettholde realistiske, men stramme budsjetter, som er med på å skape fortsatt god kostnadskontroll, velger vi å holde denne historisk betingede utfordring utenfor. Utfordring knyttet til disse enhetene vil være ca. 30 mill. NOK. I tillegg ser klinikken en utfordring knyttet til forsinket oppstart av tiltak på ca. 6 mill. NOK totale identifiserte restutfordring er med dette ca. 36 mill. NOK.

Når det gjelder hvilken grad effekten av virkemidlene har mot utfordringsbildet og oppnåelse av budsjettbalanse er det flere usikkerhetsmomenter. For lav økning i aktivitetskrav, reduksjonskrav fra HSØ, UK- meldte pasienter, ytterligere forsinket oppstart av tiltak. I bakgrunn av disse momentene er et eksakt tall for budsjettavvik 2012 krevende å avgi.

I tillegg har vi momenter som kan kreve økt bemanning som krav i forhold til brannvernsrunden, hvor det muntlig ble stilt spørsmål vedrørende klinikkens evne til å evakuere.

Vi praktiserer stramme prinsipper som bemanningsnorm, minstelønn og realistisk, men krevende variabelønskkrav. Dette kan ha konsekvenser som tap av kompetanse eksternt og internt i eget foretak (med økte kostnader for Medisinsk klinikk) og marginalt handlingsrom til å løse daglige oppdukkende problemstillinger.

7. Medvirking

Tiltak innmeldt ultimo desember 2011, har vært behandlet i klinikkens AMU med fokus på risikobildet, samt gjennomgått og drøftet med TV/VO. Da det på drøftetidspunkt var noe uklarheter omkring en del rammebetingelser, samt at klinikken har spilt inn forslag til klinikkovergripende tiltak, gjennomfører klinikken ny AMU behandling og drøftinger i uke 4.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Klinikkens totale risikobilde i forbindelse med gjennomføring av identifiserte tiltak settes på "gult". De tre hovedområdene risikovurderes under ett ifht de fire hovedområdene. Flere konsekvenser av tiltak kan ikke klinikken løse alene, men er avhengig av overordnede strukturelle grep og tiltak på sykehusnivå, et eksempel er korridorsenger.

Tiltakene vi nå ser er av sykehusovergripende karakter.

- **Pasientsikkerheten under behandling**

Klinikkens nåværende tiltak synes forsvarlig og går lite utover behandlingskvaliteten forutsatt at IKT løsninger er tilfredsstillende, god planlegging og lojalitet til beslutningene.

Klinikkens innførte bemanningsnorm kan medføre høyere arbeidsbelastning i perioder, noen som igjen kan øke fare for at uhell og feil oppstår.

Vi ser at reduksjon i sengetall kan øke klinikkens utfordring med overbelegg og korridorsenger. Dette kompenseres vi ved å ha fokus på fra døgn- til dagbehandling, kortere liggetid, effekt av nye rutiner for UK meldte pasienter og ved å benytte Samhandlingsarena Aker. I tillegg er klinikken avhengig av at Ous utnytter pasientsenger på tvers av klinikker eller gjør andre strukturelle grep.

- **Aktivitetsnivå**

Ved fortsatt å ha konstant fokus på ventelister og fristbrudd, streng prioritering av elektive rettighetspasienter samt langtidsplanlegging av legearbeid og poliklinisk aktivitet, vil ikke klinikken ha økning av fristbrudd

Klinikken vil ivareta lovpålagte oppgaver som å ta imot ø.hj. pasienter, men gjennomføring av budsjettreduserende tiltak vil få konsekvenser for andre tilbud i klinikken, eksempelvis "Sykehjemsprosjektet".

Klinikken ser seg også nødt til å redusere eller avvikle ikke budsjettert virksomhet til andre (klinikker og) sykehus. Dette vil medføre dårligere opplevd tilbud til pasientene, men kompenseres med heving av kompetanse og tilbud andre steder. Antall ø.hj. pasienter er økende og kan ikke styres, mens endring av tilbud til elektive pasienter skjer etter planlagt redusert budsjettert aktivitet.

Tiltak om effektivisering og nedskjæring kan redusere handlingsrommet for fag- og forskningsskolert personale til å drive utdanning, fagutvikling, forskning, kvalitetskontroll og innovasjon. Mindre tid til faglig utvikling og forskning vil på sikt medføre lavere kvalitet i pasientbehandlingen og gi redusert omdømme til pasienter og medarbeidere

- **Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)**

Innført bemanningsnorm stiller store krav til nøye planlegging og struktur for at det ikke skal gå utover arbeidsmiljø. En spesiell utfordring er Bygg 3 som er svært lite hensiktsmessig og har manglende fasiliteter.

Vi arbeider kontinuerlig for å overholde lover og avtaler. Etter innføring av bemanningsnorm er overholdelse av AML brudd en stor utfordring. Det gir også mindre mulighet for tilretteleggelse av IA tiltak.

Gjennomføring av kompetanseheving, videreutvikling og forskning samt lovpålagt opplæring krever nøye planlegging ifht aktivitet og turnus. Høyt arbeidstempo gir økt arbeidspress på ledere og ansatte.

Klinikk

Klinikk for kirurgi og nevrofag (KKN)

DEL 1 – KLINIKK**1. Nøkkeltall for klinikken:**

| | |
|---|------|
| Brutto årsverk Januar 2012 ¹ | 2002 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 1893 |
| Behov for reduksjon i brutto årsverk ¹ | 109 |
| Klinikken planlagte reduksjoner i brutto årsverk ¹ pr. jan. 2012 | 70 |

| År | 2011 | 2012 |
|---|----------------------------------|---|
| Estimert antall DRG poeng ² | 55059 | 53690 |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ³ | Ca -8,5% | +3,5% (Forutsetter en produktivitetsøkning på 12 % fra 2011-2012) |
| Estimert antall pasientopphold | 314 623 | 303 455 |
| Antall senger i klinikken | 455, inkl. ortopedisk hotellpost | Ca 420 -430 |

2. Oppsummering av planene i klinikken for å imøtekomme budsjettkrav for 2012

Klinikken har hatt flere budsjettdiskusjoner i ledergruppen. Gjennom dette er det valgt en strategisk tilnærming. Bemanningsreduksjonene er basert på denne tilnærmingen. Alle avdelinger har fått tildelt en foreløpig budsjettramme med tilhørende estimat på reduksjon i brutto årsverk.

Tilnærmingen ble valgt knyttet til de 5 nedenstående elementer:

1. Avdelinger med underskudd i 2011 kompenseres ikke for det og må håndtere det i 2012
2. **Gjennomføre/ slutføre overføringen til Ahus og Vestre Viken** med dertil nedtrekk av kapasitet (aktivitet og bemanning). Dette innebærer avvikle haleaktivitet i nevrologi, samt gjennomføre overføring til Vestre viken på ØNH og Øye (sistnevnte først juli 2012).
3. **Gjennomføre strukturelle grep**
 - Det er gjennomført en mulighetsvurdering ift å samlokalisere større deler av nevrokirurgisk avdeling på Gaustad. Dette vil, dersom det får ledelsesmessig tilslutning, innebære at større deler av ortopedisk virksomhet flyttes fra Gaustad til Ullevål for å gi kapasitet til nevrokirurgi (makebytte). Ved et slikt grep kan vi få større sengeenheter, og færre vaktlag. Det vil være lite bygningsmessige tilpasninger knyttet til dette.
 - Vurdere å fjerne døgnbemanning på pasienthotell
 - Konvertere til mer dagkirurgi på legevakten
4. **Effektivisere og øke produktiviteten**
 - Overføre pasienter tidligere til andre sykehus/fastleger/kommune; både ift inneliggende og polikliniske pasienter – vil friggi sengekapasitet og poliklinisk kapasitet
 - Samhandling i større utstrekning med Sunnås og de andre sykehusene i området
 - Overføre ortopedi til Diakonhjemmet etter avtale

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger, gjennomsnitt for budsjett 2012

² DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

³ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

- Bidra i videreutvikling av Aker som samhandlingsarena i relasjon til rehabilitering
- Vri pasientforløp til dagbehandling og dagkirurgi

Utnytte operasjonskapasiteten bedre; øhj på dagtid/raskere skiftetider/tidligere oppstart/bedre opr. planlegging/koordinering

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå

| Avdeling | Brutto årsverk ¹ januar 2012 | Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012 | Behov for reduksjon gitt resultat januar | Reduksjon bestilt avdeling* | Reduksjon bestilt avdeling*, inkludert flate kutt |
|--|---|--|--|-----------------------------|---|
| Avdeling for kompleks epilepsi | 218 | 213 | 5 | 0 | 4 |
| Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering | 58 | 52 | 6 | 3 | 4 |
| Avdeling for kjevekirurgi og sykehusodontologi | 23 | 23 | 0 | 0,5 | 1 |
| Avdeling for nevrorehabilitering | 34 | 34 | 0 | 0,6 | 1,2 |
| Avdeling for nevropsykiatri og psykosomatisk medisin | 21 | 21 | 0 | 0,5 | 1 |
| Avdeling for plastikk – og rekonstruktiv kirurgi | 91 | 85 | 6 | 10 | 12 |
| FOU avdelingen | 8 | 9 | -1 | 0 | 0 |
| Kirurgisk avdeling for barn (KAB) | 149 | 142 | 7 | 5 | 7 |
| Kirurgisk dagavdeling | 71 | 73 | -2 | 2 | 3 |
| Ortopedisk avdeling | 540 | 474 | 66 | 91 | 99 |
| Nevrokirurgisk avdeling | 268 | 255 | 13 | 13 | 20 |
| Nevrologisk avdeling | 183 | 175 | 8 | 17 | 22 |
| Stab | 14 | 14 | 2 | 0 | 0,5 |
| ØNH hals avdelingen | 108 | 107 | 1 | 5 | 8 |
| Øyeavdelingen | 218 | 215 | 3 | 10 | 13 |
| Sum KKN | 2004 | 1893 | 111 | 157,6 | 195,7 |

*Foreløpig bestilt nedbemanning gitt prognose oktober. Avdelingene har økt/reduisert sine utfordringer i januar som følge av endring i årsverksutvikling. Det er ikke bestilt endrede nedbemanninger som følge av endring årsverk da utslag i en måned kan være tilfeldige utslag fra en måned til en annen.

Klinikken vil ikke klare med de ovenstående grepene å komme i budsjettbalanse. Det har vært adressert inn til sykehusets ledelse at det må tas en overordnet prioriteringsdiskusjon på sykehusnivå basert på volum av øyeblikkelig hjelp pasienter, pasienter med rett til nødvendig helsehjelp, og særlig sårbare grupper (kreft, barn) om hvor de største kuttene i kostnadsramme og aktivitet skal tas. Ved budsjettrunde 4 har klinikken fått ytterligere kutt i kostnadsramme på ca 20 millioner, som nå til sammen innebærer bemanningsreduksjon på over 10%. Klinikken har også fått et aktivitetsnedtrekk fra 2011 til 2012 på 1200 DRG poeng (utgjør 2,5%). Vi har foreløpig ikke rukket å konkretisere hva dette vil bety i evt. ytterligere årsverksreduksjon. Det er ikke diskutert i ledergruppen eller med de tillitsvalgte.

Klinikken har desidert flest pasienter på venteliste i OUS, størst antall av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp og lengst ventetider. Klinikken har stor andel øyeblikkelig hjelp pasienter, ansvar for kirurgisk behandling av mange kreftpasienter; for eksempel hjernesvulster, ønh kreft, hudkreft og sarkomer. I tillegg har vi ansvar for det meste av kirurgisk behandling av barn med flere landsfunksjoner. Innen f.eks ortopedi, som har hatt en særdeles dårlig driftsutvikling, innebærer det foreløpig budsjettet redusert aktivitet som vil innebære krevende prioriteringer. Risiko for ytterligere økende ventelister og fristbrudd er reelt.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

| Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012 | Effekt på årsverk 2012 | Helåreffekt årsverk 2013 | Økonomisk effekt 2012 (mill kroner) | Helårseffekt 2013 (mill kroner) |
|---|-------------------------------|---------------------------------|--|--|
| Overføring Ahus/Vestre Viken * | 14,5 | 14,5 | 14,325 | 14,325 |
| Strukturelle grep: effekt samlokalisering plastikk kirurgi | 6,5 | 6,5 | 4,225 | 4,225 |
| Strukturelle grep: samlokalisering av større deler av nevrokirurgi på Gaustad | 6 | 12 | 3,875 | 7,75 |
| Strukturelle grep: samlokalisering av større deler av ortopedi på Ullevål | 24 | 39,5 | 17,9 | 29,4 |
| Generell effektivisering – redusere senger/fra døgn til dag | 26 | 39,9 | 16,4 | 26,7 |
| Øke inntekter | | | 5 | 5 |
| Varekostnader | | | 2,1 | 2,1 |
| Samhandling primærhelsetjeneste | 7,75 | 15,5 | 4,075 | 8,15 |
| Sum tiltak | 84,55 | 127,9 | 67 | 96,65 |

*Fra styrebehandlingen 15.des 2011

Nye eller endrede tiltak etter styrebehandlingen 15.des 2011

Det er ikke identifisert ytterligere tiltak i vesentlig grad etter styrebehandlingen 15.desember. Ortopedisk avdeling mener det vil være noe å hente på implantatsiden på ryggseksjonen. Effekten av dette tiltaket estimerer vi til 2 millioner kroner. Klinikken har derimot en del områder som vi ser det vil være mulig å hente ut effektiviseringsgevinster og som man vil jobbe videre med:

- 1) Arbeide videre med konvertering av inneliggende pasienter til dagbehandling og poliklinikk. Det er fortsatt noe potensial i forhold til å vri inneliggende aktivitet mot mer dagbehandling. En viktig faktor i dette arbeidet vil være å etablere en dagenhet for voksne på Kirurgisk dagavdeling, Rikshospitalet.
- 2) Fortsatt videre arbeid med bemanningsnormer. Det er allerede lagt inn store tiltak på pleietjenesten som krever reduksjon i bemanningsnormene. Det er allikevel noe å hente på standardisering av normene. Dette arbeidet tar vi nå fatt på og vil ha en prosess som vil ha frist til 1/6-2012.
- 3) Jobbe videre med ytterligere samlokaliseringsscenarioer. Klinikken har i løpet av 2011 sammenslått Plastikkirurgisk avdeling og deler av Ortopedisk avdeling. Det er en sentral forutsetning for budsjett 2012 at Nevrokirurgisk avdeling og Ortopedisk avdeling vil ytterligere kunne slå sammen funksjoner. I tillegg så ønsker Nevrologisk avdeling, både av faglige og driftsmessige hensyn, å slå sammen enhetene på Rikshospitalet og Ullevål. Klinikken vil jobbe videre med utredning av potensial for denne sammenslåingen.
- 4) Etablere grenseoppganger mellom sykehusets avdelinger for tradisjonell generell ø-hjelp kirurgi. I dag får Plastikkirurgisk avdeling et stort pasientvolum knyttet til denne pasientgruppen. Ved å i større grad klargjøre hvilke avdelinger som skal behandle hvilke pasienter så vil dette kunne medføre en mer forutsigbar og bedret pasientlogistikk.
- 5) Se på mulighet for å samkjøre legeressurser på vakttid. Ved en bedre samkjøring vil man kunne redusere tilhørende vaktkostnader.

6) Profesjonalisere drift av kjernevirksomheter i enkelte avdelinger.

3. Reduksjon i kostnader mv. (nærmere omtale av tiltak på utvalgte områder).

Legeressurser

Det er lagt inn en reduksjon på 17 legeårsverk på klinikken. Det meste av dette er knyttet til reduksjoner på Ortopedisk avdeling og dreier seg i hovedsak om redusert kjøp av UTA-tid. En forutsetning for denne reduksjonen vil være å samlokalisere seksjonene i løpet av 2012. Tilsvarende forutsetning ligger til grunn for den reduksjonen som er lagt inn på Nevrokirurgisk avdeling.

Pleieressurser

Det er lagt inn reduksjon på over 100 pleieårsverk i klinikken. Reduksjonen er størst på Ortopedisk avdeling og Nevrokirurgisk avdeling. Også i forbindelse med disse tiltakene er det forutsatt en sammenslåing av seksjoner slik at postene kan samles og drives mer hensiktsmessig.

Andre arbeidsressurser

Samlokaliseringen på Ortopedisk avdeling medfører også at man innenfor kontortjenesten og klinisk service har forutsatt en reduksjon.

Drift av operasjonsstuer

Klinikken vil jobbe videre med effektivisering av operasjonsstueene i 2012. Klinikken har i løpet av 2011 hatt store bemanningsproblemer på Ortopedisk operasjonsenhet, Kirkeveien. Situasjonene for enheten ser nå noe lysere ut selv om det fortsatt mangler ca 7 operasjonssykepleiere. Nevrokirurgisk operasjonsenhet hadde i 2012 en kraftig produktivitetsøkning på operasjonssiden. Det forutsettes at denne virksomheten vil fortsette også i 2012. Øyeavdelingen har i løpet av 2011 fått på plass den 6.operasjonsstue. Dette vil gi en positiv helårseffekt i forhold til produksjonen.

Planlegging av poliklinisk virksomhet

Det jobbes kontinuerlig med å hele tiden få maksimalt ut av klinikkens mange store poliklinikker. En av de viktigste forutsetningene for en god pasientsløyfe er å få opp en preoperativ anestesipoliklinikk. Dette forutsetter samarbeid med akuttklinikken.

Årsplan for gjennomføring av virksomheten

De viktigste tiltakene for klinikken vil være å få til større grad av samlokalisering ortopedisk og Nevrokirurgisk aktivitet. Flyttingen er planlagt til å skje før sommeren slik at man har dette på plass før sommerdriften begynner. Plastikkirurgisk avdeling hadde i 2011 en dyr sommerdrift med mange vakansvakter. Avdelingen bør, nå som den er samlokalisert, klare å få en langt rimeligere og mer effektiv drift.

Begrensninger i fullmakter for lønnsfastsettelse, arbeidstid og tilkalling av ekstra personell

Klinikken har inndratt alle lønnsfullmakter

Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Dette ble gjennomgått høsten 2011 og det var veldig lite beløp innad i klinikken som lå utenfor avtaleverket.

Reduksjon i innkjøpskostnader

Klinikken har etter hvert fått ganske god avtaledekning på de fleste implantater. Det gjensår en del på ryggseksjonen på Ortopedisk avdeling. Dette er prioritert høyest på innkjøpsområdet i forhold til å

få nye avtaler. Det gjennomgås samtidig antall rekvirenter i klinikken. Det er prioritert og få dette redusert i løpet av 2012.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Det gjennomgås for tiden antall rekvirenter i klinikken. Det er prioritert og få dette redusert i løpet av 2012, samtidig som man må passe på at man klarer å opprettholde effektiv innkjøpslogistikk med flere forskjellige systemer. Det er derfor naturlig å forvente at antall rekvirenter først vil reduseres betydelig når man er over på et felles innkjøpssystem for hele OUS.

4. Gjennomføring av bemanningsreduksjoner

For de fleste yrkesgruppene i klinikken er turnover såpass stor at man forventer å ikke måtte gå gjennom like omfattende innplasseringsprosesser som i 2011. De legereduksjonene som er forespeilet er stort sett knyttet til redusert UTA, og ikke redusert antall leger. Samlokalisering vil kunne bety redusert antall vaktlag, men dette må utredes nærmere for Ortopedisk avdeling. For de andre yrkesgruppene så må man i påvente av samlokalisering og tilhørende bemanningsreduksjon vurdere å benytte noe midlertidig arbeidskraft. (først og fremst vikarbruk).

Tiltakene for 2012 vil primært tilligge den enkelte avdeling å gjennomføre. Når det gjelder de strukturelle grep er det allerede gjort utredninger som tilsier at mulighetsrommet er der. Vi forventer snarlig ledelsesbehandling slik at konkret plan for gjennomføring kan etableres. Det er vurdert at det bør kunne gjennomføres med en planleggingshorisont på 4-6 måneder, dvs med gjennomføring før sommeren. Det kan også gi gevinster for ferieavviklingen. Dette må organiseres som flytteprosjekter med medvirkning av tillitsvalgte og vernetjeneste. Det vil kreve kompetanseplaner, nye turnuser og tjenesteplaner.

Vi deltar aktivt i prosjekt Helsearena Aker. Potensialet her kan være større enn det som konkret er lagt inn foreløpig.

Flere avdelinger vil legge om pasientforløp fra inneliggende til dagkirurgi. Dette vil kreve et tett samarbeid med akuttklinikken ift preoperativ vurdering, moderne anestesiformer og riktig postoperativ smertelindring.

Det er avgjørende at vi klarer å planlegge godt og at administrasjonen og samarbeidende klinikker bidrar til at dette kan gjennomføres på en god måte.

5. Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Klinikken er enda ikke ferdig med budsjettet for 2012 og medisinske konsekvenser er foreløpig vurdert til:

Områder som vil måtte nedprioriteres

- Enklere ortopedi uten rett til nødvendig helsehjelp
- Deler av plastikkirurgisk virksomhet som kan gjøres ved andre plastikkirurgiske avdelinger i Helse SØ eller private sykehus med refusjonsordning (alternativt hudavdelinger) tas ikke inn i avdelingen:
 - 5.1. Alle pasienter med overskuddshud etter (sykelig) overvekt.
 - a. All sekvele/arrproblematikk uten funksjonsbegrensning (inkl arrhypertrofi og keloid)
 - Hyperhidrose.
 - Ved ØNH avdelingen forsøker en å fokusere budsjettreduksjoner til tiltak som ikke rammer pasientbehandlingen direkte. Stopp i oppgradering av taleprosessorer gir et noe dårligere tilbud til denne gruppen, men uten at det er medisinsk uforsvarlig.
 - Nedtak prosjektaktivitet på øye som innebærer at vi behandler færre pasienter med enklere øyelidelser; lengre ventelister og risiko for tapte inntekter.

- ❑ For å kunne redusere et større antall senger kreves det omlegging av driften til mer dagkirurgi og dagbehandling. Endringene innebærer at vi vil måtte redusere elektiv virksomhet innen flere områder. Ventetidene vil øke, og ytterligere noen behandlingsområder der det ikke finnes behandlingstilbud utenfor OUS, vil få utfordringer mtp fristbrudd.

Områder som må søkes skjermet/prioritert i 2012

- ❑ Barneortopedi/nevroortopedi
- ❑ Nakke- rygg kirurgi
- ❑ Landsfunksjoner
- ❑ Rekonstruksjoner av bryst
- ❑ Øyeområdet AMD (injeksjoner og strålebehandling)
- ❑ Nye MS medikamenter (usikkerhet rundt kostnader)
- ❑ Overholdelse av utredningstid for kreftpasienter (barn og voksne)
- ❑ Slagbehandling – økende andel trombolyse og trombectomipasienter

Andre konsekvenser

- ❑ Kortere liggetider vil kreve at flere pasientgrupper enn tidligere vil overføres andre lokal/områdesykehus før de er ferdigbehandlet – vil kreve mer transportkostnader
- ❑ Samhandlingsreformen i 2012 vil gi mulighet for tidligere overføring av pasienter til ”step-down” arena for behandling, rehab. og pleie på rett nivå (LEON).
- ❑ Flere pasientgrupper går fra inneliggende kirurgi til dagkirurgi, noe som krever bedre pasientkoordinering.
- ❑ Dagkirurgiske inngrep blir i noen grad overtatt av polikliniske operasjoner.
- ❑ Inneliggende utredning og kontroller går mer over til dagbehandling på barn innen nevrokirurgi, ortopedi og ønh
- ❑ Effektiviserer virksomheten; bedre pasientforløp – ”same day admission”, hotellbruk, god logistikk med forberedte innleggelser med adekvat Rtg/CT/MR tatt før innleggelse, planlagt op., avdelingsopphold og utskrivelse. Krever forutsigbar service fra Akuttklinikken og Bilde- og intervensjonsklinikken.
- ❑ Halvering av elektiv ortopedisk virksomhet som krever heldøgnsinnleggelser vil føre til ytterligere økning av ventelister og fristbrudd og dermed redusere det ortopediske tilbudet også på regionsnivå, uten at andre sykehus per i dag kan overta behandlingen.

6. Oppgavedeling og samhandling med andre foretak og Oslo kommune i 2012

a. Samhandlingsprosjekter

Klinikken samhandler med Helsearena Aker for raskere overføring av eldre pasienter med brudd/evt mistanke om brudd. Det er også søkt samhandlingsprosjektmidler for to prosjekter knyttet til pasienter med kroniske ryggsmarter og pasienter med akutte ryggsmarter. Begge de to siste er knyttet til FORMI (FOU)

b. Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

- ❑ Diakonhjemmet: Det skal utarbeides samarbeidsavtale ang. overføring av pasienter med lårhalsbrudd og samarbeid/arbeidsdeling fot/ankel kirurgi.
- ❑ Sunnås: Det etableres en behandlingslinje ift tidligrehabilitering internt i OUS og tidligere overføring til Sunnås ift pasienter med subarachnoidalblødninger (SAH).
- ❑ Områdeplan for rehabilitering og habilitering er snart ferdige
- ❑ Innenfor enkelte regionspasienter er det aktuelt med tettere samarbeid med andre sykehus for tidligere overføring av pasienter bla. innen nevrokirugi
- ❑ Det vil pågå et arbeid for å sikre bedre kunnskap med raskere overføringer av pasienter med slag som trenger intervensjonsbehandling; både inn mot OUS og ut igjen

c. Planer for deling av oppgaver med 1. linjetjenesten

Klinikken har innenfor en del av pasientgruppene; habilitering, fysikalsk medisin og rehabilitering, ortopedi og nevrologi berøringsflater mot 1. linjen. Det er kontakt med praksiskoordinator for å se om det er aktuelle pasientgrupper hvor forundersøkelser evt kontroller kan gjøres av 1. linjen. Øyeavdelingen har satt ned en gruppe sammen med privatpraktiserende for å bli enige om rutiner og avtaler for overføring av pasienter som kommer til oss som øyeblikkelig hjelp omkvelden/natten og i helgene.

7. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Klinikken har i sitt budsjettforslag forholdt seg til OUS og deretter klinikkenes strategi. Avdelingene har meldt inn tiltak ift en foreløpig budsjetttramme pr avdeling. Vurderingen er at tiltakene som er meldt inn er konkrete og i stor grad gjennomførbare. Forutsetningen er at sykehusets ledelse tar den overordnede beslutning om at vi skal samle mer av den nevrokirurgiske virksomheten på Gaustad og mer ortopedi på Ullevål. Før slik beslutning kan tas må det gjennomføres ytterligere detaljplanlegging og vurderinger. Dette arbeidet iverksettes. Derimot har flere avdelinger vurdert at de ikke kan levere tiltak i tilstrekkelig grad ift den budsjetttramme de har fått, enten fordi de ikke har hatt tilstrekkelig tid til å arbeide med det, eller at de vurderer at ytterligere tiltak går over grensen av forsvarlighet. Mange tiltak vil ikke ha full effekt i 2012.

Det at klinikken ikke har klart å definere konkrete tiltak for hele utfordringen, innebærer stor gjennomføringsrisiko. Det er også nødvendig å se på budsjettutfordringene innen klinikken gitt de **bekymringer enkelte ledere melder ift risiko.**

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Klinikken har foreløpig identifisert tiltak som tilsvarer effekt på 85 årsverk i 2012 (og helårseffekt 2013 128 årsverk).

Pasientsikkerhet

I en slik større omstillingssituasjon hvor flere avdelinger vil være berørt med flyttinger, samlokaliseringer og endringer av arbeidsmønstre, må vi sikre god planlegging, god opplæring og kompetansesikring før gjennomføring. Dette vil kreve tid, og innebære at tidspunkt for gjennomføring ikke vil være 01.01.2012. for mange av tiltakene. I slike prosesser er også vår erfaring nå, at vi vil få aktivitetsutfordringer før, under og etter flytting, gitt også at vi skal tilpasse oss en bemanning med 10% færre ansatte. Bekymringen er at vi ikke klarer å opprettholde enkelte behandlingstilbud og som ikke tilbys andre steder i regionen.

Gitt disse tiltakene, er vurderingen at vi innen flere områder vil risikere redusert behandlingsskvalitet (færre leger; reduserer legekontinuitet/lavere bemanning på sengeposter øker belastningen, mindre fysioterapi med mer) og at det kan bety økt risiko for svikt i pasientbehandlingen. Våre tillitsvalgte er tydelige i sin kritikk her, særlig knyttet til ortopedi, nevrologi, øye og nevrokirurgi. Det kreves at vi hele tiden følger godt opp, forsøke å forebygge, registrere og behandle evt hendelser og avvik og ta høyde for at kursen må justeres underveis dersom det vurderes nødvendig.

Forskning og utdanning

Klinikken har stort engasjement og innsats knyttet til forskning. En slik omstilling og nedbemanning vil påvirke forskningsaktiviteten. Det er en klar intensjon med fusjonen at det å samle større deler av fagmiljøet vil kunne, på sikt, bedre både kvalitet og kvantitet i forskningen, men på kort sikt vil vi antakelig se det motsatte. Det vil også være risiko for at undervisningsvilkårene for helepersonell blir vanskelige.

Arbeidsmiljø

Vi står foran store omstillinger, flyttinger og samlokaliseringer. En slik omstilling vil bety nedbemanning, endring av arbeidsoppgaver, arbeidstider, arbeidssted og arbeidsvilkår (bla. lønn) for mange. Det påvirker arbeidsmiljøet. Det krever god involvering og medvirkning, særlig i fagmiljøene, og stor lederkraft. Godt samarbeid med tillitsvalgte og vernetjeneste er nødvendig. I dialog med de tillitsvalgte rettes det kritikk til ledelsen at vi ikke i tilstrekkelig grad har klart å involvere godt nok. Budsjettet har vært diskutert med de tillitsvalgte i flere møter på klinikknivå, de har kommet med innspill både på avdelings- og klinikknivå. Det er orientert i klinikkenes arbeidsmiljøutvalg og vi har drøftet budsjettet på klinikknivå. Vi har forståelse for at vi ikke har lykkes godt nok med involvering, samtidig er det viktig å se at ledere på alle nivå også har en vanskelig oppgave gitt kulturelle forskjeller, tradisjoner, interessekonflikter osv. Men vi ser at vi har forbedringspotensiale her.

Omdømme

De tiltakene som er foreslått samt kravene som ligger på avdelingene uten konkretiserte tiltak er svært krevende for organisasjonen. Siden det gjennom år er foretatt omstillinger med effektivisering av pasientløp og organisasjonen som ikke i tilstrekkelig grad har gitt de påkrevde økonomiske resultater, er klinikken nødt til å gjøre store strukturelle grep for å oppnå budsjettbalanse. Slike omstillinger som vi skisserer vil internt i organisasjonen innebære en del kritikk. Dette må møtes med god informasjon og medvirkning. Men uansett vil ikke alle medarbeidere være enige. Det viktigste for oss er å sikre at vi gjennomfører tiltak som ivaretar en forsvarlig pasientbehandling og med spesielt fokus på pasientsikkerhet. Vi er fremdeles i en prosess, hvor endelig budsjett ikke er besluttet. Det er krevende, men ledelsen er opptatt av at de tiltak som til slutt skal gjennomføres er vurdert faglig forsvarlig gitt antall og kompleksitet av pasienter og tiltak. Det krever riktig prioriteringer på mange nivå.

Klinikk

Kvinne- og barneklubben (KVB)

DEL 1 – KLINIKK**1. Nøkkeltall for klubben:**

| | |
|--|-------|
| Brutto årsverk desember 2011 ¹ | 1618* |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 1589 |
| Behov for reduksjon i brutto årsverk ¹ | 60 |
| Klubbens planlagte reduksjoner i brutto årsverk ¹ | 27** |

| År | 2011 | 2012 |
|---|--------|--------|
| Estimert antall DRG poeng ² | 33240 | 32994 |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ³ | -3,96% | +1,0% |
| Estimert antall pasientopphold | 155000 | 152000 |
| Antall senger i klubben | 387 | 377 |

*Økt med 15 årsverk knyttet til konvertering av leger til Alternativ modell

**I løpet av 2012 vil vi nedbemanne med 33 årsverk, men gj.sn. effekt i 2012 er 27 årsverk.

2. Tilpasning av aktivitet*Tilpasning av kapasiteten til nye plantall**Vår plan*

- redusere aktivitet i overføringsområdet (alle typer behandling unntatt region/land). Forståelsen for nødvendigheten av dette virker nå god i klubben. Fritt sykehusvalg er likevel en utfordring innen visse pasientgrupper (spesielt 30-40% innen barnehab som krever mye ressurser og gir lite aktivitetsinntekter) som tilsier at full gjennomføring vil ta noe tid.
- redusere kontrollertid og liggetid for alle pasienter samt fortsette å overføre fra døgn til dag. Vi vil opprettholde pålagte oppgaver med fokus på regions- og landsfunksjonsnivå på initial utredning og behandling.

Oppgavedeling og samhandling

Alle fagområder unntatt nyfødt: Reduksjon i poliklinikk, dels ved overføring av visse oppgaver til spesialister/fastleger, men mest gjennom overføring av kontrollertid til disse.

Dette gjennomføres i 2012. For visse pasientgrupper kan liggetid tenkes å reduseres gjennom samarbeid med primærhelsetjenesten.

Innføringen av samhandlingsreformen fra 1.1.2012 fordrer et nært samarbeid mellom Ous og Oslo kommune. Det arbeides på flere områder med konkretisering av oppgavefordelingen. KvB er representert i en arbeidsgruppe mellom kommunen og sykehuset som skal utforme avtaler mellom samarbeidspartnerne, med frist desember 2011. Det er for tidlig å si hvilke økonomiske effekter dette kan gi i 2012. Aktuelle oppgaver i dette arbeidet er:

- a) Liggetid på barsel kan reduseres når et tilstrekkelig tilbud/oppfølging er tilgjengelig på/gjennom helsestasjoner. Oppfølging av risikograviditeter, bl.a. gravide med psykisk sykdom og rusmisbruk kan i større grad gjøres i kommunens regi.
- b) Liggetid på nyfødt intensiv og for visse komplisert syke store barn kan reduseres når tilstrekkelig tilbud etableres i regi av primærhelsetjenesten. Avansert hjemmesykehus er mulig kompetanseenheter for hjemmetjenestene i bydelene.
- c) Innen habilitering planlegges flere tiltak til kommunene, med veiledning fra sykehuset, med forventet vekst i kommunens ressurser, mindre til sykehusene.

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger, gjennomsnitt for budsjett 2012

² DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

³ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klubben selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

Pasienter henvist til operativ behandling (mest gynekologi, men også noe gyn kreft) utredes i størst mulig grad hos privat spesialist/henvisende sykehus slik at de kommer mest mulig klarert for operasjon til oss.

Komplisert syke pasienter/pasienter med lange opphold (nyfødt, barnemed avd, barneavd. for nevrofag og gyn kreft): Så snart vi har fullført utredning og behandling som krever vårt regions-/landsfunksjonstilbud, bør pasientene tilbakeføres eget sykehus for videreføring av behandling og oppfølging, slik at samlet liggetid hos oss for disse pasientene blir redusert til kun det som er nødvendig.

Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Vi har ingen planer for å innføre helt nye behandlingstilbud eller å avvikle hele tilbud. F.o.m. 2012 har vi dog fått formelt to nasjonale behandlingstjenester: fertilitetsbevarende kirurgi Cervix cancer og kryopreservering av ovarialvev. I tillegg vil vi i 2012 søke om å få formelt ansvaret for nasjonal PGD behandlingstjeneste og alvorlig psykosomatisk sykdom kompetansetjeneste. I tillegg ønsker vi å etablere et regionalt kompetansemiljø for astma og allergi. Utvidet nyfødtscreening vil innføres fra 1. mars 2012, men dette er en utvidelse av en funksjon og den er fullfinansiert over statsbudsjettet (14 mill årlig).

Våre planlagte endringer i pasientbehandlingen har vi omtalt ovenfor. Overordnet vil hovedtrekkene være:

- Hvilke pasienter behandles og på hvilket nivå (døgn, dag, poliklinikk)
- Liggetid (tid for tilbakeføring til lokal avdeling eller utskrivning)
- Reduksjon i poliklinikk, dels ved overføring av visse oppgaver til spesialister/fastleger, men mest gjennom overføring av oppfølging/kontroller til disse.

3. Oppsummering av planene i klinikken for å imøtekomme budsjettkrav for 2012

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå

| Avdeling | Brutto årsverk ¹ desember 2011* | Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012 | Behov for reduksjon |
|---|--|--|---------------------|
| Gynekologisk kreft ¹ | 110 | 111 | 0 |
| PFI & Kvinnehelse | 2 | 2 | 0 |
| Barneavdeling for nevrofag | 94 | 92 | 2 |
| Barnemedisinsk avdeling | 501 | 489 | 17 |
| Fødeavdelingen | 388 | 396 | 8 |
| Gynekologisk avdeling | 245 | 241 | 5 |
| Nyfødtintensiv | 251 | 228 | 26 |
| Nasjonale kompetansetjenester for sjeldne diagnoser | 0 | 0 | 0 |
| Stab | 29 | 30 | 2 |

*Økt med 15 årsverk knyttet til konvertering av leger til Alternativ modell

Avdelingene har svært varierende budsjettutfordringer for 2012. Fem avdelinger har ingen eller mindre behov for bemanningsreduksjoner, mens de fire øvrige avdelingene har behov for betydelige bemanningsreduksjoner for å komme i balanse i 2012.

¹ Sent på høsten 2012 forventes Gynkrefts sengepost på Ullevål å flyttes til DNR og samlokaliseres med Gynkrefrefts sengepost der. Forventet bemanningsreduksjon på ca 5 årsverk.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

| Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012 | Er tiltaket: Nytt, endret eller uendret?* | Effekt på antall årsverk | Økonomisk effekt (mill kroner) |
|---|--|---|---|
| Generell nedbemanning (nye tiltak) | Endret | 12,9 | 5,3 |
| Generell nedbemanning (rest effekt 2012 av tiltak fra 2011) | Uendret | 0 | 2,6 |
| Bemanningsnorm på sengeposter | Nytt | 0 | 4,0 |
| Overføring Ahus/VV (nye tiltak) | Uendret | 8,5 | 3,9 |
| Overføring Ahus/VV (rest effekt 2012 av tiltak fra 2011) | Uendret | 0 | 15,5 |
| Reduksjon av ledere (nye tiltak) | Uendret | 1,6 | 0,8 |
| Reduksjon av ledere (rest effekt 2012 av tiltak fra 2011) | Uendret | 0 | 0,6 |
| Legenes arbeidstid og permisjoner | Uendret | 1,5 | 2,7 |
| Reduksjon variabel lønn og innleie | Uendret | 6,6 | 15,8 |
| Medikamentbesparelser | Uendret | 0 | 1,2 |
| Samlokalisering (nye tiltak) | Endret | 6 | 3,4 |
| Samlokalisering (rest effekt 2012 av tiltak fra 2011) | Uendret | 0 | 1,4 |
| Økte inntekter (nye tiltak) | Uendret | 0 | 5,6 |
| Økte inntekter (rest effekt 2012 av tiltak fra 2011) | Uendret | 0 | 1,1 |
| Totalt | | 33 | 64 |

*Fra styrebehandlingen 15.des 2011

Disse tiltakene er ikke tilstrekkelig for å komme i budsjettbalanse i 2012. Vi mangler tiltak for ca 33 brutto årsverk og ca kr 17 mill, og viser til nærmere redegjørelse for det i avsnitt 6. lengre nedenfor.

Nye eller endrede tiltak etter styrebehandlingen 15.des 2011

Følgende nye tiltak har vi i forhold til forrige styrebehandling 15.des 2011:

- Barneavdeling for Nevrofag nedbemanner med ytterligere 1,0 årsverk fra mars 2012 (klassifisert under kategorien "Generell nedbemanning" i tabellen ovenfor). Forventet besparelse i 2012 ca kr 0,5 mill.
- Barnemedisinsk avdeling utreder sammenslåing av enheter for sommeren 2012. Foreløpige vurderinger tilsier en besparelse på ca kr 1 mill. Eget mandat er laget for dette.
- Gynekologisk avdelingen skal nedbemanne med 1,5 årsverk på kontorseksjonen, holde 1,5 årsverk sykepleiere ledige på postoperativ gjennom 2012, samt få internfinansiert stilling (1 årsverk) over på eksternfinansierte midler. Forventet besparelsen i 2012 ca 1,3 mill (klassifisert under kategorien "Generell nedbemanning" i tabellen ovenfor).
- Nyfødtintensiv avdelingen er i prosess med firma vedrørende kjøp av ferdigblandinger av TPN som vil kunne gi rimeligere innkjøp (enn kjøp av apotektillaget). Forventet besparelse i 2012 ca kr 0,4 mill.
- Systematisk gjennomgang av bemanningsnorm gjennom prosjekt på alle sengeposter i klinikken. Foreløpige vurderinger tilsier en besparelse på ca kr 4 mill i 2012. Pga helårseffekter vil besparelsen i 2013 være vesentlig høyere. Eget mandat er laget for dette.
- OUS vurderer egen tjenesteplan for leger i alle klinikker sommeren 2012. Evt gjennomføring må vedtas på OUS nivå med etterfølgende lokale tilpasninger. Vi har pt ingen beregninger på økonomisk besparelse av dette tiltaket.

4. Reduksjon i kostnader mv. (nærmere omtale av tiltak på utvalgte områder).*Legeressurser*

Vi var tidlig klar over ca antall legestillinger som måtte overføres, la planer for det og er nær i mål. Vedtatt avgivelse av 16 overleger er 10 % av overlegeressurser, mens overført aktivitet kun er ca 8

%. Vi vil gjennomgå vaktplaner og arbeidstid, men planlegger ikke ytterligere reduksjon i antall legestillinger da vi da ikke vil få gjennomført pasientaktiviteten. Overgang til dag/poliklinikk og kortere opphold krever ikke mindre dagtids legeressurser.

Pleieressurser

Struktur: Kfr planlagte prosjekter som vedgår barnemedisinsk sengepost, barnekirurgisksengepost og barneintensiv, samling av gyn kreft til DNR okt. 2012 samt prosjekt vedr. sommersammenslåing U og RH for barn etter nyfødtprioden.

Gyn og gyn kreft sengeposter har allerede bemanning tilsvarende OUS vedtatt bemanningnorm. For øvrige poster (føde, nyfødt og barn) vil vi gjennomføre bemanningsnormprosjekt inkl. ekstern benchmarking. Dette vil innebære en gjennomgang av antall senger i forhold til oppgaver/opptaksområde, liggetid og mulighet for overgang til dag/poliklinikk innen visse områder.

Andre arbeidsressurser

Alle øvrige stillinger som blir ledige vurderes mhp nødvendigheten av erstatning – både faste stillinger og vikariater.

Drift av operasjonsstuer

Vi deltar i drifsteam både for gyn/føde U og gynekreft DNR. Elektiv sectio av gravide U er i løpet av året ”pakket” på annen måte i op. programmet slik at op. ressursene brukes mer effektivt. Effektiv bruk av operasjonsstuer DNR inngår i et leanprosjekt for gyn kreft som starter i disse dager (som ledd i planlegging av samling av virksomheten på DNR i okt 2012). Planer for operativ virksomhet gjennom året legges begge steder i tråd med OUS planer.

Planlegging av poliklinisk virksomhet

Minst halvårslige timebøker for leger er innført. Fokus på reduksjon i kontroller. Alt personell i poliklinikker og dagenheter vurderes mot vedtatt OUS rutine om å delta i vakt for kveld, natt og helg. Obs dog unngå så stor reduksjon i ukentlig arbeidstid (ved mye helgevakter) at gevinsten blir borte. Unntak kan kun unntaksvis gjøres og må begrunnes.

Årsplan for gjennomføring av virksomheten

Vi jobber med å lage årsplan (8-12 mnd) og planlegging av drift sommeren 2012.

Begrensninger i fullmakter for lønnsfastsettelse, arbeidstid og tilkalling av ekstra personell

All lønnsfastsettelse og økning i arbeidstid/vakt må godkjennes av klinikkleder etter utredning i KVB HR. OUS rutiner for tilkalling av ekstra personell er vedtatt og tas jevnlig opp i klinikkens ledermøte.

Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Klinikken jobber systematisk med gjennomgang av kompensasjonsordninger for alle personalgrupper og tar sikte på avvikling og/eller harmonisering av avtaler. Vi vil ha fokus på å kvalitetssikre lønnsfastsettelse for å sikre at korrekt lønn utbetales i henhold til gjeldende avtaleverk. Antatt effekt er 0,5 mill.

Reduksjon i innkjøpskostnader

Vi er i dialog med Innkjøpsavdelingen for å følge med på kjøp utenfor avtale. Videre har vi satt ned et prioriteringsutvalg som skal godkjenne endringer i medikamenter eller andre prosedyrer som kan øke klinikkens kostnader med minimum kr 0,5 mill eller påføre andre klinikker større utgifter. Takket være gode prisrabatter som er oppnådd gjennom LIS-systemet vil vi oppnå en besparelse i medikamentkostnader på kr 1,2 mill i 2012 sammenlignet med 2011. Videre er det et potensiale på opptil ytterligere kr 0,9 mill i reduserte medikamentkostnader, men det fordrer endring i bruk av

medikamenter. Vedrørende det siste jobber Barnemedisinsk avdeling og Nyfødtintensiv avdeling med å vurdere realismen i tiltakene og tallene, og disse 0,9 mill er foreløpig ikke lagt inn i budsjettet.

Tilblanding og kjøp av TPN utgjør en stor utgiftspost og ressursbruk for nyfødt intensiv på RH og U. Vi er i prosess med firma vedrørende kjøp av ferdigblandinger som vil kunne gi rimeligere innkjøp (enn kjøp av apotektillaget) og noe bemanningsreduksjon. Vi har lagt inn en effekt på ca kr 0,4 mill i budsjett 2012.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Vi har definert superbrukere på fakturahåndteringssystemene (Basware og Visma unique) som skal koordinere endringer i fullmakter, samt bidra i kompetanseoverføring til de med fullmakter i klinikken.

Når Basware også blir implementert på Ullevål vil OUS også ha utviklet et bedre verktøy for oppfølging av personer med fullmakter. Vi vil ved innføring av dette nye verktøyet ha en fornyet gjennomgang av alle fullmakter i klinikken.

5. Gjennomføring av bemanningsreduksjoner

Klinikken gjennomførte innplasseringsprosess i 2011 med en nedbemanningseffekt på ca. 65 årsverk. Vi planlegger ikke ny innplasseringsprosess og mener at det gjennom året skal være mulig i stor grad å realisere kravet om bemanningsreduksjon. Enkelte tiltak vil imidlertid kunne medføre mindre bemanningstilpasninger lokalt som gjennomføres på aktuelt ledernivå med støtte fra HR i klinikk. I budsjettnotatet er det angitt avdelingenes behov for bemanningsendring, og vi innser at det for enkelte kan være krevende å få til. Med tydelig oppfølging og oppmerksomhet på bruk av ressurser som genererer variabel lønn, gode turnus- og tjenesteplaner og gjennomgang av bemanningsnorm og avpasset sengeantall mener vi at vi har potensial for nødvendig kostnadsreduksjon. Videre opprettholder vi klinikkinternt stillingsutvalg, der ansettelse i fast stillinger og vikariater vurderes mot avdelingsvis budsjett. Planlagte samlokaliseringer vil også gi gevinster både permanente og eventuelt ved samdrift i sommerperioden som angitt.

6. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Vår overordnede vurdering er at vi ved gjennomføring av ovennevnte vil komme langt på vei i å dekke vår budsjettutfordring. Flere av de strukturelle tiltakene vil dog ikke ha effekt fra januar, men vi gjør det vi kan for raskest mulig å implementere dem. For første halvdel av 2012 vil vi derfor trolig ikke klare å oppnå et resultat i balanse gjennom planlagte tiltak, men vi mener at vi i siste del av året bør ha mulighet til å være vesentlig nærmere på budsjett.

Dette er avhengig av rask fremdrift i bl.a. samling av gyn kreft på DNR, avklaring av barnekirurgi på Ullevål og en god løsning på ivaretagelse av barn med behov for intensivbehandling i Ous. Dessuten må vi raskt få kontroll på variabel lønn/ innleie, særlig på Nyfødt og Føde, samt sikre et godt driftskonsept i Føde/gyn-mottaket.

Det er risiko knyttet til at klinikken ikke selv har kontroll på rammebetingelser, f.eks knyttet til organiseringen av barnekirurgi og barneintensiv og samarbeid med andre klinikker om drift på Radiumhospitalet. Vi har heller ikke full kontroll over f.eks sykefraværsutviklingen i omstillingsperioder, jfr situasjonene med høyt fravær på Føde U i 2011. Dette vil stille høye krav til god ledelse og samarbeid med de ansatte om best mulige løsninger i en utfordrende tid for medarbeidere/ arbeidsmiljø.

På Nyfødtavd har pasientantallet/ inntektene variert sterkt i år. Nyfødt og Føde har spesielt uforutsigbar pasienttilstrømming gjennom uken og må ha en viss beredskap som i mindre grad kan justeres ned "når belegget er lavt"; man kjenner jo ikke antallet fødsler neste døgn. Det er derfor utfordrende å redusere personalkostnadene på ø- hjelpavdeling i perioder med redusert pasienttilfang. Ledernes krevende oppgave blir f.eks å vurdere situasjonen før en helg, og strengt

vurdere behovet for bemanning til forutsigbart arbeid med eksisterende belegg, og en viss beredskap for økt behov når som helst gjennom hele helgen.

Vi har angitt forsiktige anslag for effekter av de pågående og planlagte prosessene for effektiv drift og reduksjon liggedager og belagte senger, kfr samtidig drøfting av mandat for gjennomgang av bemanningsnorm, sengetall og turnus og mandat for mulighet for sommersammenslåing av barn etter nyfødt.

2011 har hatt mange oppgaver (inkl. innplassering). For 2012 må vi ha stort ledelsesfokus på og felles lege- og sengepostsamarbeid om best mulig lokal drift innen tilgjengelige rammer slik at vår "effektivitet" ("kostnad per pasient") minst kommer tilbake på nivået fra 2009 og 2010.

Samlet sett mener vi at vi med dette siste halvår 2012 vil kunne ha en drift på nivå med budsjett.

7. Medvirking

Nødvendigheten av videre budsjetttiltak og hovedområdene for innsats (inkl. bemanningsnorm og sommersammenslåing barn etter nyfødt) ble tatt opp i dialogmøte 9. januar med innkalling og referat. Underveis har avd. hatt lokale dialogmøter. Budsjett 2012 vil diskuteres i AMU 23. jan og dette budsjettdokumentet vil formelt drøftes på klinikknivå fredag 27. januar.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

• Pasientsikkerheten under behandling:

Vi mener foreslåtte tiltak ikke bør affisere pasientenes rettigheter (utover ventetid/fristbrudd; se under). De foreslåtte strukturtiltakene bør ikke redusere den samlede medisinske behandlingens kvaliteten. Obs. Vi må gjøre en mer detaljert risikovurdering av sommersamling av barn etter nyfødt når det forslaget er nærmere utredet og detaljert, inklusiv vurdering av infeksjonspasienter (isolat og smitte mot øvrige pasienter). De øvrige tiltakene vurderes heller ikke å redusere den medisinske behandlingens kvaliteten, men pasientene kan oppleve økt ventetid, mindre tilgjengelig personell og redusert service på poster og poliklinikker. Tiltakene som reduserer antall helsepersonell tilstede innen de ulike områdene til enhver tid vil øke sårbarheten og presset på hver enkelt ansatt. Særlig i perioder med høy pasienttilstrømning vil dette kunne øke risikoen for redusert behandlingens kvalitet.

• Aktivitetsnivå

Vi vil opprettholde våre lovpålagte tjenester. Vi er imidlertid nødt til å redusere samlet aktivitetsnivå noe og da særlig gjennom reduksjon av polikliniske kontroller samt forkortning av liggetid og overføring av større deler av pasientforløpet til andre sykehus og primærhelsetjenesten der det er mulig. Gjennomføring av de planlagte tiltakene kan også øke fristbrudd noe selv om det bør kunne unngås ved god kontroll på henvisningsprosess, innkalling og ventelister. Det er dog klar risiko for økte ventetider, særlig for pasienter uten rett til nødvendig helsehjelp.

• Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)

Foreslåtte tiltak bør ikke medføre øket fare for konkret skade hos de ansatte, eller øket risiko for at vi ikke overholder lover og avtaler. Imidlertid er det en betydelig risiko for at vi i mindre grad vil være i stand til å tilrettelegge arbeidet for en del ansatte. Det gjelder særlig ansatte som har behov for ulike typer tilrettelegging (inkl. fritak fra nattevakt) som i betydelig grad innskrenker deres mulighet til å delta i alle deler av arbeidet som tilligger den arbeidsgruppen vedkommende tilhører.

Påtvungede endringer som endring i innhold i arbeidet for den enkelte ved at pasientgrupper flyttes og oppgaver endres og at tidligere dagarbeidende må gå i helge-turnus vil for en del kunne redusere trivselen. Siden det er så mange samtidige endringer og presset i hele klinikken og sykehuset oppleves som betydelig øket, er det dessverre en betydelig risiko for at arbeidsmiljøet

forverres innen en del områder og yrkesgrupper. Helge- og sommersammenslåinger oppleves som belastende av en del.

- **Omdømme**

Økonomisk underskudd og negativ medieomtale kan gi sykehuset og klinikken et svekket omdømme, både i befolkningen og i politisk miljøer. Ytterligere kutt i ressursbruken vil kunne øke risikoen for flere negative medieomtaler, samt kunne bidra til økt misnøye hos pasienter og familier som opplever at deres tilbud blir mindre tilgjengelig. Særlig gjelder dette ventetid og tidspunkt for tilbud om behandling. Samtidig påvirkes vårt omdømme betydelig negativt av dagens ”manglende budsjettkontroll”, og en videreføring av dagens utgiftsnivå og underskudd innebærer over tid trolig like stor samlet omdømmerisiko som de foreslåtte tiltakene.

- **Forskning**

Økende press på effektiv drift og sammenslåinger med mindre areal tilgjengelig kan være en trussel mot vår viktige forskningsaktivitet selv om ikke forskningsbudsjett eller stillinger kuttes direkte. Obs også drift av kliniske forskningsprosjekter på barn Ullevål gjennom sommeren.

| | |
|---------|--|
| Klinikk | Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken, KKT |
|---------|--|

DEL 1 – KLINIKK**1. Nøkkeltall for klinikken:**

| | | | | |
|--|-------------------|---|--------------------|--------------------|
| Brutto årsverk januar 2012 ¹ | 2105 ² | År | 2011 | 2012 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 2015 | Estimert antall DRG poeng ³ | 63342 ⁴ | 63230 ⁵ |
| Behov for reduksjon i brutto årsverk ¹ | 90 | Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ⁶ | -6.5% | 0.44 % |
| Klinikkens planlagte reduksjoner i brutto årsverk ¹ pr. jan. 2012 | 59 | Estimert antall pasientopphold | 316000 | 320000 |
| | | Antall senger i klinikken | 407* | 398 |
| | | *Utgangen av 2011 Klinikken reduserte med 36 senger i 2011 | | |

2. Tilpasning av aktivitet*Tilpasning av kapasiteten til nye plantall*

I forhold til aktivitetsnivå for 2011 er det lagt til grunn en generell vekst, med tillegg av spesifikk aktivitetsoverføring til OUS knyttet til oppdragsdokumentet for 2011 (fedmekirurgi, kreftoperasjoner). Klinikken har innenfor spesifikke områder, som transplantasjonsvirksomheten og stråleterapi, målsetting om å komme opp på anbefalt nasjonalt aktivitetsnivå. Det innebærer en aktivitetsvekst utover den generelle veksten som er lagt til grunn for somatikken. Klinikken hadde et DRG underskudd i 2011 vesentlig knyttet opp til manglende oppfyllelse av forutsetningen over.

Det vesentligste av haleaktiviteten er avvirket. En del haleaktivitet knyttet til avvikling av ventelister igangsatt i 2011 vil bli avsluttet innen første halvår 2012. Helseforetaket er av Helse Sør-Øst RHF pålagt å redusere aktivitet knyttet til overføringskommunene. På sykehusnivå utgjør dette en reduksjon på 3000 DRG-poeng hvorav klinikken andel er 858 DRG-poeng. Kravet om redusert aktivitet følges av ett tilsvarende kutt i utgiftsrammen. Dette kravet er foreløpig ikke fordelt mellom avdelingene i klinikken.

Fremstillingen i tabellen over er basert på en pålagt DRG-reduksjon på 800 poeng som var basert på estimat fra oktober. Endelig DRG-regnskap for 2011 foreligger ennå ikke, men klinikken estimat for 2011 er vesentlig forbedret fra situasjonen i oktober.

Oppgavedeling og samhandling

Klinikken ønsker å bidra til å etablere et palliasjonstilbud ved Helsearena Aker for pasienter med avansert kreftsykdom. Avdeling for kreftbehandling har gjennom det regionale kompetansesenteret

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger, gjennomsnitt for budsjett 2012

² Rapportert tall pr. jan. er 2099. Her er det lagt til 5,95 mv. som gjelder ansatte (intern fin.) som manglet lønnsutbetaling i januar.

³ DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

⁴ DRG-tallet er det som ligger til grunn i regnskapet pr. 23. januar. Dette tallet vil bli justert etter gjennomgang av alle nødvendige korreksjoner mellom klinikker.

⁵ DRG-tallet er det som ligger til grunn i regnskapet pr. 23. januar. Dette tallet vil bli justert etter gjennomgang av alle nødvendige korreksjoner mellom klinikker.

⁶ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

innen palliasjon en særlig kompetanse og vil i så måte bidra til oppbygging og sikre kompetanseoverføring til et slikt tilbud i samarbeid med Oslo kommune. I tillegg har flere avdelinger i klinikken identifisert pasientforløp, der deler av pasientforløpet hensiktsmessig kan overføres til 1 1/2-linje tjenesten. Det gjenstår arbeid med konkretisering av dette tilbudet, men aktuelle pasientgrupper er blant annet eldre med kreft, hvor deler av det post-operative forløpet kan overføres til Helsearena Aker.

Klinikken arbeider med flere pasientforløp. Samhandling med fastleger inngår i dette arbeidet med siktemål om at flere kontroller kan overføres til primærhelsetjenesten.

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

Klinikkenes avdelinger har vurdert oppgavefordelingen med andre sykehus i og utenfor regionen samt med de private sykehusene i område Oslo. Flere avdelinger har allerede etablert gode oppgavefordelinger og særlig innenfor kreft- og transplantasjonsvirksomheten. Flere av avdelingene planlegger ytterligere endringer i oppgavefordeling i løpet av 2012. I tillegg blir det løpende vurdert om deler av et behandlingsforløp og eller kontrollopplegg kan overføres til andre sykehus. Konkret omfatter dette blant annet overføring av aktiv kontroll av pasienter med testikkelkreft (active surveillance for lavrisikogrupper), fordeling av robotassisterte radikale prostatektomier i Helse Sør-Øst gjennom avtale med Sykehuset Telemark, avvikling av operasjoner med sfincterproteser for urininkontinens for pasienter fra andre regioner.

Klinikken har etablert intern kommunikasjon med videokonferanseutstyr mellom Ullevål og Rikshospitalet. Vi vil utnytte denne teknologien også i kommunikasjon med andre sykehus i regionen. Vi planlegger blant annet å etablere en slik tjeneste innen HPB (lever/galleveier/pancreas) kirurgien, for å kunne selektene pasienter egnet for operasjon/onkologisk behandling ved OUS. Denne modellen kan lett overføres innenfor andre diagnosegrupper.

Avdeling for gastrokirurgi har en løpende dialog med Diakonhjemmet. Siktemålet er at ØHJ kirurgien skal samles til OUS når akuttbygget er ferdig på Ullevål i 2014. Det er en pågående prosess for oppgavefordeling i forhold til ikke-cancer elektiv kirurgi og undergrupper av kreftkirurgien (eksempel innenfor tykktarmskreft).

Klinikken ønsker at det fra foretakets side gjøres en avklaring med hensyn til finansiering av medikamentell kreftbehandling for pasienter fra Oslo sykehusområde utenom sykehusets egen sektor. OUS har etter dagens funksjonsfordeling for fagområdet onkologi, ansvaret for pasientbehandlingen i hele område Oslo og for en virksomhet som i stor grad er underfinansiert.

Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Det er ikke lagt til grunn innføring av nye medikamenter eller ny teknologi i 2012. Imidlertid foreligger det dokumentasjon på effekt av nye medikamenter innen onkologi og hematologi og avdelingene avventer nasjonale avklaringer blant annet gjennom Nasjonalt råd før eventuell praksis vil bli endret. Dette er i så fall svært kostbare medikamenter.

Vi vil etablere en psykiatrisk poliklinikk i avdeling for klinisk service på Radiumhospitalet for kreftoverleverne. Klinikken har her vært i løpende i dialog med PHA-klinikken og har fått godkjennelse fra fylkesmannen.

Klinikkledelsen ser det som en viktig utfordring å få etablert metodikk for innføring av nye teknologier i OUS og er i den sammenheng i dialog med ledelsen innenfor samme virksomhetsområdet på Karolinska Sjukhuset i Stockholm

3. Oppsummering av planene i klinikken for å imøtekomme budsjettkrav for 2012

Klinikkens hovedstrategi for budsjett 2012 har vært å fordele utfordringsbildet mellom avdelingene/instituttene fordelt som årsverk. Fordelingen mellom de ulike N3 enhetene har vært basert på rammekutt knyttet til overføringsprosjektet og/eller effektivisering. Prosessene slik det er redegjort for har dernest vært ført avdelings-/instituttvis og har identifisert tiltakene som er summert i tabell 1.

Klinikken har redusert antall senger med 36 innen utgangen av 2011. Det foreligger planer om ytterligere reduksjon med 9 senger i 2012. Reduksjonene av antall senger i 2012 vil medføre redusert sykepleiebemanning. Klinikken planlegger flere prosjekter der reduserte kostnader ikke er avklart. De omtales i eget avsnitt nedenfor.

Klinikken har fordelt budsjettkravet mellom avdelingene og instituttene, som skissert innledningsvis. For noen av enhetene vurderer klinikken det som særlig vanskelig å gjennomføre budsjettkravene uten at det går ut over behandlingsaktivitet som ikke kan overtas av andre. Dette gjelder blant annet Avdeling for transplantasjonsmedisin og Avdeling for blodsykdommer, som ivaretar nasjonale behandlingstjenester med nasjonale målsettinger for aktivitet. Klinikken har vurdert avdelingenes effektivitet og kan dokumentere en betydelig effektivisering over flere år. Avdelingene har et kostnadsnivå som er i samsvar med de justerte DRG-vektene for virksomheten som innføres for 2012. Klinikkens vurdering er at en kostnadsreduksjon, ut over de tiltakene avdelingene har identifisert, direkte vil medføre redusert pasientbehandling innen transplantasjonsvirksomheten.

Samlokalisering

Klinikken har seks avdelinger med ansvar for pasientbehandling. To avdelinger har gjennomført flyttestrukturer og samlet pasientbehandling i OUS i 2011. Avdeling for kreftbehandling har samlet onkologisk behandling av testikkelkreft, lymfekreft, føflekkreft og tykk/endetarmskreft. Avdeling for gastro- og barnekirurgi har samlet behandling av HPB (lever, galle og bukspyttkjertel) til Rikshospitalet og øvre abdominalkirurgi til Ullevål. I 2012 er det besluttet at Avdeling for blodsykdommer skal samle lands-, region- og områdefunksjoner på Rikshospitalet og Avdeling for gastro- og barnekirurgi vil samle mer elektiv virksomhet i tillegg til ØHJ til Ullevål. Overføring av øyeblikkelig hjelp fra Aker vil resultere i at akuttmottaket på Aker legges ned og gi besparelser for andre klinikker; i.e les Akuttklinikken og KSI.

Videre samlokalisering innen avdeling for kreftbehandling er avhengig av framdrift av byggeprosjekter, spesielt for bryst og endokrinvirksomheten planlagt til Radiumhospitalet. Samling av urologisk onkologi må av hensyn til at stråleterapikapasiteten samordnes med samling av onkologisk behandling av brystkreft. For avdeling for urologi vil det være døgnvirksomhet på Aker inntil nytt Akuttbygget står ferdig på Ullevål i 2014.

Særlige forhold

1. Klinikkleidelsen ber om at sykehusledelsen gjennomgår tilvirkningskostnader av medikamentell kreftbehandling med sykehusapotekene. Disse kostnadene har økt vesentlig de siste årene. Basert på faktiske produksjonskostnader ved sykehusapoteket i Oslo mener klinikken det bør være mulig å forhandle om reduserte priser.
2. Klinikken har gjennomført en KPP-beregning (kostnad per pasient) for landsfunksjoner innen transplantasjon og fått gjennomslag med endring av DRG-vektene i 2012, slik at DRG vektene reflekterer reelt kostnadsnivå. Klinikkleidelsen anmoder om at videre analyse av KPP utføres for landsfunksjonene. For klinikken vil dette gjelde HIPEC-virksomheten innen gastrokirurgi på Radiumhospitalet.

3. Behandling av blødere er en landsfunksjon. Kostnadene er stigende, da levealder for blødere nærmer seg befolkningen ellers. Det medfører en økning av vanlige somatiske tilstander som krever operative inngrep. Dagens ordning med sentralisert styring i Avdeling for blodsykdommer er svært hensiktsmessig vurdert ut i fra kvalitet og ressursbruk. Det ansees imidlertid som uheldig at det stadig økende behovet for operative inngrep på blødere svekker økonomien til avdelingen. Vårt forslag er at det etableres en tilleggsrefusjon for blødere, slik det blant annet gjøres for brannskader og innenfor palliativ medisin. Klinikkleidelsen ber om at sykehusledelsen fremmer dette forslaget til våre eiere.

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå

| Avdeling | Brutto årsverk ¹ januar 2012 ¹ | Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012 | Behov for reduksjon |
|---|---|--|------------------------|
| Kreftbehandling | 764.6 | 741.2 | 23.4 |
| Gastro- og barnekirurgi | 378.25 | 358.7 | 19.6 |
| Transplantasjonsmedisin | 264.7 | 248.8 | 15.9 |
| Blodsykdommer | 127.2 | 117.0 | 10.2 |
| Revmatologi, hud og infeksjonssykdommer | 147.5 | 145.9 | 1.6 |
| Urologi | 138.3 | 130.0 | 8.3 |
| Klinisk service | 71.9 | 75.0 | 0 |
| Medisinsk fysikk | 40 | 38.7 | 1.3 |
| Institutt for kreftforskning | 81.6 | 80.3 | 1.3 |
| Institutt for medisinsk informatikk | 51.1 | 50.9 | 0.2 |
| Institutt for indremedisinsk forskning | 0 | 0.0 | 0.0 |
| Stab | 39.5 | 28.4 | 11.1 |
| KKT Totalt | 2104.7 | 2015 | 89.7 |

| Kreft-, kirugi- og transplantasjonsklinikken | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------|--------------------------|---------------------------|----------------|--|------------|-----------------|------------------|-------------------------------|---|-------------------------------------|------------|-------------|
| Årsverk | | | | | | | | | | | | | |
| ÅRSVERK | Kreft-behandling | Gastro- og barne-kirurgi | Trans-plantasjons-medisin | Blodsyk-dommer | Revmatologi, hud og infeksjons-sykdommer | Urologi | Klinisk service | Medisinsk fysikk | Institutt for kreft-forskning | Institutt for indre-medisinsk forskning | Institutt for medisinsk informatikk | STAB | Sum |
| Sykepleie | | 6 | | | | | | | | | | | 6 |
| Variabel lønn, Sykepleie | 6 | | | 0.7 | | 0.5 | | | | | | | 7.2 |
| Variabel lønn, andre helsefag | 1.5 | | | | | | | | | | | | 1.5 |
| Annen helsefag | 1 | | | | | | 0.2 | 0.5 | | | | | 1.7 |
| Adm/kontor | 1 | | | | | | | | | | | 2.7 | 3.7 |
| LIS | | 2.5 | | | | | | | | | | | 2.5 |
| Overlege | | 3 | | 1 | | | | | | | | | 4 |
| SUM | 9.5 | 11.5 | 0.5 | 1.7 | 0 | 0.5 | 0.2 | 0.5 | 0 | 0 | 0 | 2.7 | 27.1 |
| MNOK | 6 | 7 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 16.3 |

¹ Antall brutto månedsverk er ikke flatt periodisert over året. Januar har historisk en lav periodisering slik at dette bildet ikke viser hele utfordringen i månedsverk.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnader ved avdelingene i 2012

| Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012 | Er tiltaket: Nytt, endret eller uendret?* | Effekt på antall årsverk | Økonomisk effekt (mill kroner) |
|--|--|--|--------------------------------|
| Overføring av virksomhet fra Aker til Ullevål; Samling av øyeblikkelig hjelp bløtvevskirurgi til Ullevål (Prosjekt leveranse ultimo januar 2012) | Oppdatering. God progresjon av tilknyttede byggeprosjekter. I henhold til avklaring bør den være gjennomført juni 2012. Felles prosjekt med leveranse ultimo januar. | 6 spl 1,5 LIS Foreløpig | 3,7 |
| Variable lønnskostnader | Nytt: Gjennomføring av flytteprosesser i AKB, BLO og AGK tilsier potensiale for redusert kostnader i 2012 | 6,5 AKB 1,1 BLO | 3,8 0,7 |
| Bemanningsnormering | Nytt: Oppstart februar 2012. Sammenligning mot andre universitetssykehus i Norge og Sverige. | Ikke avklart | |
| Bemanningsnormering | Nytt. Sammenligning mot lignende virksomheter i Norge og Sverige | Ikke avklart | |
| Legeressurser | Oppdatering: Reduksjon i henhold til overføringsprosessen samt Gjennomgang av tjenesteplaner og planlegging av sommerturnus | 7 overlegeårsverk planlagt redusert. Utover dette ikke avklart | |
| Pasientforløp og sengeressurser | NYTT: Samordning av poliklinikk, senge og operasjonsressurser på Rikshospitalet | Ikke avklart | |
| Medikament og utstyrs kostnader | Uendret | | 13,5 MNOK |

*Fra styrebehandlingen 15.des 2011

| Nøkkeltall for klinikken | | Årsverk | Kroner (mNOK) |
|---|------|----------------|----------------------|
| Brutto årsverk jan 2012 | 2105 | | |
| Brutto årsverk innenfor budsjett | 2015 | | |
| Behov for reduksjon | 90 | | |
| Konkrete planer for reduksjon i brutto årsverk | 26.1 | 26.1 | 15.7 |
| Reduksjon fordelt på stillingskategorier | | | |
| Overleger (Totalt vil klinikken da være på plan) | 4 | 4 | 6 |
| LIS leger | 2.5 | 2.5 | 1.75 |
| Sykepleiere (inkludert variable lønnskostnader) | 13.2 | 13.2 | 6.6 |
| Annet personell (inkludert variable lønnskostnader) | 6.4 | 6.4 | 3.84 |
| Medikamenter TNOK | 6700 | 11.2 | 6.7 |
| Utstyr TNOK | 6600 | 11.0 | 6.6 |
| Annet (bør vel flyttes – økte inntekter-dvs redusere behov for reduksjon) | 1100 | 1.8 | 3.5 |
| SUM Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklinikken | | 50.1 | 34.99 |

Nye tiltak og oppdatering fra forrige leveranse desember 2011

Klinikken har totalt gjennomført bemanningsreduksjon på 18 årsverk fra årsskiftet. Av eksisterende tiltak er det god progresjon i pågående prosjekter, som er avhengig av et tilhørende byggeprosjekt; samling av blodsykdommer (mars 2012) og overføring av ØHJ bløtvevskirurgi (gastro eller gastro+uro avklares i prosjektet) innen 1.6. 2012, begge anses som realistiske. Det siste er en forutsetning for flere av de definerte tiltakene innen gastrokirurgi.

Avdelingene i klinikken er i prosess og vil snart gå over til felles modell for tjenesteplaner innen hver avdeling. Det gir grunnlag for vurdering av kjøp av legetid. Innenfor flere avdelinger er det lagt til grunn redusert kjøp av legetid blant annet knyttet til samordning av vaktjenester knyttet til samlokalisering og beredskapsnivå for enheter med lite vaktbelastning.

Nye prosjekter som planlegges etablert. Det understrekes at disse ennå ikke er drøftet eller har godkjent mandat.

1. Gjennomgang av bemanning og bemanningsnorm for sengepostene i KKT
2. Gjennomgang av bemanning og bruk av personalressurser innen stråleterapi
3. Pasientforløp og koordinering av sengeressursene på Rikshospitalet (bløtvevskirurgi) på Rikshospitalet: Sykepleie inn i helgeturnus mm
4. Overføring av ansvar for strålebehandling av pasienter med gynekologisk kreft fra KKB til AKB i KKT.

OUS har etablert en bemanningsnormering for sengeposter. På den bakgrunn har klinikkstaben utarbeidet et utkast til mandat, som etter behandling i ledergruppen, vil legges fram for drøfting med de tillitsvalgte og vernetjenesten.

Prosjektet vil ta utgangspunkt i den normeringen som er bestemt i OUS, men klinikkledelsen ser at flere av avdelingene har en virksomhet som ikke tillater lavere bemanning i kveld/natt/helger slik vedtatt normering tilsier. I første omgang vil det gjennomføres en sammenligning mot lignende avdelinger i Norge og Sverige. På lengre sikt vil klinikken etablere pleiekategoriseringsverktøyet RAFAELA på hele klinikken. Det er i dag etablert for alle sengeposter i tidligere SMK.

I avdeling for kreftbehandling og avdeling for medisinsk fysikk planlegges det et felles prosjekt med sammenligning mot andre stråleterapisentra som Haukeland og Karolinska sjukhuset. Eventuell gevinst av dette arbeidet er ikke avklart og mandat er ikke utarbeidet.

Klinikken har samlokalisert avansert bløtvevskirurgi innen transplantasjon, HPB-gastrokirurgi og urologi til Rikshospitalet. Det er planlagt et prosjekt for å optimalisere bruken av senge-, operasjon- og poliklinikkressurser ved koordinering mellom virksomhetene. Prosjektet vil omfatte bruk av alle senger i aktuelle område inkludert de som i dag disponeres av andre klinikker samt om deler av virksomheten hensiktsmessig kan overføres til dagbehandling/poliklinikk. I forbindelse med prosjektet gjennomgang av bemanning og bemanningsnormering – sengeposter KKT, gjennomføres benchmarking mot tilsvarende enheter ved andre sykehus i Norge eller evt. i utlandet.

Ansvar for strålebehandling i Norge er tillagt spesialister i onkologi. I tråd med dette er det planlagt overføring av ansvaret fra avdeling for gynekologisk kreft til AKB. Til grunn i denne overføringen ligger en mulighet for en bedre total sengeutnyttelse på Radiumhospitalet med bedre ressursbruk for begge involverte avdelinger. Mandat er under utarbeidelse og fremlegges til drøfting i månedsskifte januar/februar. Planlagt oppstart av prosjektet primo februar.

4. Reduksjon i kostnader mv. (nærmere omtale av tiltak på utvalgte områder).

Legeressurser

Oversikt over reduksjon av overleger:

Klinikken har krav på reduksjon av 17 overlegestillinger knyttet til overføringsprosjektet. Pr januar 2012 er det en restutfordring på 6,7 overlegeårsverk. Det er konkrete planer for reduksjon av 7 av disse årsverkene. Ytterligere reduksjon vil komme i form av redusert kjøp av arbeidstid.

I etterkant av prosessen med felles legeavtaler innenfor de ulike avdelingene vil det bli gjort en gjennomgang og samordning innad i avdelingene.

Pleieressurser

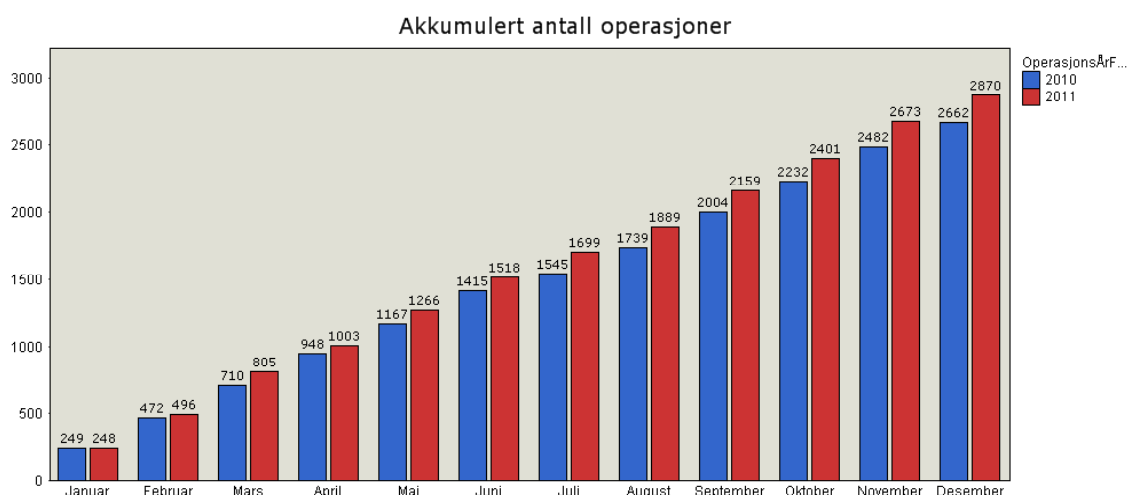
Klinikken vil starte opp et prosjekt for bemanning og bemanningsnormering av sengeposter.

Andre arbeidsressurser

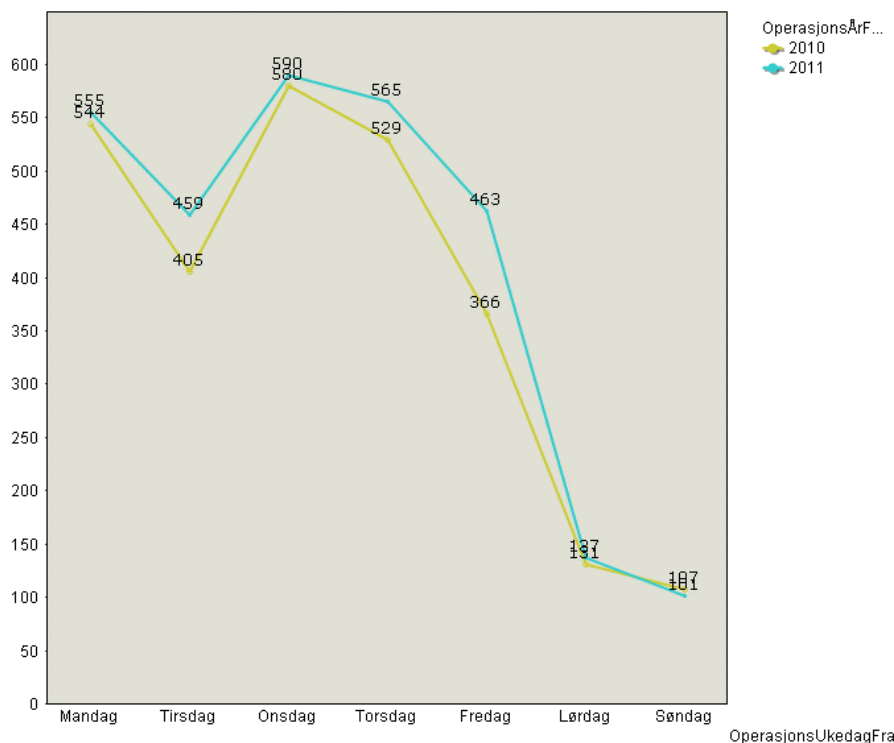
Avdeling for kreftbehandling og avdeling for medisinsk fysikk planlegger en sammenligning mot andre stråleterapisentra ved Haukeland og Karolinska sjukhuset. Eventuell gevinst av dette arbeidet er ikke avklart og mandat er ikke utarbeidet.

Drift av operasjonsstuer

Klinikken drifter to seksjoner med operasjonsstuer. Seksjonen på Radiumhospitalet ligger under Avdeling for Gastrokirurgi, mens Seksjonen på Rikshospitalet ligger under Avdeling for Transplantasjonsmedisin. Klinikken har etablerte driftsteam på operasjonsavdelingene, og legger betydelig vekt på god logistikk og samarbeid for å optimalisere driften. Konkret dreier dette seg om tidlig oppstart, unngå strykning på grunn av planleggingssvikt samt optimal sammensetning dag for dag som harmonerer med intensiv/postoperativ og sengepostkapasitet. Dette har ledet til at klinikken ved operasjonsavdelingen på Rikshospitalet har hatt en produksjonsøkning på 7,8% i 2011 sammenlignet med 2010.



Det spesielt lagt vekt på å få god aktivitet på fredager av kirurgi som ikke genererer tungt pleieforløp. Dette har gitt en økning i antall inngrep på fredager fra 366 i 2010 til 463 i 2011 (+27%)



Planlegging av poliklinisk virksomhet

Avdelingene vil gjennomgå et systematisk pasientforløpsarbeid, hvor planlegging av poliklinisk virksomhet vil inngå. Dette arbeidet koordineres med samling av virksomhet til ett sted og er gjennomført blant annet i samarbeid med KDI for testikkelkreft. Det neste prosjektet vil være knyttet til pasientforløpsarbeidet rundt avansert bløtvevskirurgi innen HPB/transplantasjonskirurgi/urologi på Rikshospitalet.

Årsplan for gjennomføring av virksomheten

Årsplan og spesiell oppmerksomhet på gjennomføring av sommerferieavviklingen har vært fokus i avdelingene gjennom flere år. Avdeling for kreftbehandling gjennomførte en sommerturnus for LIS-leger i 2011. Prosjektet ble gjennomførbart til tross for at aktiviteten i avdelingen kun reduserer 10-15 i sommermånedene. Lignende prosjekter er aktuelle innenfor andre avdelinger i klinikken.

Begrensninger i fullmakter for lønnsfastsettelse, arbeidstid og tilkalling av ekstra personell

Dette utøves i henhold til retningslinjer for OUS- Alle vurderinger i forhold til lønnsfastsettelse er sentralisert til klinikkleder i KKT.

Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Det er avdekket tre avtaler som ligger utenfor avtaleverket. Det arbeides for å avvikle disse avtalene som har et lite omfang.

Reduksjon i innkjøpskostnader

Det arbeides løpende med å reduseres innkjøpskostnader, spesielt innenfor de operative avdelingene knyttet til standardisering innen kirurgien, med siktemål om kostnadsreduksjoner uten å svekke kvalitet.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Klinikken arbeider systematisk med oppfølging av fullmaktsstruktur. Dette følges opp våren 2012.

5. Gjennomføring av bemanningsreduksjoner

Klinikken har gjennomført innplasseringsprosessen i OUS som følge av nedtrekket i Ahus/Vestre Viken. Det er gitt tilbakemelding til HR-sentralt at klinikken nå anser det som sentralt av denne prosessen avsluttes og lukkes. Prosessen har vært meget ressurskrevende, og det anses ikke som hensiktsmessig at denne prosessen videreføres. Planlagte bemanningsreduksjoner for 2012 anbefales fulgt opp i samsvar med retningslinjene for bemanningstilpasning i OUS.

6. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Klinikken har identifisert 27 årsverk utover reduksjon som er gjennomført ved årsskiftet og en restutfordring på om lag 90 årsverk basert på en DRG-aktivitet på 1650 poeng under budsjettet for 2011. Det er noe usikkerhet knyttet til en del av prosjekter som vil bli igangsatt som for eksempel normering av pleiebemannning. Det forventes at samlokalisering vil gi forutsetning for bemanningsreduksjon, men at dette må ytterligere konkretiseres i forbindelse med gjennomføring av prosjekter.

De planlagte flytteprosjektene innenfor Avdeling for blodsykdommer og Avdeling for gastro- og barnekirurgi er en forutsetning for flere av klinikkens tiltak. Prosjektene vurderes å ha fremdrift etter plan med gjennomføring i henholdsvis mars og mai/juni.

Styringssystemene i OUS er forbedret i løpet av 2011 og gir grunnlag for en mer tydelig og bedre oppfølging av virksomheten og optimalisering av driften gjennom 2012.

7. Medvirking

Budsjettprosessen er ikke fullt ut gjennomført i henhold til Hovedavtalen og Arbeidsmiljølovens krav om medvirking og involvering. Alle avdelinger og institutter har forankret budsjettkravene hos seksjons- og enhetsledere. Det er gjennomført dialogmøter både på klinikk- og avdelingsnivå med de tillitsvalgte/vernetjenesten. Klinikken vil imidlertid påpeke at stramme tidsrammer i løpet av budsjettprosessen, har medført at klinikken ikke har klart å ivareta de krav som er lagt i forhold til å ivareta medvirking og involvering på alle nivå i klinikken.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Klinikkens risikovurdering av identifiserte tiltak og kravet om budsjettbalanse 2012 viser et risikobilde preget av store ufordringer og en krevende balansegang mellom sannsynlighet og konsekvens for å unngå en risiko definert som alvorlig.

Det er sentralt å fremheve at risikoområdene nedenfor må sees samlet. Iverksetting av tiltak/virkemidler knyttet til ett område, vil påvirke konsekvensene for de øvrige.

• Pasientsikkerhet

Klinikkens identifiserte tiltak/virkemidler så langt i budsjettprosessen vil ikke gi svekket kvalitet for pasienter som får behandling. Det fremheves imidlertid at redusert bemanning i sengeposter og poliklinikker vil gi en viss økning i risiko for feil. Risiko kan reduseres ved klare rutiner, opplæring og avviksoppfølging.

Vurdert i forhold til kravet om budsjettbalanse så vil dette medføre økt risiko mht behandlingsskvalitet og fare for svikt/skade for klinikkens pasienter. I hvilken grad dette medfører en særlig høy risiko er avhengig av videre arbeid med å identifisere kompensierende tiltak. Kravet om budsjettbalanse vil særlig medføre økt risiko i forhold til fristbrudd mht pasienter med rett til helsehjelp.

- **Aktivitetsnivå**

Klinikken har vurdert konsekvenser av identifiserte tiltak i forhold til prioritering av rettighetspasienter innenfor tilgjengelig kapasitet. Pasientporteføljen til klinikken er alt overveiende dominert av rettighetspasienter og øyeblikkelig hjelp som begrenser klinikkens handlingsrom. Prioriteringen gjør at andre tjenester enn lovpålagte eventuelt må reduseres. Klinikken må vurdere dette i forhold til aktivitetsnivå. Prioriteringen kan medføre redusert antall pasienter og reduksjon i aktivitetsnivået.

Innføring av normerte forløpstider for kreftbehandling der det forutsettes at 80 % av pasientene skal behandles innenfor fristen vil, vurdert ut i fra ventetider og forløpstider 2011, sannsynligvis ikke være gjennomførbart. En tilpasning av kapasitet på laboratoriesiden (spes patologi) og radiologi i henhold til føringene i statsbudsjettet vil være avgjørende for å kunne oppnå kravet til normerte forløpstider for kreftbehandling

For klinikere som driver forskning vil prioritering av pasientbehandling kunne medføre redusert forskningsaktivitet. Midler øremerket til forskning forventes opprettholdt på samme nivå som 2011. For klinikkens betyr det at aktiviteten i hovedsak kan videreføres.

- **Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)**

Klinikk E og G ble fusjonert 01.07.2011. Det er meget krevende å etablere ny organisering, ivareta drift for 2011 og parallelt identifisere tiltak/virkemidler i fm budsjettprosess for 2012.

Klinikkens pågående og planlagte flyttprosesser er forsinket, og det forsterker klinikkens utfordringer i forhold til arbeidsmiljøet.

Risikovurdering viser at en bemanningsreduksjon vil gi økt risiko for svikt og skader. Risiko må vurderes og sees i sammenheng med pasientsikkerhet. Se punktet ovenfor. Lover/avtaler skal følges, men risikobildet øker betraktelig ved en bemanningsreduksjon tilsvarende kravet om budsjettbalanse, og vil medføre flere brudd på Arbeidsmiljølovens overtidsbestemmelser. Ledere melder at en ytterligere reduksjon i grunnbemanning, kan medføre økt sykefravær og større behov for innleie/ekstravakter som igjen vil gi økning i variabel lønn.

Klinikken har etablert et pleiekategoriseringsverktøy, RAFAELA, for deler av klinikken. Det vil sikre et mer objektivt vurderingsgrunnlag av pleiebemanningen i forhold til kvalitet og pasientsikkerhet.

Klinikkens vernetjeneste har meldt at identifiserte tiltak medfører økt risiko mht arbeidspress/tidspres/sykefravær. Tiltakene øker faren for ubalanse mellom arbeidsoppgaver og ressurser både for ledere og medarbeidere. Eventuelle konsekvenser kan bli manglende tilrettelegging, slitne og stressede ledere/ansatte, redusert faglig kvalitet i pasientbehandlingen og et arbeidsmiljø som ikke er i samsvar med Arbeidsmiljølovens bestemmelser. Videre arbeid med oppfølging av risiko og risikoreducerende tiltak vil bli fulgt opp gjennom klinikkens arbeidsmiljøutvalg.

- **Omdømme**

Klinikkens identifiserte tiltak vil gi økt risiko mht pasientsikkerhet, aktivitet og arbeidsmiljø og dermed kunne gi økt risiko i forhold til omdømme. Dette gjelder spesielt i forhold til pasientsikkerhet og ivaretagelse av normerte forløpstider for kreftbehandling.

Gjennomføring av klinikkenes krav om budsjettbalanse for 2012 for alle avdelinger vil med stor sannsynlig ramme pasientbehandling og klinisk forskning i et omfang som bedømmes som alvorlig.

Klinikk

HJERTE-, LUNGE OG KARKLINIKKEN (HLK)

DEL 1 – KLINIKK

1. Nøkkeltall for klinikken

| | |
|--|------|
| Brutto årsverk Desember 2011 ¹ | 758* |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 698 |
| Behov for reduksjon i brutto årsverk ¹ | 60 |
| Klinikkenes planlagte reduksjoner i brutto årsverk ¹ (med definerte tiltak) | 50 |

| År | 2011 | 2012 |
|---|--------|--------|
| Estimert antall DRG poeng ² | 29.944 | 29.893 |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ³ | 2,5% | 3% |
| Estimert antall pasientopphold | 34.497 | 34.500 |
| Antall senger i klinikken | 158 | 158 |

* TKA, fra alternativ modell til A2; UTA er estimert til 6 årsverk

Ny lønnsmodell for overlegelønn gir beregnede årsverk, men ingen reell økning av overlegeårsverk.

2. Tilpasning av aktivitet

Tilpasning av kapasiteten til nye plantall

Problemstillingen er ikke aktuell for Hjerter-, lunge og karklinikken.

Oppgavedeling og samhandling

Klinikken er en tilnærmet ren regionsklinikk og har en meget liten grenseflate mot 1. linjetjenesten.

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

Klinikken har følgende områder der den arbeider med å få pasienter inn på et annet behandlingsnivå:

- Kardiologisk avd: arbeid med å desentralisere transplantasjons-kontroller pågår. Kompetanseoppbygging er nødvendig.
- Kardiologisk avd: Gjør TEE (ultralyd via spiserøret) forundersøkelser før atrieflimmerablasjoner. Dette vil i økende grad bli utført ved henvisende sykehus.
- CT/MR-undersøkelser som kan gjøres ved henvisende sykehus bør i større grad gjøres lokalt. Innført for pasienter til mini-invasiv klaffekirurgi (TAVI) og dette fungerer stort sett bra.
- Klinikken avventer beslutning fra HSØ om ICD-implantasjoner kan gjøres ved AHUS/V Viken. Dette vil avlaste så vel RH som Ullevål

Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Totalt sett forventes Thoraxkirurgisk avdeling operere ca 80 færre hjerter og ca 40 flere lunger. I tillegg vil Kardiologisk avd. øke antall ablasjoner fra 850 (i budsjett 2011) til 1200.

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger, gjennomsnitt for budsjett 2012

² DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

³ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

Klinikken har jobbet med å skissere og ha fokus på driftsendringer som skjer i et budsjettår. Klinikken har derfor hatt en gjennomgang av aktuelle høykostprosedyrer som gjøres eller bør gjøres som følge av at klinikken er en regionsklinikk og har landsfunksjoner. Etter en nærmere vurdering vil noe av aktiviteten nedenfor måtte reduseres for å få levert et budsjett i balanse.

Lungetransplantasjoner (ex vivo lung perfusion – EVLP) på Lunge-/Thoraxkirurgisk avdeling: Behandlingen avhenger av en investering av et utstyr til ca 1.500.000,-. Investeringen av et slikt utstyr vil øke antall lungetransplanterte med ca 5 pr. år. Antall pasienter på venteliste for lungetransplantasjon er for lang, og hvert år dør ca. 20 % av de som står på listen. Transplantasjonspasienter er en del av sykehusets landsfunksjon. Totalt sett koster 5 ekstra TX pasienter ca 4.000.000,- og inntekten til klinikken er på ca 3.000.000,-.

Mini-invasiv aortaklaff kirurgi, Transcatheter Aortic-Valve Implantation (TAVI) på Thoraxkirurgiskavdeling: Klinikken planlegger med et nivå på 50 stk, det er det samme som ble gjort i 2011. TAVI gir en inntekt på ca 190.000,- og gjennomsnittskostnad pr er TAVI er på ca 325.000,-.

Mini-invasiv kirurgi på mitralklaffen, Mitraclip på Thoraxkirurgisk avdeling: Klinikken har gjort ca 5 stk i 2011 og planlegger å øke til totalt 10 stk i 2012. Mitraclip har en DRG inntjening som TAVI, dvs ca 190.000,-, og estimerte kostnader er vurdert omtrent som TAVI - ca 325.000,- pr. stk.

Kunstig hjertepumpe som “bro” til hjertetransplantasjon, Left Ventricular Assist Device (LVAD) på Thoraxkirurgisk avdeling: Klinikken planlegger å legge inn 10 hjertepumper i 2012, det er samme nivå som i 2011. Dette er pasienter som venter på transplantasjon. Prisen på en hjertepumpebehandling er totalt (inklusive pumpe) ca 2.500.000,-. DRG vekten for 2012 for hjertetransplantasjon inkluderer nå hjertepumpen i refusjonsgrunnlaget og gir ca 900.000 i refusjon.

Annen høykostmedisin enn det som er nevnt her vil kunne måtte vurderes redusert for at klinikken skal komme i budsjettbalanse.

3. Oppsummering av planene i klinikken for å imøtekomme budsjettkrav for 2012

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå

| Avdeling | Brutto årsverk ¹ desember 2011 (Ikke referanseverdi for budsjett 2012) | Brutto årsverk September 2011 (referanseverdi budsjett 2012) 1 | Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012 2 | Behov for reduksjon (resultat av budsjettprosess og ikke desember tall – budsjett 2012) (1-2) |
|---|---|---|---|--|
| HLK THORAXKIRURGISK AVD | 405* | 402 | 369* | -33 |
| HLK KARDIOLOGISK AVD | 184 | 185 | 185 | 0 |
| HLK LUNGE AVD | 70,5 | 70 | 66 | -4 |
| HLK KAR AVD | 57 | 60,5 | 48 | -3,5 + -9*** |
| HLK KOORDINERING OG POLIKLINIKK | 12 | 10 | 10 | 0 |
| HLK INSTITUTT FOR KIR FORSKNING | 6,25 | 6,5 | 6 | -0,5 |
| HLK INSTITUTT FOR EKSP MED FORSKNING | 14,5 | 15 | 15 | 0 |
| HLK ADMINISTRASJONEN | 9 | -10 | -10 | 0 |
| SUM | 758 | 740 | 690 | -50 |

* TKA, fra alternativ modell til A2; UTA er estimert til 6 årsverk

** Udefinerte budsjettkrav på -25 mill ble lagt på administrasjonen og -10 årsverk er rest av klinikkenes totale krav på -60 årsverk.

*** -9 årsverk er beregnede årsverk knyttet til en besparelse som en konsekvens av å flytte Karavdelingen

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

| Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012 | Er tiltaket: Nytt, endret eller uendret?* | Effekt på antall årsverk | Økonomisk effekt (mill kroner) |
|--|---|-----------------------------|--------------------------------------|
| Omstrukturering Thoraxkirurgisk avdeling | uendret | -33,0 | -35,0 mill |
| Lungeavd. :Samarbeid med TKA 2 Lungetumor til TKA3 på UUS ** | uendret | -4,0 | -2,5 mill |
| Karavdelingen 2 spl, 1 hj. Pl og 1 LIS | uendret | -3,5 | -2,5 mill |
| Institutt for Kirurgisk forskning | uendret | -0,5 | -0,25 mill |
| Produktivitetsvekst Kardiologisk avd => økte ablasjoner | uendret | | -9,25 mill |
| Flytting av Karavdelingen ut av Aker | Nytt | -9 | -6,0 mill |
| Varekostander=> Hinasavtaler og valg av utstyr | Nytt | | -2,0 mill |
| Ny forhandlede vaktplaner lavere enn 60 timer pr. uke for hele HLK klinikken | Nytt | | -2,0 mill |
| EBUS, pas på hotell Lungeavd. | Nytt | | bedre belegg |
| Kard. Pasienter på TKA 2 => økt pas. volum, event. flytte pas. fra overvåkingen til TKA 2 | Nytt | | -0,5 mill |
| Kard. Avd billigere Elfys utstyr | Nytt | | -0,5 mill |
| Thoraxkirurgisk avd. - hjerteventil (Hinas) | Nytt | | -0,5 mill |
| SUM | | -50 | -61 |
| REST | | -10 | -25*** |

*Fra styrebehandlingen 15.des 2011

**Usikkerhet ved tiltakene avhenger av løsningen på KAR

*** -25 mill er en rest fra prognosen på -11 mill samt en forverring av årets resultat med -14 mill

Nye eller endrede tiltak etter styrebehandlingen 15.des 2011

- Klinikken foreslår å flytte Karavdelingen ut av Aker. Det er estimert at det vil kunne gi en besparelse i klinikken på 6 mill. I tillegg vil sykehuset få en besparelse ved at ulempekostnadene ved drift av Aker reduseres. Etter at det er bestemt hvor Karavdelingen skal flytte, vil det settes ned et prosjekt med et mandat for beskrivelse av innflyttingen.
- Klinikken har hvert år hatt et potensial på besparelser ved kjøp av varer. Dette vil skje ved valg av billigere utstyr samt forhandlinger via HINAS. Dette vil gi en besparelse på 6 mill.
- Klinikken vil fokuseres på å redusere tjenesteplaner pr. overlege som er over 60 timer til under 60 timer pr. uke. Dette vil kunne gi en besparelse på 2 mill.
- Pasienter til EBUS-behandling på Lungeavdelingen bør over på hotell hvis de ikke reiser hjem samme dag. Dette vil kunne gi en besparelse på 0,1-0,5 mill.
- Kardiologiske pasienter kan sambruke senger med Thoraxkirurgisk avdeling (TKA2). Disse pasientene kan belegge tre senger mandag og to senger tirsdag. Dette vil kunne gi totalt 8 flere pas. i uken. Disse pasientene vil i gjennomsnitt representere 2 PCI-behandlinger og 6 diagnostikkutredninger. Noen i siste gruppe vil gå til kirurgi. Økt pasientvolum vil kunne gi en forbedring av økonomi på 0,5 mill.
- I tillegg vil Kardiologisk avdeling ha fokus på at alle pasienter ligger på riktig omsorgsnivå (LEON). Dersom Kardiologisk sengepost er full, vil pasienter som kan flyttes ut fra Kardiologisk overvåking, kunne flyttes til TKA 2 sengepost
- Kardiologisk avdeling kan gjøre en innsparing ved valg av billigere elektrofysiologisk utstyr på 0,5 mill.
- Etter en nøye vurdering vil noe av klinikkens høykostaktivitet måtte reduseres for å få levert et budsjett i balanse. Dette er ikke ønskelig fra klinikken særlig av hensyn til pasientene som får redusert tilbud innen enkelte nyere behandlinger og på grunn av faglig utvikling av klinikken som en regionsklinikk.

4. Reduksjon i kostnader mv. (nærmere omtale av tiltak på utvalgte områder).

Legeressurser

- Thoraxkirurgisk avdelings omstilling vil resultere i avvikling av enkelte vaktordninger. Dette igangsettes så snart det er ferdig behandlet i OUS. Jfr planer om omstilling av TKA.
- redusere arbeidstid til under 60timer / uken, 2 mill.

Pleieressurser

- klinikken har startet opp et arbeid med gjennomgang av bemanning i henhold til bemanningsnormen.
- innflytting av Karavdelingen vil gi riktigere størrelse på sengepost. Beslutning om flytting avventes.

Andre arbeidsressurser

- gjennomgang av tjenesteplaner for perfusjonister, det er igangsatt et arbeid med kartlegging av behov for tjenesten slik det er i dag.

Drift av operasjonsstuer

- Klinikken har ikke svart på drift av operasjonsstuer, da ikke aktuelt å svare på dette.

Planlegging av poliklinisk virksomhet

- klinikken ønsker å utvide poliklinikktilbudet, men er avhengig av å få bygge om lokalene i Medisinsk poliklinikk på Rikshospitalet for at dette skal være mulig å gjennomføre rent praktisk.

- ved tilsetting i polikliniske stillinger tilpliktet man å gå i turnus.

Årsplan for gjennomføring av virksomheten

- klinikken har iverksatt et arbeid med årsplan, dette vil vi komme tilbake til senere
- sommeren skal driftes med tilpassede arbeidsplaner for alle yrkesgrupper

Begrensninger i fullmakter for lønnsfastsettelse, arbeidstid og tilkalling av ekstra personell

- dette fungerer i dag i hht vedtatte prosedyrer

Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

- Klinikken har en oppdatert oversikt over de ulike avtalene i klinikken, dette er avtaler inngått administrativt og mellom arbeidstaker – arbeidsgiver.
- Enkelte avtaler er allerede opphevet, og det gjøres en gjennomgang i forhold til hvilke som er nødvendig for å sikre driften i ulike enheter.

| Avdeling | Seksjon/enhet: | Sted: | Avtale | Varighet | Type | Har dokumentasjon | Vurdering av behov | Videre føres? |
|-------------------|--------------------------|---------|--|-------------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------|
| Kardiologisk avd. | Kardiologisk overvåkning | RH | Ansatte som bare går natt får et tillegg på 40.000.- i 100% stilling | ? | Adm best | Nei | | |
| Kardiologisk avd. | Kardiologisk overvåkning | RH | Ansatte som sitter på scoop får 10.000.- i 100% st | ? | Adm best | Nei | | |
| Thoraxkirurgisk | Thoraxkirurgisk intensiv | RH | Det utbetales 100% tillegg for dobbeltvakt (som erstatning for forskjøvet vakt). | 2001- | Adm best | ja | | |
| Thoraxkirurgisk | Thoraxkirurgisk intensiv | RH | Kr 1000.- for nattevakter utover det som ligger i turnusen? | 2003- | Adm best | ja | | |
| Thoraxkirurgisk | Thorax sengepost | RH | Arbeid 80% natt gir 100% lønn | ? | Adm best | Nei | Jfr avtale gen.int | Nei |
| Flere | Flere | RH | 100% overtid fra første overtidstid | ? | Adm best | ja | | Nei |
| Thoraxkirurgisk | Perfusjonister | RH | Beredskapsavtale generell | ? | Særavtale | JA | | |
| Thoraxkirurgisk | Perfusjonister | Rh | Beredskapsavtale ECMO | ? | Særavtale | JA | | |
| Thoraxkirurgisk | Perfusjonister | US | Beredskapsavtale | ? | Særavtale | ja | | |
| Thoraxkirurgisk | HIO | RH | Gamle avtaler fra Hjertesenteret i Oslo | ? | Særavtale | ja | | |
| Kardiologi | | US | Hjemmevaksavtale angio (radiografer) | ? | Særavtale | ja | | Ja |
| Kardiologi | | Ullevål | Hjemmevakt for radiografer på hjerte/kar avd. | 15.06.08-30.09.08 | Særavtale | Ja | | Ja, revideres |
| Thoraxkirurgisk | operasjon | RH | Hjemmevaksavtale opr spl. | ? | Særavtale | ja | | Ja |

*Alle særavtaler ved TKA for perfusjonister vil gjennomgå mht. reorganisering av perfusjonistjenesten.

Reduksjon i innkjøpskostnader

Klinikken har god oversikt over priser og bruk av dyre implantater / driftsutstyr knyttet til dyre

behandlinger. Dyre prosedyrer rapporteres og følges opp hver uke. Tidligere deltok klinikken sammen med innkjøp i forhandlinger om avtaler og priser med leverandør. I dag er dette arbeidet plassert hos Sykehuspartner som forhandler priser og avtaler på vegne av sykehuset (H avtaler). Klinikken fikk i 2011 et rammekutt på -18 mill knyttet til reduksjon av innkjøpspriser og valg av varer uten at klinikken selv har mulighet til å være med å forhandle priser med leverandør. Økt bruk av DES ved PCI øker i varekost med ca 1.500.000,- i tillegg vil klinikken kunne få helårseffekt av forhandlede HINAS- avtaler i 2012 på Pacemakere og ICD'er, og forventer et fall i varekostnader på grunn av nye priser for enkelte varegrupper. Totalt sett forventer klinikken å spare 2 mill på varekostnader knyttet til forhandlede avtaler gjennom Hinas og avdelingenes valg av produkter.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Antallet med fullmakter til innkjøp kan muligens snevres inn, men to hovedlokalisasjoner og forskjellige IKT systemer gjør at fullmaktene må fordeles på flere. Innkjøp bør ha et "levende" fullmaktsregister på innkjøp for hele sykehuset. Klinikken vil ha fokus på at fullmaktene formelt er delegert riktig og skriftlig til den enkelte, og at det er få, men hensiktsmessige personer som har innkjøpsfullmakter på den enkelte seksjon.

4. Gjennomføring av bemanningsreduksjoner

HLK skal ha en bemanningsreduksjon i Thoraxkirurgisk avdeling som er betydelig. Dette skal tas ut både i form av stillinger, timer i ulike tjenesteplasser og innleie / overtid. Det er en relativt høy turnover for først og fremst sykepleiere i avdelingen / klinikken, slik at det antas i dag at nedtrekket kan gjøres uten ny innplasseringsprosess.

5. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Klinikken ser at budsjettåret 2012 vil bli et svært utfordrende år økonomisk. Klinikken har lagt ned mye ressurser i å kvalitetssikre strukturendringer på klinikken som vil redusere utgiftsrammen med til sammen 51,75 mill, og i tillegg gi en produktivitetsvekst med effekt på 9,25 mill. på Kardiologisk avdeling. Klinikken mener at det er betydelige gevinster knyttet til å gjennomføre flere strukturendringer i fremtiden.. Utsatt beslutning om Thoraxkirurgisk avdelings omstilling skaper økt risiko i forhold til å nå de økonomiske målene som er satt for budsjett ved Thoraxkirurgisk avdeling. Dersom klinikken må svare på hele det økonomiske innsparingskravet, vil resultatet kunne bli færre behandlinger innenfor antall lands- og regionsfunksjoner ved klinikken. Resultatet på klinikken ble forverret med 14 mill sett i forhold til estimert resultat.

6. Medvirking

Alle tiltak er diskutert på avdelingsnivå i klinikken. Tiltakene er presentert og drøftet med arbeidsmiljøutvalg og tillitsvalgte.

7. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Pasientsikkerheten under behandling:

- behandlingens kvalitet

Avdelingene har i dag høy kvalitet, dette må sikres i det videre arbeidet til tross for lavere bemanning og et mindre budsjett. Ved Thoraxkirurgisk avdeling, der det meste av omstillingen vil skje, følges kvalitetsdata månedlig i en egen rapport som går til klinikkleder. Ved strukturendringer og flyttinger av pasientforløp fra Ullevål til Rikshospitalet kreves det gode planlagte pasientforløp.

- faren for svikt i behandling/brudd på pasientrettigheter

Omstruktureringene ved klinikken er av en slik karakter at det ikke skal være fare for sikkerheten for noen pasienter og rettigheter vil bli ivaretatt.

Aktivitetsnivå:

- fristbrudd:

Det vil kunne bli mulighet for lengre ventelister og fristbrudd innen ablasjon - og PCI -aktivitet ved Kardiologisk avdeling. Bemanningen er marginal sett i forhold til den økte aktiviteten.

- mulighet for flere fristbrudd, lengre ventelister

Antall behandlede pasienter kan bli noe redusert ved TKA

- gjennomføring av lovpålagte tjenester:

Klinikkens svar på hele det økonomiske kravet er at det vil bli færre behandlinger innenfor noe høykostmedisin. Dette er svært lite ønskelig både på grunn av pasientbehandlingen og på grunn av tilbud og behandling som sykehuset bør tilby som et regionspsykehus.

- antall behandlede pasienter:

Antall behandlede pasienter kan bli noe redusert.

Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet):

- tilrettelagt arbeidsforhold

Det er ved enkelte seksjoner i klinikken kulturutfordringer som utgjør en risiko for godt samarbeid og miljø.

Aktiviteten komprimeres innen eksisterende areal, dette gir en fortetting for ansatte og pasienter. Det mål arbeides med å sikre god samhandling og kommunikasjon på tvers av faggrupper og med pasientene.

- faren for svikt og skader:

Faren for svikt og skade endres ikke vesentlig som følge av overholdelse av lov og avtaler:

Klinikken har mange AML-brudd, noe som kan øke ved redusert bemanning. Det arbeides for at gjennomføring av nye tjenesteplaner skal sikre godkjente arbeidstidordninger for alle grupper

Omdømme:

- kvalitet:

Ved flytting av pasientgrupper internt i klinikken er det viktig at pasientforløp kvalitetssikres slik at klinikken leverer den samme god kvaliteten.

- fagomdømme:

Det må arbeides for at ansatte blir sett og hørt i interne prosesser for å hindre at omdømme svekkes. Gode pasientforløp er også en forutsetning for at pasientene skal føle seg trygge og godt ivaretatt.

Klinikk

Akuttklinikken AKU

Akuttklinikken**1. Nøkkeltall for klinikken:**

| | |
|--|------|
| Brutto årsverk desember 2011 ¹ | 2271 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 | 2179 |
| Behov for reduksjon i brutto årsverk | 92 |
| Klinikkenes planlagte reduksjoner i brutto årsverk pr. jan. 2012 | 92 |

Eksklusive eksternt finansierte stillinger, gjennomsnitt for budsjett 2012

1) Oppdatert med:

- a. 14,3 årsverk for endring av overenskomst for overleger RH – effektuert januar 2012 (ingen økonomisk effekt)
- b. kompensasjon med 8,7 årsverk for endring fra turnus til skift – effektuert januar 2012

2. Tilpasning av aktivitet*Tilpasning av kapasiteten til nye plantall*

Akuttklinikken har redusert bemanning i tråd med planene for overføringen til VV/Ahus. Klinikken har fortsatt turnustekniske årsverk knyttet til Intensiv og Akuttmottak Aker pga gjenværende aktivitet som gir ikke-optimale driftsforhold. Tilsvarende på Avdeling for Anestesiologi (leger) Aker pga gjenværende beredskap. Prehospitale tjenester har måttet øke sin aktivitet og bemanning som følge av økt transport (lengre distanser) ved overføringen av pasienter til Ahus.

De ulike klinikkenes behov for operasjonskapasitet og for anestesikrevende virksomhet vil i all hovedsak være premissleverandører for aktivitetsplanleggingen i Akuttklinikken. Operasjon- og Sterilavdelingen tilpasser sin drift til de innmeldte behov for operasjonsteam. Anestesienhetene forholder seg til det på forhånd avtalte anestesiteam klinikken har forpliktet seg til å levere. Vinter 2012 er det ikke meldt inn behov for reduserte operasjonsteam og anestesiteam. Avdelingene må derfor dimensjonere sin bemanning i henhold til dette.

*Oppgavedeling og samhandling**Planer for deling av oppgaver med 1. linjetjenesten*

Alle konsekvenser av samhandlingsreformen er ikke avklart for prehospitale tjenester p.t. Reformen vil kunne medføre kortere sykehusopphold og økt behov for ambulansetransport ved hjemreise, samt økt antall reinnleggelser og kontroller på sykehus. Dette kan bety økt antall transporter for prehospitale tjenester.

PhS deltar i prosjekter i forhold til å kanalisere pasienter til riktig nivå. I den anledning har vi møter med legevaktene i Oslo og Akershus samt de største sykehusene. Hensikten med møtene er bevisstgjøring samt vurdere og fastsette nye pasientlinjer hvor vi søker å redusere antall ambulanseoppdrag, samt å ha større fokus på taxi som alternativ til ambulanse. Videre at legevaktene i større grad vurderer hjembesøk av lege som alternativ til å transportere eldre pasienter inn til legevakt (særlig sykehjem og omsorgsboliger).

Kostnadene i PhS er initiert av driftsformer/rekvireringspraksis på legevakter. En reduksjon i antall rekvireringer (taxi og ambulanse) vil medføre reduserte kostnader. Vi er helt avhengig av ”å få alle aktører på banen.” Her ligger store muligheter til besparelser.

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

Prehospitaltjenester dekker flere sykehusområder, også uten for OUS. Det har vært en gjennomgang av ansvar i forhold til prehospitaltjenester i Asker og Bærum. OUS skal fortsatt ha ansvar for Asker og Bærum. Det er også behov for en gjennomgang opp i mot AHUS. Omfang og opplegg vil bli avklart tidlig i 2012.

3. Oppsummering av planene i klinikken for å imøtekomme budsjettkrav for 2012

Akuttklinikkenes hovedprioritering er å opprettholde beredskap og kvalitet på øyeblikkelig hjelp. Høy beredskap ved flere av våre lokalisasjoner har en stor kostnad. Et mål for sykehuset er å redusere denne til færrest mulige lokalisasjoner. Akuttklinikken er den klinikken som bærer den tyngste andelen av beredskapen. Dersom beredskap opprettholdes på alle lokalisasjoner, betyr dette store kostnader for Akuttklinikken og sykehuset.

Akuttklinikkenes målsetting er å skjerme forskning og fagutvikling og å opprettholde budsjettet på et uendret nivå. Traumevirksomheten er styrket.

Klinikkledelsen har etterlyst finansiering av ø-hjelpsrelatert aktivitet i tråd med lovpålagte oppgaver og aktivitetsutvikling innenfor Intensiv og Prehospitalt Senter. De tildelte rammer dekker ikke oppdragsveksten innenfor disse områdene.

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå/Senter

| Avdeling | Innarbeidet årsverk i budsjett 2012 pr avdeling | Nye tiltak | | | | | Sum tiltak | |
|---------------------------|---|---------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------------------|---------------|----------------|
| | | Øhjelp Aker | | Bygg 31 Ullevål til Aker | | Reduksjon 4 elektive operasjonsstuer | Helårs-effekt | Halvårs-effekt |
| | | Helårs-effekt | Halvårs-effekt | Helårs-effekt | Halvårs-effekt | | | |
| Akuttmottak | -9,5 | -12,0 | -6,0 | -2,0 | -1,0 | | -23,5 | -16,5 |
| Anestesiologi | -11,0 | | | -0,5 | -0,3 | | -11,5 | -11,3 |
| Anestesisykepleie | -11,0 | -2,0 | -1,0 | | | | -13,0 | -12,0 |
| Forskning og utvikling | 0,0 | | | | | | 0,0 | 0,0 |
| Smertebehandling | -2,0 | | | | | | -2,0 | -2,0 |
| Traumatologi | 4,0 | | | | | | 4,0 | 4,0 |
| PO/Intensiv | -10,0 | -13,0 | -6,5 | -1,0 | -0,5 | | -24,0 | -17,0 |
| Operasjon | -6,5 | -3,0 | -1,5 | -5,0 | -2,5 | | -14,5 | -10,5 |
| Sterilavdelingen | 1,0 | | | | | | 1,0 | 1,0 |
| Utdanningssenter, Prester | 0,0 | | | | | | 0,0 | 0,0 |
| Klinikkledelse | -1,0 | | | | | -18,0 | -19,0 | -19,0 |
| Overordnet på klinikk | 0,0 | | | | | | 0,0 | 0,0 |
| Sum AKU eksk PhS | -46,0 | -30,0 | -15,0 | -8,5 | -4,3 | -18,0 | -102,5 | -83,3 |
| Prehospitalt senter | -9,0 | | 0,0 | | 0,0 | 0,0 | -9,0 | -9,0 |
| SUM Klinikkk AKU | -55,0 | -30,0 | -15,0 | -8,5 | -4,3 | -18,0 | -111,5 | -92,3 |

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

| Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012 | Er tiltaket: Nytt, endret eller uendret?* | Effekt på antall årsverk | Økonomisk effekt (mill kroner) |
|---|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| Egen drift og kostnadsdrivere | Endret | 21,7 | 16,2 |
| Avvikle ø-hjelp Aker og redusere beredskap Aker | Endret/nytt | 36,0 | 17,1 |
| Reduksjon 4 elektive operasjonsstuer | Nytt | 18,0 | 14,0 |
| Flytte all dagkirurgi til Aker | Nytt | 4,3 | 2,7 |
| Avvikle drift Aker | Endret | 10,0 | 5,5 |
| Oppbygging av traumatologi | Uendret | -4,0 | -3,4 |
| Haleaktivitet Ahus | Endret | 3,3 | 1,6 |
| Sommerferieavvikling | Endret | 3,5 | 2,2 |
| Sum | | 92,3 | 55,8 |

*Fra styrebehandlingen 15.des 2011

Avdelingene meldte i desember inn tiltak på til sammen 55 årsverk, fordelt med 9 på PhS og 46 på klinikken for øvrig (oppdaterte tall). I denne leveransen har klinikken funnet tiltak for ytterligere 57 årsverk med effekt på 37 årsverk i 2012. Totalt utgjør dette 92 årsverk som er beregnet til 55,8 mnok. I tillegg er det lagt inn en stor ambisjon på reduksjon av innleie med rundt 20 mnok på de enheter med høyest forbruk. PO/Intensivavdelingen er noe styrket bemanningsmessig ved omprioritering internt og noe økte budsjettmidler. PhS har fått økt bevilgning fra HSØ.

Nye eller endrede tiltak etter styrebehandlingen 15.des 2011

Akuttklinikken har gjennom flere år hatt økt aktivitet med tyngre og mer komplekse pasienter på intensivene (2011: respiratordøgn +8,11%). Dette har medført meget høye kostnader utover budsjett i 2011. Klinikken burde ut fra dette foreslå tiltak rettet mot intensivdriften. Imidlertid er dette ø-hjelpvirksomhet som vi ikke kan redusere. Ahus-overføringen og driftssituasjonen ved Medisinsk klinikk gir ytterligere økt press på Akuttklinikkens intensivsenger. Dagens organisering av intensivdrift i OUS påfører dermed Akuttklinikken økte kostnader uten budsjettdekning. Etablering av full intermediearfunksjon kan bidra til å lette presset på intensivene. Det foreligger ingen finansieringsordning verken internt i OUS, i HSØ eller på landsbasis for denne høyspesialiserte og kostbare virksomheten.

Akuttklinikken har derfor hatt fokus på å finne nye tiltak i andre deler av virksomheten:

- Avvikle ø-hjelp og redusere beredskap på Aker.** Svært mye av merforbruket til Akuttklinikken på Aker er knyttet til ikke-optimal drift av enheter samt beredskap knyttet til restaktivitet
→ Dette forutsetter en samordnet og overordnet koordinering og beslutning på sykehuset. Det er forusatt iverksatt sommeren 2012. Denne beslutningen haster.
- Avvikle dagkirurgi i bygg 31 på Ullevål** og flytte denne dagkirurgiske virksomheten til Aker. Dette vil kunne gi stordriftsfordeler både for Operasjon, Anestesi og Sterilavdelingen som server denne virksomheten.
→ Dette er ett innspill som vil kunne gi store kostnadsbesparelser for andre klinikker og for sykehuset, eks. for Eiendom, OSS. Innspillet er på tankestadiet og krever ytterligere bearbeiding og involvering av alle aktører før en eventuell beslutning. Tiltaket er forutsatt iverksatt fra sommeren 2012. Prosjektet vil være en forløper til et felles dagkirurgiprojekt i OUS som nå utredes. Tidsaspektet er en risiko for tiltaket.

3. **Reduksjon av 4 elektive operasjonstuer** gir nødvendig budsjettreduksjon, men innebærer en nedskallering av operativ kapasitet i sykehuset. Dette forutsetter ytterligere driftsoptimalisering eller reduksjon av elektiv kirurgi. Se punkt 8 Risikovurdering.

4. Reduksjon i kostnader mv. (nærmere omtale av tiltak på utvalgte områder).

Legeressurser

Avdeling for Smertebehandling ansetter lege(r) som erstatning for innleid lege og konsulenter i tråd med retningslinjer for OUS. Høy aktivitet på operasjonsstueene på dagtid kombinert med behov for beredskapsfunksjon på Aker er en av de viktigste årsakene til at avdeling for Anestesiologi ikke kan redusere bemanningen ytterligere på Aker.

Pleieressurser

Akuttklinikken er en serviceklinikk og tilpasser bemanning i henhold til andre klinikkers aktivitet. Intensivenhetene har økt aktivitet med tyngre og mer krevende pasienter. Tiltak knyttet til reduksjon av pleieressurser er beskrevet under budsjettiltakene.

Andre arbeidsressurser

Prehospitalt Senter legger til grunn et aktivitetsnivå som i 2011, men er usikre på om samhandlingsreformen vil gi aktivitetsvekst. Det utredes tiltak som ”minihelseekspresser” for å drifte og utnytte ressursene så effektivt som mulig. Sterilavdelingen sliter med særdeles høyt sykefravær. Med drift på 4 steder er det utfordrende å redusere bemanningen.

Drift av operasjonsstuer

Retningslinjer for bruk av driftsteam og implementeringen av disse er evaluert. Driftsteamene fungerer i varierende grad: kirurgene har ikke nødvendig eierforhold; svært detaljerte retningslinjer; oppfattes som byråkratisering og overstyring. Driftsteamene kan være lite hensiktsmessige i sin nåværende form, med seksjonering som i liten grad inviterer til samhandling på tvers av fagområder. Hvis modellen skal fungere, må leder av driftsteamet ha myndighet til å treffe operative beslutninger som følger driftsenheten der flere avdelinger er involverte. Driftsteamene bør ta hensyn til lokale geografiske forhold og være organisert ut fra hensiktsmessig driftsenheter. Man må identifisere lokale utfordringer på de ulike operasjonsenheter med tanke på drift, samarbeid og struktur. Sykehuset må vurdere om man skal ha færre driftsteam i tråd med naturlige driftsenheter.

Tidsbruk i seansene

Vi har nå snart implementert Albert+ i hele organisasjonen unntatt på Aker som skal fortsette med Dips. Systemet vil gi god dokumentasjon av aktivitet, seanser og tid.

Planlegging av poliklinisk virksomhet

I Smerteavdelingen gjennomgår 2 leger søknader ukentlig. Initial ressursbruk bestemmes der. Det er satt ned en gruppe som skal beskrive hvordan tverrfaglig pasientutredning og pasientbehandling skal drives effektivt. Avdelingen har ikke kvelds-, natt- eller helgearbeid.

Årsplan for gjennomføring av virksomheten

Akuttklinikken tok høsten 2011 initiativ til etablering av en rutine for innmelding av planer for all operasjonsaktivitet i OUS. Hensikten var å etablere en samlet oversikt over all operasjonsaktivitet i OUS både ved normal drift og i lavaktivitetsperioder. Dette igjen for å kunne harmonisere samlet ressursbruk og optimalisere driften:

- innmelding av planer for operativ virksomhet skulle skje tre ganger per år
- planer skulle meldes via klinikksjef (driftsteam)

Alle planer er nå samlet og tilgjengeliggjort på Akuttklinikens intranettside og viser antall operasjonsteam fordelt på sted og spesialitet. Videre fremdrift:

- Ledergruppen beslutter plan for vinter/vår 2012 snarest og avstemmer mot budsjett 2012. Planen for vinter/vår 2012 er høyere enn budsjett 2012 gir rom for. Nytt akuttbygg og all flytting er ikke meldt inn. Dette vanskeliggjør å bruke planen slik intensjonen var.
- Sommerperiode og drift Aker avklares snarest for å få på plass planer for sommeren 2012
- Rutinen med periodisk innmelding tre ganger per år kontinueres. Ansvar: Akuttklinikken
- Periodisk innmelding av planer utvides til å inkludere uteaktivitet

Begrensninger i fullmakter for lønnsfastsettelse, arbeidstid og tilkalling av ekstra personell
Lønnsfastsettelse utover minstelønn må klareres på N2 nivå. Tilkalling av ekstra personell - her følges retningslinjene som er lagt sentralt.

Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Avtalene i klinikken er gjennomgått med alle avdelinger. De fleste avtalene er avviklet eller under avvikling. Klinikken har valgt som strategi å beholde to typer avtaler som bidrar til å dekke ubekvem arbeidstid i stedet for å leie inn byråvakter eller bruke overtid som gir høyere kostnader og økt belastning på personalet:

- Kompensasjon for høy nattevaksandel i stillingen
- Kompensasjon for å jobbe oftere enn hver tredje helg

Reduksjon i innkjøpskostnader

Avdelingene har stort fokus på å minimere forbruk og foreta korrekte innkjøp. Det skal ikke kjøpes til lager (hamstring). Våre varekostnader henger sammen med aktivitet og for mange avdelinger kreves det et tett samarbeid med legene for å ha riktige varer tilgjengelig. Flere avdelinger i klinikken er aktive deltakere i anbudsprosesser i HSØ på vegne av OUS. Det arbeides også internt med spesifikke avtaler som kan gi innsparinger, som ny avtale for NO gass. Klinikken har dialog med innkjøp om oppdatering av avtaleprodukter og priser i innkjøpssystemene. 3 ulike innkjøpssystemer og 3 ulike fakturasystemer kompliserer oppdatering av nye avtaler og priser. Dette betyr at det handles inn på gamle avtaler til for høye priser. Dette har konsekvenser for driftsøkonomien til avdelingene og klinikken.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Klinikken har fokus på å heve innkjøpskompetansen internt og har fokus på færrest mulig med innkjøpsfullmakter med seksjonsleder som anviser. Dagens situasjon med 3 innkjøps- og 3 fakturasystemer gjør at antallet fullmakter må være langt høyere enn ønskelig, ikke minst fordi det må være tilstrekkelig fullmakter for å drifte effektivt også i ferier/fravær.

5. Gjennomføring av bemanningsreduksjoner

Bemanningsreduksjon kan først gjøres etter at Aker har avviklet ø-hjelp. Det er ikke behov for en ny innplasseringsprosess i klinikken.

6. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

De foreslåtte tiltakene vil være tilstrekkelige for å gå i budsjettbalanse, men er avhengig av en rekke forutsetninger for å kunne være gjennomførbare. Tidsaspektet er en risiko for å ikke oppnå den beregnede økonomiske effekt. Mange av tiltakene er knyttet opp mot beslutninger i andre klinikker og overordnet på sykehuset. Dette gjelder spesielt beslutninger knyttet til videre drift ved Aker, sommerferieplanlegging, flytting av dagkirurgi fra Ullevål til Aker og reduksjon av 4 operasjonsstuer

for elektiv kirurgi. Klinikkens beslutninger er også avhengig av aktivitetsutviklingen innen kirurgi, intensiv og PhS. Flytting av dagkirurgi fra bygg 31 er ikke utredet.

7. Medvirking

Budsjett 2012 har vært et fast tema på klinikkens ledermøte ukentlig samt i oppfølgingsmøter med avdelingene. Økonomistab er hovedansvarlig for gjennomføring av prosessen, mens eierskap og beslutninger i budsjettarbeidet ligger i linjen på seksjonsledere, avdelingsledere og klinikkleder. Alle ledere er involvert i eget budsjett. Budsjettet bygges opp fra laveste nivå med lokal deltakelse fra ansatte, TV og VO. Klinikkens TV og VO har deltatt på klinikkens ledermøter hvor budsjett har vært tema gjennom høsten 2011.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Risiko i pasientsikkerhet og kvalitet

Samling av ø-hjelp vil øke risiko for behandlingskvaliteten i mottaksfunksjonene i hele perioden frem til nytt Akuttbygg er ferdig. Reduksjon av samlet kapasitet i mottaksfunksjon innebærer en risiko for kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen med mindre den følges opp av en tilsvarende forbedring i logistikk og pasientflyt, samt et godt avtagerapparat, spesielt i Medisinsk klinikk (sengekapasitet). Avvikling og overføring av intensivfunksjoner fra Aker til Ullevål innebærer også en kapasitets/kvalitetsutfordring ved aktivitetstopper i OUS samlet.

Reduksjon av elektive operasjonsstuer vil gi redusert operativ kapasitet i sykehuset med lengre ventelister som resultat. Dette kan gi garanti og fristbrudd for flere pasientkategorier. Tiltaket kan influere på øyeblikkelig hjelpkapasitet ved at man får samtidighetsproblemer ved pågående elektiv virksomhet med for liten kapasitet.

Risiko arbeidsmiljø

Kapasitetsutfordringer og krav til fleksibel bruk av bemanning i forhold til varierende ø-hjelpsaktivitet medfører økt risiko for arbeidsmiljøet, spesielt med tanke på forutsigbarhet og økt arbeidspress. I tillegg anses arbeidsmiljøet å være preget av usikkerhet grunnet den krevende samlede situasjonen sykehuset er i for tiden grunnet omstillingen. Arbeidsbelastningen ved PO/intensivavdelingen er stor, og verneombud har kommet med bekymringsmeldinger vedrørende dette. Tilsvarende er det uro blant deler av de ansatte ved Aker som har levd under usikkerhet når det gjelder iverksettelse av overføringen av øyeblikkelig hjelp. En viktig faktor for å redusere denne usikkerheten er at det kommer en helhetlig plan med faste datoer for når dette skjer.

Klinikkledelsen ser også med bekymring på den totale arbeidsbelastningen som ledere utsettes for med flere svært krevende og omfattende prosesser og som gjennomføres samtidig.

Risiko omdømme Summen av de forhold som inngår i pasientsikkerhet og kvalitet vil utgjøre en risiko for sykehusets omdømme.

Klinikk

Klinikk for Diagnostikk og Intervensjon - KDI

DEL 1 – KLINIKK

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | |
|--|------|
| Brutto årsverk Desember 2011 ¹ | 1881 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 1863 |
| Behov for reduksjon i brutto årsverk ¹ | 18 |
| Klinikkens planlagte reduksjoner i brutto årsverk ¹ | 18 |

| År | 2011 | 2012 |
|---|------|------|
| Estimert antall DRG poeng ² | | |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ³ | | |
| Estimert antall pasientopphold | | |
| Antall senger i klinikken | | |

2. Tilpasning av aktivitet

Tilpasning av kapasiteten til nye plantall

KDI må med dagens rammeforutsetninger ned i aktivitet for å kunne overholde budsjettrammene. Som følge av redusert aktivitet og nedbemanning i samtlige klinikker i OUS forventes det en nedgang i henvisninger fra de andre klinikkene til KDI. Det er også gode holdepunkter fra tilsvarende innsparingsprosjekter i andre helseforetak for at det foreligger et visst overforbruk av radiologi og laboratorietjenester, og at forbruket av tjenestene fra KDI knyttet til behandlingen av den enkelte pasient i OUS kan reduseres ved en gjennomgang av forbruksmønsteret. Flertallet i OUS-ledermøtet har fremmet ønske om å forsøke en redusere de kliniske avdelingers forbruk av radiologi og laboratorietjenester med 5 % mot 2011 nivå. Klinikken må da gå i dialog med de største brukerne for å begrense bruken. Til å understøtte dette arbeidet vil en kunne bruke LIS som styringssystem for radiologibruk, og forhåpentligvis etter hvert også LIS som styringssystem for å styre forbruket av lab.tjenester.

KDI/Radiologi er nå i prosess med å fremskaffe datagrunnlag, slik at de andre klinikkene får kvoter på bruk av radiologitjenester tilsvarende et nedtrekk på 5 %, og må selv prioritere sin bruk. Metoden har vært diskutert på OUS-ledermøte, og klinikken har tro på raskt å få på plass måltall som OUS kan styre etter. Det må også komme en prioriteringsdiskusjon mht om fordelingen av undersøkelser mellom klinikkene er riktig.

Oppgavedeling og samhandling

Legevakten:

KDI har hatt ansvaret for de radiologiske tjenester og laboratorietjenester i tilknytning til pasienter som oppsøker Oslo kommunale Legevakt, dette gjelder både almenndelen og skadedelen. Dette vil fortsette som før.

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger, gjennomsnitt for budsjett 2012, tall justert for UTA konvertering

² DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

³ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

Mobile radiologiske tjenester:

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin (KDI) har ansvaret for å bemanne og drifte de mobile tjenestene til kommunens sykehjem. Dette er et samhandlingsprosjekt mellom OUS og Oslo kommune og vil fortsette som før.

Tolkning av rtg thorax av asylsøkere:

Oslo kommune har ansvaret for at alle asylsøkere som kommer til Oslo undersøkes for tegn på tuberkulose. Bildene sendes til OUS og KDI (Avd. for radiologi og nukleærmedisin) for radiologisk tolkning. Denne tjenesten har i dag en noe uklar finansiering. Før fusjonen (OUS) lå dette i rammeavtalen mellom Ullevål universitetssykehus og Oslo kommune. Tjenesten fortsetter som før, men finansiering må avklares.

Tolkning av rtg bilder i forbindelse med aldersbestemmelse av barn (rtg håndrot):

Ved tvil om alder på unge asylsøkere tas det et røntgenbilde av pasientens hånd, hensikten er å kunne anslå alder ut ifra skjelett-utvikling. Tjenesten er fullfinansiert via UDI og fortsetter som før.

Undersøkelse på latent tbc-infeksjon:

Det er etablert en ordning hvor KDI utfører prøvetaking og analysering av denne spesialundersøkelsen (IGRA –testing). Dette er et nytt tilbud.

Blodbuss:

Blodbanken i Oslo har siden 2009 hatt en blodbuss for oppsøkende blodtapping. Ønsker å se på bruk av blodbussen i budsjett 2012. Har allerede et tett samarbeid med A-hus om utlån av bussen. Drifting av bussen er dyrt og vi ønsker å se på om dette er en fornuftig resursbruk

Endret arbeidsfordeling mellom OUS HF og andre foretak i regionen

Generelt: KDIs avdelinger har i mange år utført oppgaver for de andre sykehusene i regionen fordi kapasiteten hos de andre har vært for liten. Vi er nå i dialog med mange HF om overtagelse av oppgaver som nå er definert som områdefunksjoner. Patologi har mange slike utfordringer hvor vi utfører oppgaver som områdene selv skulle tatt, og i radiologi er f. eks MR mamma et godt eksempel.

For samarbeidet og arbeidsdelingen innen laboratorieområdet med øvrige foretak i HSØ forholder KDI seg til anbefalingene fra arbeidsgruppene nedsatt av Fagrådet for medisinske støttedfunksjoner.

Det har over flere tiår blitt etablert en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom laboratoriene ved Lovisenberg og Diakonhjemmet og laboratoriene ved OUS. Dette samarbeidet videreføres På grunn av et stort behov for radiologiske tjenester og for liten kapasitet i OUS, arbeides opp mot flere andre foretak i regionen for å få overført kontroller av kreftpasienter og andre pasienter til pasientens lokalsykehus. Det arbeides med å sikre god kvalitet på denne tjenesten bla ved å sikre at undersøkelsene utføres etter samme protokoller som de ville ha blitt gjort ved OUS. Arbeidet med dette vil intensiveres i 2012.

I henhold til Fagrådets anbefalinger bør man innen farmakologi satse på en forsterket regionsavdeling ved OUS, med nettverksbasert rådgivningsfunksjon i forhold til aktivitet ved områdesykehusene. Laboratoriene ved klinisk farmakologi ved OUS bør rustes opp slik at OUS kan fungere som et kompetansesenter for klinisk farmakologi i regionen. For å ivareta denne funksjonen kreves et bredt repertoar av rasjonelle metoder for analyse av legemidler (mtp terapiveiledning), forgiftningsagens (mtp diagnostikk) og rusmidler (bl.a. for oppfølging av LAR-pasienter). En slik opprustning vil på sikt kunne medføre at de klinisk farmakologiske oppgavene i regionen kan løses

bedre både mht økonomi og kvalitet, bl.a. ved at færre analyser blir sendt til andre helseregioner og til private laboratorier.

Endringer i det medisinske tilbudet fra 2011 til 2012

Som følge av redusert aktivitet og nedbemanning i samtlige klinikker i OUS forventes det en nedgang i henvisninger fra de andre klinikkene til KDI. Det er også gode holdepunkter fra tilsvarende innsparingsprosjekter i andre helseforetak for at det foreligger et visst overforbruk av radiologi og laboratorietjenester, og at forbruket av tjenestene fra KDI knyttet til behandlingen av den enkelte pasient i OUS kan reduseres ved en gjennomgang av forbruksmønsteret. Flertallet i OUS-ledermøtet har fremmet ønske om å redusere de kliniske avdelingers forbruk av radiologi og laboratorietjenester med 5 % mot 2011 nivå. Klinikken må da gå i dialog med de største brukerne for å begrense bruken. Til å understøtte dette arbeidet vil en kunne bruke LIS som styringssystem for radiologibruk, og forhåpentligvis etter hvert også LIS som styringssystem for å styre forbruket av lab.tjenester. Det foreligger enda ikke noe vedtak i ledermøte om en slik reduksjon og diskusjonene pågår fortsatt. KDI må med dagens rammeforutsetninger ned i aktivitet for å kunne overholde budsjetttrammene.

3. Oppsummering av planene i klinikken for å imøtekomme budsjettkrav for 2012

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå

| Avdeling | Brutto årsverk ¹ desember 2011 | Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012 | Behov for reduksjon |
|---|--|--|------------------------|
| Administrasjon | 16 | 17 | +1 |
| Avdeling for medisinsk genetikk | 127 | 137 | +10 |
| Avdeling for radiologi og nukleærmedisin* | 649 | 647 | -2 |
| Avdeling for immunologi og transfusjonsmedisin | 210 | 207 | -3 |
| Avdeling for farmakologi | 20 | 18 | -2 |
| Intervensjonssenteret | 42 | 44 | +2 |
| Avdeling for medisinsk biokjemi | 411 | 400 | -11 |
| Avdeling for mikrobiologi | 165 | 163 | -2 |
| Avdeling for patologi | 238 | 227 | -11 |

* ARN omdisponerer arbeidskraften fra dyr variabel lønn til faste radiologstillinger, som sammen med styrking av PET bemanning, noe som gir en positiv økonomisk gevinst, men som øker tekniske "brutto årsverk" og skjuler en nedgang relatert til omstrukturering og bemanningstilpassning.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

| Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012 | Er tiltaket: Nytt, endret eller uendret? | Effekt på antall årsverk* | Økonomisk effekt (mill kroner) |
|---|---|---------------------------------|--------------------------------------|
| Avvikling akuttmottak Aker fra 01.03 – Døgn 01.09 | Uendret | -11 | 4 894 |
| Bemanningsjustering/omstrukturering | Uendret | -32 | 21 207 |
| Kveldspoliklinikk | Uendret | +4 | 10 000 |
| Lab.automasjon/omstrukturering lab | Uendret | -12 | 15 660 |
| Redusert OUS aktivitet | Uendret | -14 | 15 400 |
| Økt.aktivitet/inntekt | Uendret | +11 | 4 850 |

*Viser netto planlagt uttak av årsverk i 2012, ikke snitt årsverk

Klinikken har et utfordringsbilde for 2012 på ca 45 mnok. På grunn av endringer og tilpassninger i driften som medfører økte kostnader, samt usikkerhet rundt kvaliteten og innslagtidspunkt på enkelte tiltak, opererer klinikken med en detaljert tiltaksliste med et potensial på ca 70 mnok, justert for historisk tiltaksoppgjøret på ca 65 % har klinikken dekning for budsjettutfordringen. Klinikken og avdelingene jobber kontinuerlig med kvalitetssikring og implementering av tiltakene.

Nye eller endrede tiltak etter styrebehandlingen 15.des 2011

Ingen nye tiltak eller vesentlige endringer i forhold til et levert saldert budsjett ved forrige styresak.

Klinikken har flere områder hvor investering i automasjon vil gi store gevinster. Spesielt gjelder dette på enkelte av labbene hvor tungt manuelt og bemanningsintensivt arbeid kan erstattes av automatisering, med store arbeidsmiljømessige og økonomiske gevinster. KDI ønsker at sykehuset velger å prioritere noe av de 1,5mrd som er tenkt brukt til omstilling også blir brukt til modernisering/automasjon av utstyrsark for å kunne få en mer effektiv drift.

4. Reduksjon i kostnader mv. (nærmere omtale av tiltak på utvalgte områder).

Legeressurser

Tjenesteplasser for leger gjennomgås kontinuerlig for å avpasse disse til klinikkens behov og økonomiske rammer. Kollektive lønnsordninger, ikke forankret i overenskomst, gjennomgås mht nyansettelser.

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin – reduserer antall legeårsverk med 2 i løpet av 2012.

- Stykkprisfinansiert arbeid avvikles fom 1.januar 2012. Dette kompenseres ved ansettelse av 4 nye legeårsverk som går inn i ordinær bemanningsplan.
- Innleie ved muskel/skjelett, Ullevål avvikles og blir kompensert med ansettelse av 4 legeårsverk.
- PET øker med 1 legeårsverk for å øke kapasitet på antall undersøkelser til budsjettet nivå.
- Reduksjon av ca 10 legeårsverk grunnet redusert aktivitet (5 % nedgang fra klinikkene), avvikling av døgn drift Aker og felles RIS/PACS Aker/Ullevål.

Avdeling for medisinsk genetik – styrker antall legeårsverk med 3 i løpet av 2012 knyttet til kreftdiagnostikk dette henger sammen med økt aktivitet og inntektspotensial på laboratoriesiden, som følge av samlokalisering og nytt utstyr.

Pleieressurser

Ikke aktuelt

Andre arbeidsressurser

Avdeling for radiologi og nukleærmedisin – reduserer diagnostisk personell med ca 7 årsverk i løpet av 2012, nettoendringen er noe lavere pga konvertering av stykkprisfinansiert arbeid.

- Reduksjon ca 9 årsverk grunnet redusert aktivitet (5 % nedgang fra klinikkene), avvikling av døgndrift Aker og felles RIS/PACS Aker/Ullevål
- PET øker med 2 stillinger for å øke kapasitet på antall undersøkelser til budsjettet nivå.

Avdeling for medisinsk genetikkk – styrker diagnostisk personell med ca 3 årsverk i løpet av 2012 knyttet til økt aktivitet og inntekspotensial på laboratoriesiden, som følge av samlokalisering og nytt utstyr.

Avdeling for medisinsk biokjemi – reduserer med ca 20 årsverk i løpet av 2012. Dette er årsverk relatert til redusert aktivitet (5 % nedgang fra klinikkene), til lab.automasjon, avvikling av akuttmottak og etter hvert døgndrift Aker.

Avdeling for patologi – reduserer med ca 13 årsverk i løpet av 2012 knyttet til bemanningstilpasning og omstrukturering i avdelingen, samt reduksjon av aktivitet.

Mikrobiologi og Immunologi gjør bemanningstilpassninger og automasjon tilsvarende 6,5 årsverk.

Pga fremstillingen av årsverk i tabellen ”bemanningsendringer” er et øyeblikksbilde pr desember sammenlignet med et snitt antall årsverk i budsjett, stemmer ikke nettoeffekten av tiltakene (målt etter uttak i 2012) helt med tabellen. F.eks har noen avdelinger en kunstig lav bemanning i desember.

Drift av operasjonsstuer

Ikke aktuelt

Planlegging av poliklinisk virksomhet

Ikke aktuelt for KDI, vår nattbemanning er veldig lav ift dag, sammenlignet med sengeposter.

Årsplan for gjennomføring av virksomheten

Klinikken vil avvente årsjulplanene fra OUS sentrale stab og tilpasse klinikken når det foreligger. Parallelt med arbeidet med å begrense intern bruk av radiologi i OUS ved tildeling av kvoter, vil radiologi gjennomføre en analyse av kapasitet og tilpasse denne plantallene fra klinikkene.

Begrensninger i fullmakter for lønnsfastsettelse, arbeidstid og tilkalling av ekstra personell
OUS sin fullmaktsstruktur er implementert i KDI. Innleie må søkes om i klinikkens stillingsutvalg. Endringer i legers tjenesteplaner kvalitetssikres av HR-staben. Dette muliggjør kontroll med eventuell økninger i innkjøp av timer.

Avvikling av alle avtaler som ligger utenfor avtaleverket

Alle avtaler relatert til stykkprisfinansiert arbeid for radiologer og radiografer blir avviklet per 31. desember 2011, utbetalinger til stykkprisfinansiert arbeid i 2011 anslås til 23mnok inkl sos. avgifter, nettoeffekten er noe lavere da dette må konverteres til dag arbeidstid. Øvrige avtaler gjennomgås p.t. og tas opp til vurdering i samråd med leder for arbeidsgiverpolitisk seksjon medio november.

Klinikken arbeider med gjennomgang av andre avtaler og praksiser. Det er for tidlig å kunne si noe om økonomisk effekt av dette p.t.

Reduksjon i innkjøpskostnader

Det jobbes aktivt med å redusere varekostnader og andre kostnader. Enkelte lab.avdelinger har tidligere jobbet i tett dialog med innkjøp rundt gjennomgang av leverandører og avtaler. Pga redusert kapasitet hos innkjøp og arbeid i forbindelse med flyttinger på avdelinger har dette arbeidet blitt lagt litt på is. Dette vil nå bli tatt opp igjen med fullt fokus, men krever økt kapasitet hos innkjøp. Bedre styringssystemer (LIS), ny oppdatert org.struktur og opplæring/ økt økonomiforståelse gjør det lettere for linjen å følge opp sitt forbruk i 2012. Enkelte tiltak skal gi besparelser på varekostnader, dette vil bli fulgt tett.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Før et felles innkjøp/fakturabehandlingssystem er det vanskelig å begrense antallet med fullmakter. 3 innkjøpssystemer på tversgående avdelinger krever flere som har fullmakter enn hva som hadde vært nødvendig med et system. Klinikken opplever det også vanskelig å rydde i fullmakter pga rot i org.struktur og manglende samlet oversikt over alle fullmakter i de ulike systemene. Dette blir forhåpentligvis bedre i 2012, ettersom eget prosjekt på fullmakter og felles fakturasystem i regi av innkjøp/regnskap er i gang.

5. Gjennomføring av bemanningsreduksjoner

KDI ser ikke behov for en ny innplasseringsprosess i 2012. Behovet for nedbemanning anses håndterbart ved naturlig avgang og lovpålagte permisjoner. Naturlig avgang er relativt stor i alle de mest sentrale stillingsgruppene; riktignok i noe mindre grad for overlegene.

6. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Ut fra resultat 2011 og endringer i budsjettet har klinikken har et utfordringsbilde for 2012 på ca 45 mnok. På grunn av endringer og tilpassninger i driften som medfører økte kostnader, samt usikkerhet rundt kvaliteten og innslagtidspunkt på enkelte tiltak, opererer klinikken med en detaljert tiltaksliste med et potensial på ca 70 mnok, justert for historisk tiltaksoppgjøret på ca 65 % har klinikken dekning for budsjettutfordringen Klinikken og avdelingene jobber kontinuerlig med kvalitetssikring og implementering av tiltakene. Mange av tiltakene er avhengige av resten av OUS mht aktivitetsforutsetninger, og redusert og bedre prioritert bruk av KDI's tjenester. Dette kommer til å bli en lang og krevende prosess, men en nyttig gjennomgang av en knapp ressurs. Med risiko for avdekking av forhold som kan fremkomme under kvalitetssikring, vil klinikken melde om en risiko for resultatavvik på +/- 10 MNOK.

7. Medvirking

Budsjettet for 2012 ble behandlet i Klinikforum, hvor klinikktillitsvalgte og klinikkverneombud deltar, den 25. november 2011 og på nytt 25. januar 2012. Behandlet i klinikk-AMU 7. desember 2011.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

- Pasientsikkerheten under behandling,
 - Diagnostikkvaliteten vil opprettholdes for pasienter som har fått time eller innsendt sine prøver.
 - Det diagnostisk tilbud vil være uendret godt for samme gruppe.
 - KDI har ingen behandlingsgaranti, men kan forårsake fristbrudd hvis kapasiteten i KDI ikke prioriteres riktig.

- Aktivitetsnivå
 - KDI vil ha redusert kapasitet i forhold til 2011
 - Gjennomføring av lovpålagte tjenester vil prioriteres
 - Gjennomføring av øvrige tjenester må prioriteres strengt

- Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)
 - Tilrettelagt arbeidsforhold med tilpasset arbeidskraft til aktivitetsnivå gir grunnlag for å opprettholde gode arbeidsforhold
 - faren for svikt og skader er lav
 - overholdelse av lovavtaler blir prioritert
 - omstilling kan skape betydelig stress for enkelte personer/miljøer

- Omdømme
 - For pasienter som er kommet under diagnostikk og behandling vil kvaliteten være god. For pasienter som tilhører kategorier som har lav prioritet, kan misnøye med ventetider gi en risiko for dårlig omdømme.
 - Fagomdømme vil holde seg uendret godt.

Klinikk

Oslo sykehuservice OSS

DEL 1 – KLINIKK

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | |
|--|------|
| Brutto årsverk Desember 2011 ¹ * | 1723 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 1569 |
| Behov for reduksjon i brutto årsverk ^{1**} | 154 |
| Klinikkens planlagte reduksjoner i brutto årsverk ¹ | 154 |

*brutto årsverk 2011 (jan-des) var 1764 å.v.

** årsverk i 2012 **reduseres med 195 årsverk** i forhold til total ressursbruk i 2011.

| År | 2011 | 2012 |
|---|------|------|
| Estimert antall DRG poeng ² | | |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ³ | | |
| Estimert antall pasientopphold | | |
| Antall senger i klinikken | | |

2. Tilpasning av aktivitet

Oslo sykehuservice har og vil tilpasse sin kapasitet til endret aktivitetsnivå i klinikkene.

3. Oppsummering av planene i klinikken for å imøtekomme budsjettkrav for 2012

Oversikt over nødvendige bemanningsendringer på avdelingsnivå

| Virksomhetsområde | Brutto årsverk ¹ desember 2011 | Brutto årsverk ¹ innenfor budsjett 2012 | Behov for reduksjon |
|------------------------------------|--|--|------------------------|
| Eiendom | 185 | 188 | -3 |
| Innkjøp og logistikk | 266 | 243 | 23 |
| Intern service | 897 | 781 | 116 |
| Administrative fellesfunksjoner | 214 | 191 | 23 |
| Medisinsk teknologi | 80 | 83 | 0 |
| Komparativ medisin | 20 | 21 | -1 |
| Arbeidsmiljøavdelingen | 26 | 23 | 0 |
| Sykehushygiene og smittevern | 22 | 22 | 0 |
| Stab | 14 | 15 | -1 |

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger, gjennomsnitt for budsjett 2012

² DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

³ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

De viktigste virkemidlene for å redusere kostnadene ved avdelingene i 2012

Oslo Sykehusservice sin hovedstrategi vil være effektivisering knyttet til prosessforbedring, organisatoriske endringer og investeringer. Gevinster knyttet til dette vil møte om lag halve utfordringen. Det vil ikke bli budsjettet med flere årsverk enn det rammene gir rom for. Konkret innebærer dette en nedbemanning av ansatte i Oslo sykehusservice.

| Virkemidler for å redusere kostnadene i 2012 | Er tiltaket: Nytt, endret eller uendret?* | Effekt på antall årsverk | Økonomisk effekt (mill kroner) |
|---|--|--------------------------------|--------------------------------------|
| Harmonisere renhold på norm | Uendret | 27 | 10 |
| Behovsrettet renhold | Uendret | 8 | 3 |
| Implementering buffet på RH (mest effekt i 2013) | Uendret | 27 | 3 |
| Prosessforbedring kjøkken | Uendret | 12,5 | 4 |
| Redusert dekning – serviceavtaler medisinsk teknisk utstyr | Uendret | 0 | 7 |
| Redusert antall serviceavtaler eiendom v samhandling | Uendret | 0 | 8 |
| Øke parkeringsavgift ansatte | Nytt | 0 | 4 |
| Rendyrke eiendom og redusere bemanning | Nytt | 9 | 7 |
| Regnskap; effektivisere og redusere kapasitet | Nytt | 6 | 3 |
| Personalforvaltning; effektivisere og redusere kapasitet | Nytt | 6 | 6 |
| Vask/reing av senger overføres til helsepersonell – utredes ytterligere | Nytt | 18 | 5 |
| Avvikle 30% av matverter | Nytt | 13 | 4 |
| Redusert vakthold – utredes ytterligere før besluttes | Nytt | 4 | 2 |

*Fra styrebehandlingen 15.des 2011

Nedenfor omtales de nye tiltak som anses at har størst negative konsekvenser. Disse er ikke besluttet og vil utredes ytterligere.

Vask/reing av senger overføres til helsepersonell

Vask og reing av senger overføres til helsepersonell på post. Maskinvask utgår noe som gir dårligere kvalitet i hygienesammenheng; fare for økt smitte. Helsefaglige medarbeidere ivaretar både vask, reing og teknisk kontroll. I dag er det renholdere som utfører denne oppgaven.

Avvikle matverter, ca 30 %

Matverter er en del av vedtatt endret matkonsept i OUS: Buffetservering og 1-2-3 server. Matvertene har bidratt til økt matsikkerhet. Mattilsynet fullroser både 1-2-3 og matverts-systemet. Poster kan ha egne matverter, hvor opplæring ivaretas av hovedkjøkkenet, men organisering forøvrig må postene ivareta. Dette gir en langt dårligere løsning.

Redusert vakthold

Redusert tilstedeværelse på Rad og Aker (minst aktivitet). Responstid knyttet til brann, vold og trusler øker, mer uforutsigbart.

4. Reduksjon i kostnader mv. (nærmere omtale av tiltak på utvalgte områder).

Alle vare- og driftskostnader vil bli vurdert, men det forventes ikke særlige reduksjoner i disse. Eksterne inntekter vil også bli vurdert.

Oslos sykehusservice forvalter vesentlige vare- og driftskostnader på vegne av sykehuset. Totalt utgjør disse ca 1 milliard kroner. Oslo sykehusservice er blitt bedt om å redegjøre for hvilke kostnader som ligger i "milliarden" og hva som gjøres for å redusere denne. Flere av kostnadene påvirkes av Oslos sykehusservice i mindre grad. De største vare og driftskostnader blir kort beskrevet nedenfor.

Ca 260 millioner går til energi, her vil ytterligere energieffektiviserende tiltak vurderes. Dette vil kunne kreve investeringsmidler, kapasitet i bemanningen til eiendomsområdet, samt holdingskampanjer rettet mot de ansatte på sykehuset. Investeringsmidler er en knapphet, kapasitet i bemanning hos eiendom vil bli redusert, holdinger hos sykehusets ansatte kan ikke kontrolleres kun påvirkes av Oslo sykehusservice. For øvrig vil mer moderne og tekniske bygg og mer moderne medisinskteknisk utstyr øke energiforbruket i fremtiden.

Ca 130mnok går til Serviceavtaler og vedlikehold på bygg. Avtaler kan og vil bli reforhandlet, og avtaledekning kan optimaliseres og/eller vurderes. Dette krever personalressurser fra Innkjøp og fra Eiendom, noe som er en knapphet som vil bli ytterligere begrenset i 2012. For øvrig tilsier standarden på bygningsmassen at det har vært uheldig at denne posten har vært salderingspost ved tidligere kutt på sykehuset. Dette understøttes av Arbeidstilsynets rapport.

Ca 90mnok går til Serviceavtaler og vedlikehold medisinskteknisk utstyr. Avtaler kan og vil bli reforhandlet, og avtaledekning kan optimaliseres og/eller vurderes. Dette krever personalressurser fra Medisinsk teknologisk virksomhetsområde. For øvrig tilsier standarden på det medisinsktekniske utstyret (nå en snittlevetid på over 10år) at det vil være uheldig at denne posten blir salderingspost ved kutt på sykehuset. Det vil likevel bli kuttet i denne posten fremfor å redusere egen bemanning hvis kompetanse har tatt år å bygge opp. Videre vil nyanskaffet mer moderne utstyr kreve dyrere serviceavtaler. Dette er en kostnad som vil øke med årene på lik linje med IKT kostnader.

Ca 75mnok går til Helse Sør-Øst RHF ved Sykehuspartner for lønnskjøring og andre transaksjonstunge HR-prosesser. Dette påvirkes av antall ansatte ved sykehuset, noe Oslo sykehusservice ikke kontrollerer (nedbemanning i sykehuset i 2012 vil ikke føre til reduserte kostnader fra Sykehuspartner før i 2013).

Ca 75mnok går til matvarer. Her kan svinn reduseres. Krever gjennomføring av vedtatte investeringer knyttet til nytt kjøkkenkonsept (går bort fra brettservering). Dette ligger for øvrig inne som tiltak. Dersom tiltaket ikke gjennomføres så øker utfordringen. Det kan måtte bli aktuelt å vurdere måltidene og råvaresammensetning.

Ca 60mnok går til leie av bygg. Av dette er drøye ca 20millioner husleie til våre egne AS (Barnehagebygg og Parkeringsanlegg). Bortfall av husleiekostnaden vil tilsi tilsvarende bortfall av inntekter. Det vil for øvrig bli vurdert fastrente på lån noe som vil redusere et AS sin rentekostnad, og som da kan redusere leien noe. Ca 30mnok knytter seg til ca 16.000m2 kontorlokaler i Forskningsveien 2. Dette er avtaler som løper i 5 år og som var et strategisk valg sykehuset tok i 2010. Lokalene bidro til å samle administrative tjenester i ett bygg. Ca 10mnok knytter seg til øvrige leieavtaler. Disse reduseres med 2,5mnok i 2012 som følge av salg av leiligheter. Husleieinntekter vil reduseres, men ikke tilsvarende. 3mnok knytter seg til Hudavdelingen/Villa Derma. Det

foreligger ikke planer om å si opp denne avtalen. De øvrige avtalene knytter seg til modulbygg (brakker). Disse kan først flyttes ut fra dersom det finnes alternative lokaler innefor egen eksisterende bygningsmasse. Avtaler som kan avsluttes vil bli vurdert avsluttet dersom aktivitet kan flyttes inn i egen eiendomsmasse. Det kan likevel være hensiktsmessig heller å prioritere ”lukking og slukking” av egne bygg for forberedning av sanering, dersom det skulle være konflikt mellom disse to hensynene.

Ca 40mnok går til drift av sykehotell på Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Avtale med ekstern drifter løper. Det er tilsvarende inntekter fra drifter og gjester (fra egen og andre helseregioner).

Ca 35mnok går til eksternt vaskeri, samt driftskostnader i eget vaskeri. Eget vaskeri har gammel ineffektiv utstyrspark og bruker kapasiteten fullt ut. Større investeringer er ikke planlagt (lokalene står der hvor fremtidig nybygg er tenkt). Avtale med eksternt vaskeri løper. Volumet knyttet til tekstiler knytter seg til aktivitetsnivået på sykehuset, type aktivitet (inneliggende / dagbehandling), og antall ansatt helsepersonell. Dette er faktorer som ikke styres av Oslo sykehusservice. Standardisering av ansattøy vil bidra til optimalisering av vask og forsyning av tekstiler, men i første omgang vil standardisering av ansattøy være en økt kostnad i det en kjøper inn nytt tøy for å fase ut gammelt tøy.

Ca 30mnok går til kommunale avgifter (vann og avløp). Forbruk antas ikke å bli redusert mer enn aktiviteten reduseres.

Ca 20mnok går til behandlingshjelpemidler. Her ses det på muligheter for å begrense hamstring av hjelpemidler hjemme hos pasient. Gevinst knyttet til resirkulering av gammelt utstyr er hentet ut (bidrar til økte kostnader på driftsbudsjettet, men reduserte kostnader på investeringsbudsjettet. Resultatet er netto kostnadsreduksjon).

Ca 15nok går til forsikringer av bygg og utstyr. Avtalen er en Helse Sør-Øst avtale. Kostnadene kan gå ned ved reduserte arealer. For øvrig vil nye moderne bygg som erstatter gamle bygg øke forsikringskostnaden sammen med økt verdi av bygningsmassen.

Ca 15mnok går til porto. Det har vært vurdert å benytte B-post i stedet for A-post som standard. Dette vil kunne ha uheldige effekter ved innkalling av pasienter. Muligheter vil bli vurdert. For øvrig vil redusert aktivitet vil redusere innkallinger. Det er ikke forventet vesentlig reduksjon i aktivitet fra 2011 til 2012.

Oppsummering:

Alle vare- og driftskostnader vil bli vurdert, men det forventes ikke signifikante reduksjoner i disse.

Begrensning av antall ansatte med innkjøpsfullmakter i 2012

Det vil bli jobbet med å begrense antall personer med innkjøpsfullmakter og å sørge for god kompetanse blant de som innehar fullmakter.

5. Gjennomføring av bemanningsreduksjoner

Oslo sykehusservice har ikke et behov for ny innplasseringsprosess i 2012 for å kunne realisere kravet om bemanningsreduksjon.

6. Vurdering av den effekt virkemidlene vil ha i forhold til utfordringsbildet

Oslo sykehusservice legger frem en samlet tiltakspakke som skal sikre gjennomføring av budsjettet. Det forutsetter at alle tiltak iverksettes. Flere nye tiltak vil redusere kapasitet på administrative tjenester, redusere avtaledekning på service av medisinsk teknisk utstyr, øke ansattes parkeringsavgift etc. Disse tiltakene ansees som akseptable gitt de budsjettkrav sykehuset og Oslo sykehusservice stilles overfor. Andre nye tiltak vil innebære overføring av oppgaver til pleiepersonell og vil kreve dialog med klinikkene før tiltakene besluttes implementert.

Oslo sykehusservice har fått en relativt sett vesentlig større andel av sykehusets totale krav til kostnadsreduksjon enn klinikkene som støttes av Oslo sykehusservice. Oslo sykehusservice kan ikke se at dette ikke vil få negative konsekvenser for tjenestene til klinikkene og for pasientbehandlingen. Det minnes om at hoveddelen av bemanningen i Oslo sykehusservice er transportører, portører, renholdere, kjøkkenmedarbeidere, og annet relativt pasientnært personell.

7. Medvirking

Det er avholdt informasjonsmøter for alle ansatte på alle lokasjoner, tiltak har vært oppe i arbeidsmiljøutvalg og drøftet med tillitsvalgte.

8. Risikovurdering knyttet til gjennomføring av de tiltak / virkemidler som er identifisert

Det totale risikobilde i forbindelse med gjennomføring av identifiserte tiltak / virkemidler.

- Pasientsikkerheten under behandling,
 - ventetid på flytting av pasienter.
 - lenger klargjøringstid (renhold) av operasjonssaler.
 - Redusert matsikkerhet dersom matverter avvikes
 - Mulig redusert hygiene dersom vask/reing av seng overføres pleien
- Aktivitetsnivå
 - gjennomføring av lovpålagte tjenester;
 - redusert kapasitet til å følge opp HMS-lover og avvik påpekt av tilsynsmyndigheter (Arbeidstilsynet, DSB).
 - gjennomføring av øvrige tjenester
 - Redusert renhold utover norm.
 - Mindre spennende pasientmat (mat som en del av behandlingen).
 - Mindre støtte til innkjøpsprosesser.
 - Mindre støtte til forhandling av innkjøpsavtaler.
 - Mindre vedlikehold av bygningsmasse og medisinsk teknisk utstyr (økt risiko for nedetid, og etter hvert økt behov for investeringer).
 - Redusert kapasitet til å følge opp og støtte omstillingsprosjekter.
 - Mindre oppfølging av innkjøpsområdet (avtalelojalitet, statistikk etc.).
 - andre forhold klinikken ønsker å kommentere
 - Generell reduksjon på tjensteleveranser.
- Arbeidsmiljø (helse, miljø og sikkerhet)
 - tilrettelagt arbeidsforhold
 - Lav bemanning gir mindre mulighet for tilrettelegging av arbeidet for ansatte med redusert arbeidsevne (både internt i egen enhet og i OSS samlet).
 - faren for svikt og skader
 - Høy arbeidsbelastning og høyt arbeidstempo øker risikoen for feilhandlinger.
 - overholdelse av lovavtaler
 - Kravet til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø blir krevende å oppfylle relatert til arbeidsbelastning, tilrettelegging, samt tunge og ensidige fysiske belastninger.

- andre forhold klinikken ønsker å kommentere
 - Det er fare for redusert trivsel og motivasjon, og dermed økt turnover med kompetansetap (spesielt sårbart i kompetanseenhetene i OSS).
- Omdømme
 - Kvalitet
 - Redusert kvalitet på leveransen av de fleste tjenester (kfr. ovenfor).
 - Fagomdømme
 - Klinikken får redusert bistand på de fleste områder. OSS blir en klinikk som ikke leverer det klinikken har behov for og etterspør.
 - andre forhold klinikken ønsker å kommentere
 - Manglende / sen leveranse fra OSS medfører at klinikken selv må utføre tjenestene. Behovet for tjenestene blir ikke borte. Oppgaver og kostnader flyttes internt i sykehuset.

Klinikk

DIREKTØRENS STAB (STAB)

1. Nøkkeltall for klinikken:

| | |
|--|---------------|
| Brutto årsverk desember 2011 ¹ | 254,80 |
| Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 ¹ | 257,70 |
| Behov for reduksjon i brutto årsverk ¹ | |
| Klinikkens planlagte reduksjoner i brutto årsverk ¹ pr. jan. 2012 | |

| År | 2011 | 2012 |
|---|------|------|
| Estimert antall DRG poeng ² | | |
| Produktivitetsendring 2010 – 2011 og 2010 - 2012 i % ³ | | |
| Estimert antall pasientopphold | | |
| Antall senger i klinikken | | |

OUS – Oppsummering av stabsbudsjettet 2012

Fokuset i notatet er primært satt på endringer fra 2011. Det bør bemerkes at det er en del flyttinger mellom enheter, noe som gjør det krevende å dokumentere endringene med 100 % nøyaktighet. Stabsbudsjettet er, med unntak av den endringen som har funnet sted relatert til antall frikjøpte tillitsvalgte, satt opp innen den tildelte utgiftsrammen på **337mnok** (i tillegg kommer IKT).

| | Brutto årsverk desember 2011 | Brutto årsverk innenfor budsjett i 2012 |
|---|------------------------------|---|
| STAB | | |
| DIREKTØRENS KONTOR | 10,20 | 10,80 |
| FAG OG PASIENTSIKKERHET | 32,70 | 32,00 |
| FORSKNING, INNOVASJON OG UTDANNING | 24,70 | 27,45 |
| HR-STAB | 29,30 | 30,10 |
| KOMMUNIKASJONSSTAB | 17,50 | 19,40 |
| SAMHANDLING OG INTERNASJONALT SAMARBEID | 15,70 | 13,00 |
| ØKONOMI, JURIDISK | 19,80 | 21,70 |
| SUM stabsenheter ekskl. IKT og tillitsvalgte | 149,90 | 154,45 |
| HR-STAB - <i>tillitsvalgte</i> | 41,50 | 43,00 |
| IKT | 63,40 | 60,25 |
| SUM stabsenheter | 254,80 | 257,70 |

Kommentarer relatert til øvrige driftsutgifter;

- Det er som hovedregel foretatt en prisjustering på 1,6 %, i tråd med gitte forutsetninger fra eier.
- Avsatte midler til konsulentkjøp er redusert fra 35,7mnok til 20,7mnok
- Gruppelivsforsikring er estimert til 38mnok, noe som er en nedgang på 2mnok sammenlignet med fjorårets budsjett. Nivå på årets forsikringer, samt gjennomførte reduksjoner i antall årsverk er hovedbegrunnelsen for denne reduksjonen. Helse Sør-Øst er i ferd med å reforhandle forsikringsavtalene. p.t. er innhold og estimert kostnad for nye avtaler ikke kjent.

¹ Eksklusive eksternt finansierte stillinger, gjennomsnitt for budsjett 2012

² DRG-poeng i 2012 anslås med utgangspunkt i DRG-grupper for 2011.

³ For 2010-2011 benyttes tallgrunnlag fra sentral økonomistab. For 2010-2012 må klinikken selv beregne endret effektivitet, gitt gjennomføring av de tiltak som foreløpig er identifisert.

Vedlegg 3 Risikovurdering – konsekvenser av gjennomførte budsjetttiltak 2012

| | | | | | | |
|--|----------------|-------------|-------|----------------------------|--------------|------------|
| K O N S E K V E N S | Svært alvorlig | | | | | |
| | Alvorlig | | | | Økonomi | |
| | Moderat | | | Pasient- behandling | Arbeidsmiljø | |
| | Lav | | | Omdømme | | |
| | Ubetydelig | | | Forskning, undervisning | | |
| | | Meget liten | Liten | Moderat | Stor | Svært stor |
| SANNSYNLIGHET | | | | | | |

Pasientbehandling

| | | | | | | | | |
|--|----------------------|-------|---------|------------|------------|--|--|---|
| K O N S E K V E N S | Svært alvorlig | | | | | | | Risikoelement |
| | Alvorlig | | | 2 | | | | 1 Fare for feilbehandling |
| | Moderat | | | 1, 3, 4, 6 | 5, 7 | | | 2 Fristbrudd øker |
| | Lav | | | | | | | 3 Ventetider med rett øker |
| | Ubetydelig | | | | | | | 4 Mangelfull pasientinfo. |
| | | | | | | | | |
| | Meget liten | Liten | Moderat | Stor | Svært stor | | | 6 Utilstrekkelig MTU/ IKT |
| | SANNSYNLIGHET | | | | | | | 7 Flaskehalsproblematikk unødvendig lange pasietopphold |

Arbeidsmiljø

| | | | | | | | | |
|--|----------------|-------|---------|------|------------|---|--|--|
| K O N S E K V E N S | Svært alvorlig | | | | | | | Risikoelement |
| | Alvorlig | | | | 5 | 8 | | 1 Brudd AML |
| | Moderat | | | 4, 6 | 1, 2, 3, 7 | | | 2 Økt arbeidsbelastning |
| | Lav | | | | | | | 3 Krevende omstillingsprosesser |
| | Ubetydelig | | | | | | | 4 Økt arbeidspress og kontrollspenn for ledere |
| | | | | | | | | 5 Overtallighet, utrygghet |
| | Meget liten | Liten | Moderat | Stor | Svært stor | | | 6 Manglende motivasjon |
| | SANNSYNLIGHET | | | | | | | 7 Forskjellige interne kulturer |
| | | | | | | | | 8 Avvik innen bygg, MTU, brannvern, IKT |

Forskning, undervisning

| | | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------------|---------|------|------------|--|---|---------------|---|--------------------|
| K O N S E K V E N S | Svært alvorlig | | | | | | 1 | Risikoelement | | |
| | Alvorlig | | | | | | | | | |
| | Moderat | | | 1, 2 | | | | | 2 | Redusert forskning |
| | Lav | | | | | | | | | |
| | Ubetydelig | | | | | | | | | |
| | Meget liten | Liten | Moderat | Stor | Svært stor | | | | | |
| | | SANNSYNLIGHET | | | | | | | | |

Omdømme

| | | | | | | | | |
|--|----------------|---------------|-------|---------|------|------------|---|--------------------------------|
| K O N S E K V E N S | Svært alvorlig | | | | | | | Risikoelement |
| | Alvorlig | | | 3, 4 | 1 | | 1 | Krevende omstillingsprosesser |
| | Moderat | | | 2 | | | 2 | Negative økonomiske resultater |
| | Lav | | | | | | 3 | Økte ventetider/ fristbrudd |
| | Ubetydelig | | | | | | 4 | Redusert behandlingskapasitet |
| | | Meget liten | Liten | Moderat | Stor | Svært stor | | |
| | | SANNSYNLIGHET | | | | | | |

Økonomi

| | | | | | | | | |
|--|----------------|-------------|-------|---------|------|------------|---|--|
| K O N S E K V E N S | Svært alvorlig | | | | | | Risikoelement | |
| | Alvorlig | | | | 1 | 2 | | 1 Forsinket gjennomføring av tiltak |
| | Moderat | 3 | | | | | | |
| | Lav | | | | | | | 2 Manglende tiltak |
| | Ubetydelig | | | | | | | |
| | | Meget liten | Liten | Moderat | Stor | Svært stor | 3 Redusert pasientaktivitet – tap av DRG | |
| SANNSYNLIGHET | | | | | | | | |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 9. februar 2012

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

Vedlegg: 1) Prioritering av tiltak for lukking av avvik
2) Strakstiltak for utbedring av arbeidsmiljøet i
bygg 3 og 7, Ullevål sykehus

SAK 6/2012 VEDLIKEHOLDSPLAN - PÅLEGG FRA ARBEIDSTILSYNET OG BRANNTILSYNET

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar redegjørelse om plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler til etterretning.*
- 2. Styret ber om at planen utvikles og gjennomføres for å imøtekomme pålegg fra Arbeidstilsynet og Branntilsynet.*
- 3. Styret legger videre til grunn at planen gjennomføres som del av foretakets øvrige arealplaner og samlokaliseringer.*

Oslo, den 2. februar 2012

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Arbeidstilsynet gjennomførte våren 2011 en befaringsreise ved Oslo universitetssykehus. I rapporten av 18. juli 2011 ga tilsynet pålegg om utbedringstiltak på bygninger for å bedre arbeidsmiljøet. For å kunne imøtekomme påleggene er det utarbeidet en oppdatert og prioritert vedlikeholdsplan for bygninger og arbeidslokaler, se vedlegg 1 og 2.

Vedlikeholdsplanen har en hovedtaksliste som inneholder tiltak med alvorlighetsgrad 3-5, tidsangivelser, forventet kostnad og frister for utbedringer. Planen går over 6 år og omfatter forslag til tiltak som skal gjennomføres i bygningsmassen som sykehuset har aktivitet i. For 2012 foreligger det en detaljert plan og det er sykehusets målsetning å gjennomføre varige eller midlertidige tiltak for å lukke avvik med alvorlighetsgrad 5 i 2012.

Foretaket mottok i januar 2012 tilsynsrapport fra Oslo brann og redningsetat. Rapporten konstaterer flere avvik i forbindelse med brannsikkerhet og alvorlige branntekniske mangler. Det er startet et systematisk arbeid for å følge lovpålagte krav og lukke de avvik som er påpekt. Det skal innen 6. februar utarbeides en skriftlig tilbakemelding på tilsynsrapporten med en fremdriftsplan som viser hvordan og når påpekte avvik vil bli rettet.

Hovedtakslisten er sett i sammenheng med og tilpasset foretakets øvrige arealplaner og rammer for investeringer frem mot 2025. Dette har gitt en rekke føringer for prioritering av de tiltak som er kartlagt. I det videre arbeid vil en prioritere og planlegge for gjennomføring opp mot foretakets branntekniske handlingsplaner, øvrige arealplaner, planer for samlokalisering, rammer for investeringer og i tråd med Arbeidsmiljøtilsynets og Branntilsynets forventninger.

2. Tidligere vedtak i styret

Vedlikeholdsplan for Oslo universitetssykehus HF inklusive Arbeidstilsynets vedtak om pålegg har tidligere vært omtalt i styresakene 91/2011, 120/2011 (punkt 6), 135/2011 (punkt 5) og 144/2011.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Styret har ønsket status for arbeidet med vedlikeholdsplan på bakgrunn av blant annet Arbeidstilsynets pålegg. Formålet med denne styresaken er å gi styret en oppdatert status på det arbeidet som har foregått på dette området, men også orientere om det arbeidet som er igangsatt i tilknytning til tilsynsrapporten fra Brann og redningsetaten. Rapporten viser alvorlige mangler og rapporten er fulgt opp i foretaket blant annet som særskilt tema i ledermøte, på ledersamling, i Arbeidsmiljøutvalget og i "ledelsens gjennomgang" med alle klinikkledere, deres staber og avdelingsledere.

4. Bakgrunn

Oslo Universitetssykehus har en bygningsmasse på ca. 1 million m² fordelt på Ullevål sykehus, Dikemark, Rikshospitalet, Spesialsykehuset for epilepsi, Radiumhospitalet, Aker sykehus og Gaustad sykehus. I tilsynsrapporten fra Arbeidstilsynet datert 18. juli 2011 konstateres det at mange bygninger og arbeidslokaler er i dårlig eller meget dårlig tilstand, og risikerer å forårsake

uheldige belastninger for ansatte. Sykehuset ble således pålagt å gjennomføre bygningsmessige tiltak over en 3-års periode for å bedre arbeidsmiljøet. Pålegget lyder som følger:

Pålegg 1: Plan for vedlikehold av bygninger og arbeidslokaler

Oslo Universitetssykehus HF må utarbeide en oppdatert og prioritert vedlikeholdsplan for bygninger og arbeidslokaler med tidsangivelser og frister for utbedringer som har som hensikt å redusere arbeidsmiljøbelastninger for de ansatte. Planen skal være behandlet i AMU og vedtatt av styret for sykehuset. Planen må oppdateres minst en gang per kvartal og skal ha en total tidsramme på maksimalt 3 år. For at pålegget skal anses som oppfylt skal Arbeidstilsynet Oslo innen fristen ha mottatt kopi av vedlikeholdsplanen.

Oslo universitetssykehus har vært i dialog med Arbeidstilsynet om krav til arbeidsmiljøet, tiltaksplanen og tidsplan, og har fått følgende føringer:

- For alle arbeidsmiljøforhold som er risikovurdert til grad 5 skal det være gjennomført risikoreduserende tiltak i 2012 som medfører en risikoreduksjon til grad 2-3. Tiltakene kan være varige eller midlertidige.
- For alle arbeidsmiljøforhold som er risikovurdert til grad 4 og 5 skal det være gjennomført varige tiltak innen mars 2015. I den grad dette ikke kan oppfylles må Oslo universitetssykehus søke om dispensasjon.

5. Arbeidsprosessen, forutsetninger og videre arbeid

I etterkant av pålegget er bygningsmassens tekniske standard kartlagt og foreløpig tiltaksliste er utarbeidet. Arbeidsmiljøtiltakene på tiltakslisten er risikovurdert etter følgende graderinger:

Grad 1. Ubetydelig. Vanskelig målbar / definerbar skade på mennesker.

Grad 2. Lav. Målbart ubehag / skade, men av mindre betydning.

Grad 3. Moderat. Forhold som ikke medfører varige lidelser. Eksempelvis inneklimateknikk, varmelegger / radiatorer, vann / sanitær, tak, innvendig vedlikehold (nedslitt), vinduer / dører

Grad 4. Alvorlig. Forhold som kan medføre varige lidelser. Eksempelvis inneklimateknikk, kjøling, rengjøring av ventilasjonskanaler, sikringsskap, drenering, innvendig vedlikehold (svært nedslitt), vannlekkasjer / muggsopp.

Grad 5. Svært alvorlig. Forhold som kan medføre varige lidelser eller død. Eksempelvis spesialventilasjon / skifting av HEPA-filer / kjemikaliesikkerhet, løse steiner på fasader og tak.

I vurderingen av risikoen deltok driftspersonell, tekniske byggforvaltere, Arbeidsmiljøavdelingen og hovedverneombudet i tillegg til Multiconsult.

6. Prioritering av tiltak

Oslo universitetssykehus har begrensede ressurser til å gjennomføre Arbeidstilsynets og Branntilsynets krav og pålegg. I denne situasjonen må foretaket prioritere i gjennomføringen av tiltakene. I en prioritering er det også lagt til grunn at gjennomføringen av de påpekte tiltakene for å bedre

arbeidsmiljøet er best tjent med at den sees i sammenheng med øvrige planer som helhetlig plan for samlokaliseringer, Arealutviklingsplan 2025 og plan for arealbruk Aker sykehus (Samhandlingsarena Aker). For å fastlegge omfang, er tiltak også vurdert ut fra de enkelte bygningers brukstid, dvs. om de skal rives i 2013 / er planlagt avhendet i 2018 eller inngår i fremtid plan for bruk av arealer ved Oslo universitetssykehus. Andre føringer er prioritering av spesialventilasjon, allmennventilasjon i varige bygg, overflatebehandling tak, gulv og vegger samt tiltak som ikke krever utflytting eller omrokking.

7. Tiltaksliste inklusiv tidsplan er utarbeidet

I rapport om prioritering av tiltak for lukking av avvik (vedlegg 1) er det utarbeidet forslag til en hovedtiltaksliste som inneholder alle opplysninger knyttet til hvert arbeidsmiljøtiltak med alvorlighetsgrad 3-5, tidsangivelser, forventet kostnad og frister for utbedringer. Planen går over 6 år og omfatter forslag til tiltak som skal gjennomføres i all den bygningsmasse som Oslo universitetssykehus har aktivitet i. Hovedtiltakslisten viser en grafisk fremstilling av hvordan gjennomføringen forventes å være innenfor den prioriteringen som er gjort.

For 2012 foreligger det en detaljert plan. Etter nevnte prioritering, er målsetningen å gjennomføre tiltak som har alvorlighetsgrad 5 i løpet av 2012. Ut fra ressursituasjonen vil det i noen tilfeller være nødvendig å velge midlertidige tiltak.

Midlertidige tiltak vil bli definert og vil bli prioritert i de situasjoner hvor det er behov for å redusere konsekvensgraden til et akseptabelt nivå frem til planlagt lukking av bygg. Det kan også bli aktuelt for å redusere konsekvensgraden i en overgangsperiode før omfattende tiltak kan gjennomføres. Eksempler på midlertidige tiltak kan være å sperre av og sikre områder rundt fasader for å unngå uønskede hendelser før endelige rehabiliteringstiltak igangsettes. Et annet tilfelle hvor det satses på midlertidige tiltak er i forbindelse med spesialventilasjon (skifte HEPA-filter, reparere skap, stenge skap, alarmere skap, anskaffe nye skap)

For årene 2013 til 2015 er detaljeringsgraden på tiltakene foreløpig mer overordnet. For å få treffsikre og realistiske tiltaksplaner vil disse bli utarbeidet i nærmere detalj i forkant av hvert år basert på den status som foreligger ved inngangen til året.

8. Etablering av prosjekter i bygg 3 og 7 på Ullevål

Mange av Arbeidstilsynets funn knytter seg til bygg 3 og 7 på Ullevål, henholdsvis medisinsk og kirurgisk bygning. Gitt føringer for prioritering i bygg som er sentrale for klinisk virksomhet og pågående forprosjekter for samlokaliseringstiltak som innebærer flytting av aktivitet fra Aker sykehus til Ullevål sykehus, er det gjennomført en særskilt kartlegging av nødvendige straktiltak knyttet til utbedring av arbeidsmiljøet for ansatte i disse bygg, se vedlegg 2. Kartleggingen er basert på en teknisk tilstandsanalyse og innspill fra verneombud. I forbindelse med samlokaliseringstiltakene i disse byggene arbeides det med detaljerte planer og det er alt opprettet prosjekter som skal foreta utredning til og med forprosjekt. Det er engasjert dedikerte prosjektledere

for disse samlokaliseringstiltakene som har god kjennskap til de aktuelle byggene. Prosjektene planlegges slik at man ser sammenhengen i alle aktiviteter og de tiltak som nå må gjennomføres (arbeidsmiljø, branntiltak, infrastruktur og kapasitetsproblematikk), og at disse i stor grad utføres før samlokaliseringen med flytting av aktivitet fra Aker sykehus finner sted.

Foruten bygg 3 og 7 ved Ullevål sykehus er det mange pålegg knyttet til bygg A og B ved Radiumhospitalet. Det kan nevnes at tilsvarende prosjekt er planlagt startet for disse byggene ved Radiumhospitalet.

Vedlikeholdsplan har vært behandlet i Arbeidsmiljøutvalget og de sluttet seg til prioriteringene som er gjort hvor arbeidsmiljøforhold med risikovurderingsgrad 5: "Svært alvorlig" prioriteres høyest, og hvor det skal gjennomføres varige eller midlertidige tiltak i løpet av 2012.

Arbeidsmiljøutvalget forutsetter at bygningene 3 og 7 på Ullevål avhendes i 2018 og erstattes med nytt bygg for sengeposter/avdelinger. Dersom denne forutsetningen ikke holder, vil en ny vurdering av ytterligere og mer omfattende tiltak være nødvendig. Arbeidsmiljøutvalget sluttet seg for øvrig til vedlikeholdsplanen slik den er lagt fram i saken.

9. Foreløpige kostnadsberegninger

Nødvendig oppgradering og vedlikeholdstiltak i en 6 års periode vil utgjøre et betydelig beløp, hvor de største kostnadene knytter seg til den nedslitte bygningsmassen på Radiumhospitalet og Ullevål sykehus.

For 2012 er det foreløpige estimat for å gjennomføre prioriterte tiltak med alvorlighetsgrad 5 om lag 135 millioner kroner. Kostnadsanslaget er forbundet med stor grad av usikkerhet. Dette skyldes blant annet at tiltak som følge av andre prosesser i foretaket kan ivarta nødvendige utbedringer av pålegg fra tilsynet. Ved å kvalitetssikre og ytterlig prioritere tiltak knyttet til areal og samlokaliseringer, er det derfor realistisk å få redusert beløpet som alene går til å utbedre pålegg fra tilsynet. De fleste tiltakene som ligger i vedlikeholdsplan er knyttet til Arealutviklingsplan 2025, som ved gjennomføring vil bidra til å gjennomføre og finansiere de nødvendige arbeidsmiljøutbedringene. Finansieringen vil bli delt gjennom omstillingsmidler og ordinære driftsinvesteringer.

10. Branntilsyn

I november 2011 ble det gjennomført branntilsyn på alle lokalisasjoner, og foretaket mottok tilsynsrapport fra Oslo brann og redningsetat 10. januar 2012. Oslo brann og redningsetat har i sitt tilsyn vurdert om Oslo universitetssykehus arbeider systematisk med brannsikkerheten, hvordan dette administreres, med spesiell vektlegging av sykehusets egne rutiner og prosedyrer vedrørende avvikssystemer og kontrollsystemer. Det ble også utført befaringer og kartlegging av bygningsmassens tekniske tilstand hvor bygg med sengeliggende pasienter ble prioritert.

Det ble ved tilsynet avdekket flere avvik knyttet til hvordan vi opptrer og organisatoriske mangler (rutiner, prosedyrer kontroll, dokumentasjon, og

opplæring), men også knyttet til svært alvorlige branntekniske svakheter. Kartleggingen og risikoanalysene viser at en stor del av bygningsmassen er i en svært dårlig brannteknisk forfatning noe som kan utgjøre en fare for tap av liv dersom det oppstår brann.

Det arbeides nå systematisk med å følge opp lovpålagte krav og lukke de avvik som er påpekt. Flere spesifikke bygg (bygg A og B Radiumhospitalet, bygg 2 og deler av bygg 3 på Ullevål) er grundig kartlagt, det foreligger konkrete tiltaksplaner, og noe brannteknisk oppgradering er utført eller satt i gang. Lignende prosesser gjennomføres nå ved bygg 7 og resterende del av bygg 3 på Ullevål, (dvs. brannteknisk kartlegging og risikovurdering samt utarbeidelse av tiltaksplan) og skal også utføres ved de øvrige deler av bygningsmassen som er i svært dårlig brannteknisk forfatning. Dette arbeidet vil inngå i de helhetlige tiltaksplaner som samsvarer med hva hovedvernombud og tilsynsmyndigheter anser er tilstrekkelige utbedringer, men skal også være omforent med øvrige arealplaner.

Ved siden av det ene avviket som gjelder brann- og bygningstekniske svakheter har Brann- og redningsetaten funnet avvik vedrørende ulike sider ved det systematiske arbeidet med brannsikkerhet:

- manglende oppfølging av risikovurderinger
- svakheter i rutiner/prosedyrer
- manglende oppfølging og dokumentasjon av brannopplæring
- mangler ved overvåking av HMS-arbeidet
- ikke tilstrekkelig oppfølging av sykehusets mål for brannsikkerhet

For å utbedre disse avvikene må deler av det systematiske arbeidet med brannsikkerhet forbedres og i tillegg må en sikre at ledere og medarbeidere faktisk følger opp og bruker de systemer som er tilrettelagt. I kommentarene i tilsynsrapporten fremgår det at Brann- og redningsetaten etterlyser bedre holdninger og helhetsforståelse knyttet til forbygging av brann fra alle medarbeidere og innen alle faggrupper. Tilsynet viste at mange intervjupersoner ikke oppfattet at risiko for brann på sykehuset har sammenheng med pasientsikkerheten. Det at brann- og bygningstekniske forhold ved flere bygninger er dårlige, tilsier en best mulig oppfølging av alle aktuelle sikringsrutiner. I den handlingsplanen som nå utarbeides vil det være relativt enkelt å sikre forbedringer i rutinebeskrivelser m.m. En bedring av holdninger og forståelse vil være langt mer utfordrende. Tiltakene må derfor bygge på en mer aktiv innsats fra alle ledere for å gjøre retningslinjer kjent og sikre at de blir etterlevet.

Blant tiltakene som drøftes og vurderes for handlingsplanen er:

- tydeligere ansvarliggjøring og konkretisering av tiltak ved gjennomføring av risikovurderinger
- bedre lederoppfølging av kravet om at pasienter ikke skal legges i korridorer
- sikre at ledere overvåker og styrer på en slik måte at pasienter ikke legges i korridor
- sikre bedre oversikt og bruk av bufferrom

- sikre at meldte mangler og avvik følges raskt opp av ledere og teknisk personell
- forbedre rutiner for avhending av kassert utstyr m.m., slik at rømningsveier alltid holdes frie
- bedre oppfølging av kravet om regelmessig brannopplæring, ansvarliggjøre ledere og faggrupper slik at ingen unnlater deltakelse
- forenkling av opplæring bl.a. ved e-læringskurs
- tydeligere rutiner for dokumentasjon av gjennomført opplæring for hver enkelt ansatt, kartlegging og oppfølging av opplæringsvirksomhet
- etablere enkel rutine for regelmessige interne revisjoner av brannverntiltak
- tydeliggjøring av sykehusets mål for brannsikkerhet i eget dokument
- pålegge ledere på alle nivåer å etterspørre og føre kontroll med oppfølging av brannsikkerhet i underliggende enheter

Skriftlig tilbakemelding til Oslo brann og redningsetat med en fremdriftsplan som viser hvordan og når påpekte avvik vil bli rettet, er under arbeid og skal sendes tilsynsmyndigheten innen 6. februar. Styret vil bli holdt orientert om saken i kommende styremøter.

I det videre arbeid vil en prioritere å planlegge for gjennomføring opp mot foretakets øvrige arealplaner, rammer for investeringer og i tråd med Arbeidsmiljøtilsynets og Branntilsynets forventninger.

Rapport 2

Oppdrag: **Oslo Universitetssykehus HF**

Emne: **Utarbeidelse av vedlikeholdsplan**

Rapport: **Prioritering av tiltak for lukking av avvik**

Oppdragsgiver: **Oslo Universitetssykehus HF**

Dato: **02.02.2011**

Oppdrag- / Rapportnr. **1 2 2 4 7 6 / 2**

Tilgjengelighet **Begrenset**

| | | | |
|-----------------|---|------------------|-------------------------------------|
| Utarbeidet av: | Christian Listerud, Amin Haddadi | Fag/Fagområde: | Bygningsforvaltning |
| Kontrollert av: | Svein Bjørberg | Ansvarlig enhet: | Bygg- og Eiendomsforvaltning |
| Godkjent av: | Svein Bjørberg | Emneord: | Vedlikehold, tiltak |



| | | | | | | |
|-------------|-------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 3 | 02.02.12 | Revidert rapport | 22 | AH/CL | SB | SB |
| 2 | 16.01.12 | Endelig rapport | 19 | AH/CL | AKL | SB |
| 1 | 19.12.11 | Utkast rapport | 19 | AH/CL | AKL | SB |
| Utg. | Dato | Tekst | Ant.sider | Utarb.av | Kontr.av | Godkj.av |

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---------------------------------|----|
| 1. | Sammendrag..... | 3 |
| 2. | Innledning | 6 |
| 3. | Bakgrunnsmateriale | 6 |
| 3.1 | Generelle forutsetninger | 6 |
| 3.2 | Andre rapporter..... | 6 |
| 3.3 | Gjennomføring av tiltak..... | 7 |
| 3.4 | Usikkerhet..... | 8 |
| 4. | De enkelte lokalisasjoner | 8 |
| 4.1 | Dikemark | 8 |
| 4.1.1 | Andre anbefalinger | 9 |
| 4.2 | Gaustad | 9 |
| 4.2.1 | Andre anbefalinger | 10 |
| 4.3 | SSE | 11 |
| 4.3.1 | Andre anbefalinger | 11 |
| 4.4 | Rikshospitalet | 12 |
| 4.4.1 | Andre anbefalinger | 12 |
| 4.5 | Radiumhospitalet..... | 13 |
| 4.5.1 | Kommentarer pr bygning..... | 13 |
| 4.6 | Ullevål Sykehus | 15 |
| 4.6.1 | Kommentarer pr bygning..... | 15 |
| 4.7 | Aker Sykehus..... | 20 |
| 4.7.1 | Kommentarer pr bygning..... | 20 |
| 5. | Fremdrift | 22 |

Vedlegg 1: Fremdriftsplan for alle prioriterte tiltak for lukking av avvik

Vedlegg 2: Månedspan for tiltak der gjennomføringen starter i 2012

Vedlegg 3: Kostnadsfordeling over år for alle prioriterte tiltak for lukking av Arbeidstilsynets pålegg

1. Sammendrag

Arbeidstilsynets (AT) rapport datert 18.07.2011, pålegger Oslo Universitetssykehus (OUS) å gjennomføre en rekke arbeidsmiljørelaterte tiltak for å sikre et godt arbeidsmiljø. Et av tiltakene omfatter utarbeidelse av en vedlikeholdsplan hvor strakstiltak for utbedring av det fysiske arbeidsforholdet for de ansatte over en periode på tre år.

Multiconsult utarbeidet rapport "Utarbeidelse av grunnlag for vedlikeholdsplan" datert 20. oktober 2011, senere kalt "Hovedrapporten", med totale anslag på ca 8,7 mrd kr for å lukke avvikene, både "må"- og "bør"-tiltak. Av dette utgjør tiltak på bygg som skal rives / avhendes ca 4,3 mrd kr.

På oppdrag fra OUS har Multiconsult (MC) i tett samarbeid med OUS, gjennomgått alle tilgjengelige rapporter for å avdekke om tiltakene er medtatt av andre anslag for gjennomføring av utviklingen av OUS. Tiltak for å lukke avvikene iht AT er også sett i forhold til de enkelte bygningers brukstid, dvs noen rives i 2013, andre rives / avhendes i 2018 eller de inngår i fremtidig plan for bruk av OUS.

Det er også gjennomført en spørreundersøkelse om arbeidsmiljø relaterte forhold blant klinisk personell i ni bygninger. Svarandel var så liten at resultatene ikke ga grunnlag for andre prioriteringer enn det som allerede er lagt til grunn.

Tabell 1-1 viser de totale summer for lukking av avvik, dvs ca kr 3.520 mill. Pålagt 5 % for udefinerte arbeider (arbeider som ikke er fanget opp) gir dette en totalsum på ca 3.696 mill kr. Som det fremgår av tabellen dekkes det meste gjennom Arealutviklingsplanen. En liten del for 2012 dekkes av Basisprosjekter og resten har ikke avklart finansiering pr i dag.

Tabell 1-1 Totale kostnader for tiltak for lukking av avvik

| Finansiering | Kostnad | |
|--------------------------------|---------|----------------------|
| Finansiering avklares | kr | 795 000 000 |
| Strategisk utviklingsplan 2025 | kr | 2 635 000 000 |
| Driftsinvesteringer | kr | 90 000 000 |
| Delsum | kr | 3 520 000 000 |
| | | |
| Udefinerte arbeider (5%) | kr | 176 000 000 |
| Totalt | kr | 3 696 000 000 |

Diagram 1-1 viser de totale kostnader på ca 3.520 mill kr (eks. udefinerte arbeider eller eventuelle tiltak som følge av tilsynsrapport fra Brannvesenet) fordelt på årene 2012 til 2019.

Diagram 1-2 viser de samme kostnadene fordelt på lokalisasjonene med et stort tyngdepunkt på Radiumhospitalet og Ullevål sykehus.

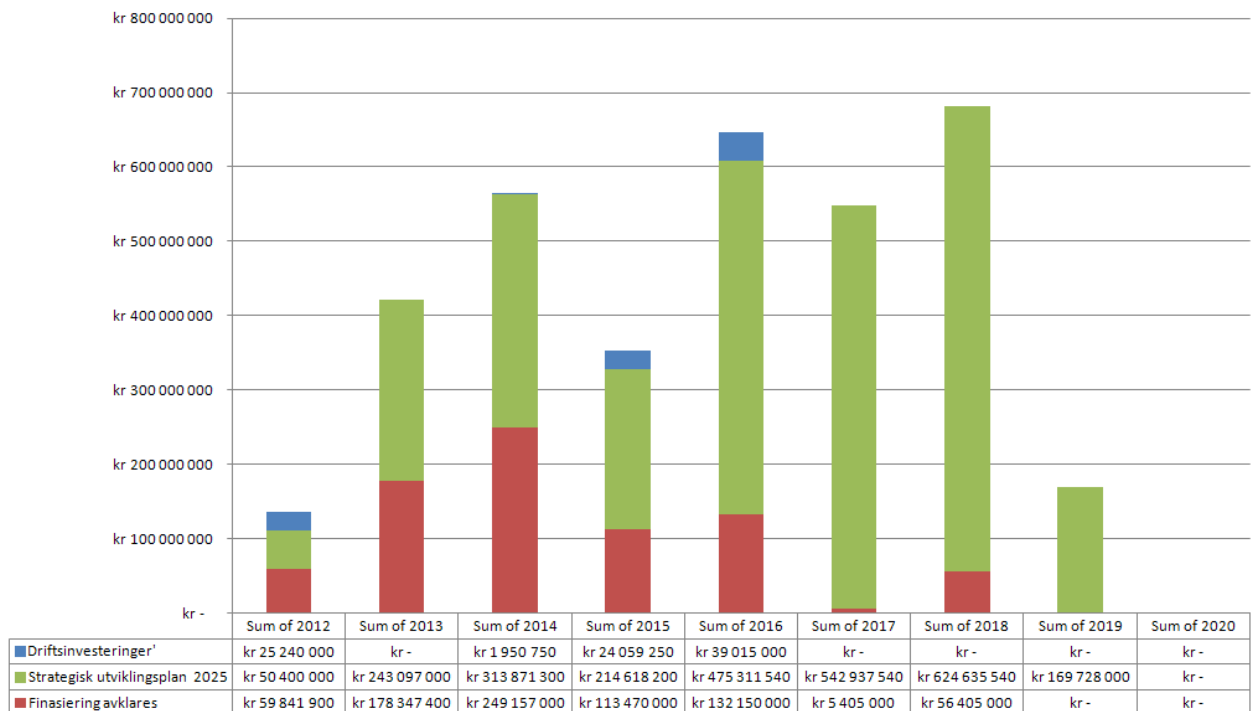


Diagram 1-1 Totale kostnader fordelt på årene 2012 -2019 samt finansieringskilder

Det gjøres oppmerksom på at enkelte tiltak på de ulike lokalisasjoner kan bli endret rent tidsmessig, men totalkostnadene for 2012 er uendret.

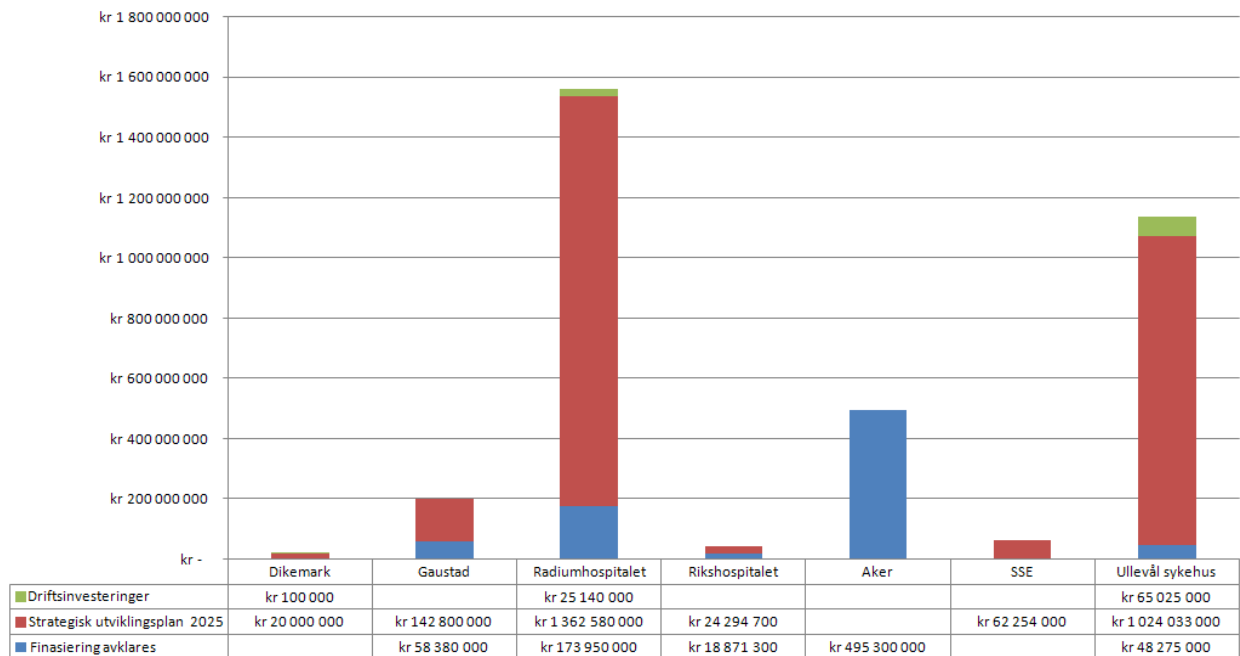


Diagram 1-2 Totale kostnader fordelt på lokalisasjoner

2. Innledning

Denne rapporten sees i sammenheng med Multiconsults hovedrapport ”Utarbeidelse av grunnlag for vedlikeholdsplan” datert 27.10.2011.

Rapporten er utarbeidet som en videreføring av hovedrapporten. Hensikten med rapporten er å skjerpe prioritering av tiltakene for å oppnå et håndterbart nivå iht. Arbeidstilsynets (AT) krav og pålegg. Arbeidet har vært gjennomført i nært samarbeid med OUS, både Oslo Sykehusservice og representanter fra kliniske funksjoner, verneombud, etc. som arbeider med utviklingsplaner for OUS.

3. Bakgrunnsmateriale

I tillegg til utgangspunktet i hovedrapporten er en rekke andre rapporter og informasjon gjennomgått. Det er også i diskusjoner gitt retningslinjer for hvilke tiltak som skal prioriteres sett i forhold til de enkelte bygningers videre tidsaspekt som sykehusbygg.

3.1 Generelle forutsetninger

I diskusjoner er det, fra OUS, gitt en rekke føringer for prioritering av de tiltak som er kartlagt:

- Spesialventilasjon prioriteres. Der det er behov, må det etableres spesialventilasjon
- Allmennventilasjon prioriteres i varige bygg.
- Overflatebehandling tak, gulv og vegg prioriteres
- Tiltak som ikke krever utflytting / omrokking prioriteres
- Utskifting og rehabilitering av fasader og vinduer prioriteres ikke. Alternative tiltak kan foreslås.
- Andre forutsetninger og føringer i forbindelse med gjennomføring av tiltak er nærmere beskrevet i kap. 3.3.

Alle bygningene er definert i tre levetidskategorier som er vesentlige når det gjelder å fastslå omfang av tiltak:

1. Bygninger som skal rives / avhendes innen 2013. Her utføres ingen tiltak
2. Bygninger som skal rives / avhendes 2018. Her gjennomføres minimumstiltak
3. Bygninger som skal inngå videre i det totale sykehuset. Her gjennomføres de fleste tiltak skissert i hovedrapporten. Disse bygningene inngår i Arealutviklingsplanen. I denne planen er det anslått et år for når arbeidene skal starte. Der dette er senere enn 2014 er det medtatt minimumstiltak tilsvarende som for levetidskategori 2. Resten av tiltakene tas i forbindelse med ombyggingen.

3.2 Andre rapporter

I arbeidet har det vært viktig å fange opp kostnadsanslag fra andre rapporter som omfatter tiltak som også har vært definert i hovedrapporten. På denne måten har det vært mulig å definere finansieringskilder som bidrar til lukking av avvik gitt i pålegg fra Arbeidstilsynet. Følgende rapporter er gjennomgått:

1. Arealutviklingsplan 2025 versjon 9. Stor del dekkes i anslagene medtatt her
2. Driftsinvesteringer som også ivaretar ”Basisprosjekter” definert i månedsrapport datert oktober 2011. En del dekkes i anslagene her
3. Grønn og gul liste for flytteprosessen. Anslagene (totalt ca 750 mill, hvorav ca 470 mill kr ikke er geografisk definert) sier ikke om det dekker noen av tiltakene for lukking av avvik.

For å skaffe informasjon fra klinisk personale vedrørende arbeidsmiljø er det gjennomført en spørreundersøkelse utsendt til alle klinikker i 9 bygninger. Dette er bygninger som ikke skal rives, avhendes eller har usikkerhet i omfang av tiltak for fremtidig bruk. Ved fristens utløp var det få tilbakemeldinger og derved lite supplerende informasjon ut over det som allerede er tatt med av tiltak. Tabell 3- 1 viser en oppsummering av antall svarende på undersøkelsen. Av de 24 innkomne svar var mange ufullstendige.

Tabell 3-1 Svarandel spørreundersøkelse

| | Prosent | Antall |
|--------------------------|----------|--------|
| Ullevål Sykehus- Bygg 6 | 8,3% | 2 |
| Ullevål Sykehus- Bygg 37 | 8,3% | 2 |
| Radiumhospitalet- Bygg J | 0% | 0 |
| Radiumhospitalet- Bygg K | 4,2% | 1 |
| Aker- Bygg 2 | 0% | 0 |
| Aker- Bygg 3 | 4,2% | 1 |
| Aker- Bygg 4 | 33,3% | 8 |
| Aker- Bygg 5 | 4,2% | 1 |
| Aker- Bygg 6 | 37,5% | 9 |
| | Svarende | 24 |

Ut fra gjennomgangen er alle tiltakene for å lukke avvikene etter krav fra Arbeidstilsynet fordelt i tre grupper:

1. Finansiert i Arealutviklingsplanen
2. Finansiert i Driftsinvesteringer inkludert ”Basisprosjektene”
3. Har ikke avklart finansiering pr 2011

Det er gjennomført branntilsyn på alle lokalisasjoner. Rapport er ikke mottatt av Multiconsult og er derfor ikke hensyntatt.

3.3 Gjennomføring av tiltak

Gjennomføring av tiltak er satt med starttidspunkt iht foreliggende tidsangivelser i Arealutviklingsplan 2025 og Basisprosjekter oktober 2011 som dekkes av Driftsinvesteringer. Nødvendig omfang av planlegging / prosjektering er avhengig av tiltakets omfang og type. Noen tiltak kan igangsettes på basis av rammeavtaler der det ikke kreves byggemelding. De tiltak som utløser byggemelding og de som krever offentlig anbud krever vesentlig lenger planleggingstid før fysiske arbeider kan starte. For disse er det viktig å igangsette aktiviteter så snart som mulig i 2012.

Tidsaspektet for planlegging / prosjektering vil være avhengig av valgt gjennomføringsmodell, dvs. hvilken kombinasjon av anbuds-, kontrakts- og entreprisform som velges.

Etter møte mellom OUS og Arbeidstilsynet i januar 2012 har det blitt gitt flere føringer som er tatt hensyn til i den overordnede fremdriftsplanleggingen. Disse føringene er:

- Tiltak med konsekvensgrad 5 bør ferdigstilles i løpet av 2012.
- Tiltak med konsekvensgrad 4 og 5 skal ferdigstilles før utgangen av 2014
- Tiltak med konsekvensgrad 3 skal ferdigstilles før utgangen av 2018.
- Dersom tiltakene ikke kan ferdigstilles innen overnevnte rammer må OUS søke om dispensasjon til Arbeidstilsynet.

Etter møte med OUS 13.01.2012 ble følgende føringer gitt:

- I 2012 starter alle tiltak som har konsekvensgrad 5.
- Aktiviteter som er planlagt å få finansiering gjennom arealutviklingsplan 2025 – utenom de med konsekvensgrad 5- har oppstart 2013 (inkludert planlegging).

3.4 Usikkerhet

Kostnadsanslagene for det enkelte tiltak er grove anslag med stor grad av usikkerhet. Men, som vist i hovedrapporten, vil usikkerheten reduseres totalt sett når det er summen av mange tiltak. Totalt er det nå definert tiltak i 115 bygninger og usikkerheten for det totale anslag, dvs på portefølje nivå anslås å være ca. $\pm 15\%$.

Ut over usikkerheten ved selve anslagene kan det være nødvendige tiltak som ikke er fanget opp og det kan være tiltak som er nødvendig som en følge av andre tiltak. I tillegg vil det i noen tilfeller være nødvendig å gjennomføre midlertidige tiltak, som avsperring av fasader, i en overgangsperiode før omfattende tiltak gjennomføres. De overnevnte punktene er ikke medtatt, men anbefales lagt til med en generell kostnad på 5 % for ”Udefinerte arbeider”.

4. De enkelte lokalisasjoner

I dette kapittelet oppsummeres de prioriterte tiltakene, kostnad og bakgrunnen for prioriteringen på hver enkel lokalisasjon.

4.1 Dikemark

Nedre Vardåsen er medtatt i Arealutviklingsplan 2025. Resten av bygningene skal fraflyttes eller avhendes. Tiltak knyttet til Dikemark, med unntak av tiltakene for Nedre Vardåsen, blir ikke prioritert i planen.

I Arealutviklingsplan 2025 er det planlagt å bruke 20 mill. kr i 2014 og 2015. Det anbefales at minimumstiltak for drenering, sikring av tak og ventilasjon tas høyde for i dette prosjektet.

Diagram 4-1 viser en kostnadsfordeling for tiltakene på Dikemark. Igangsetting i 2014 iht Arealutviklingsplanen.

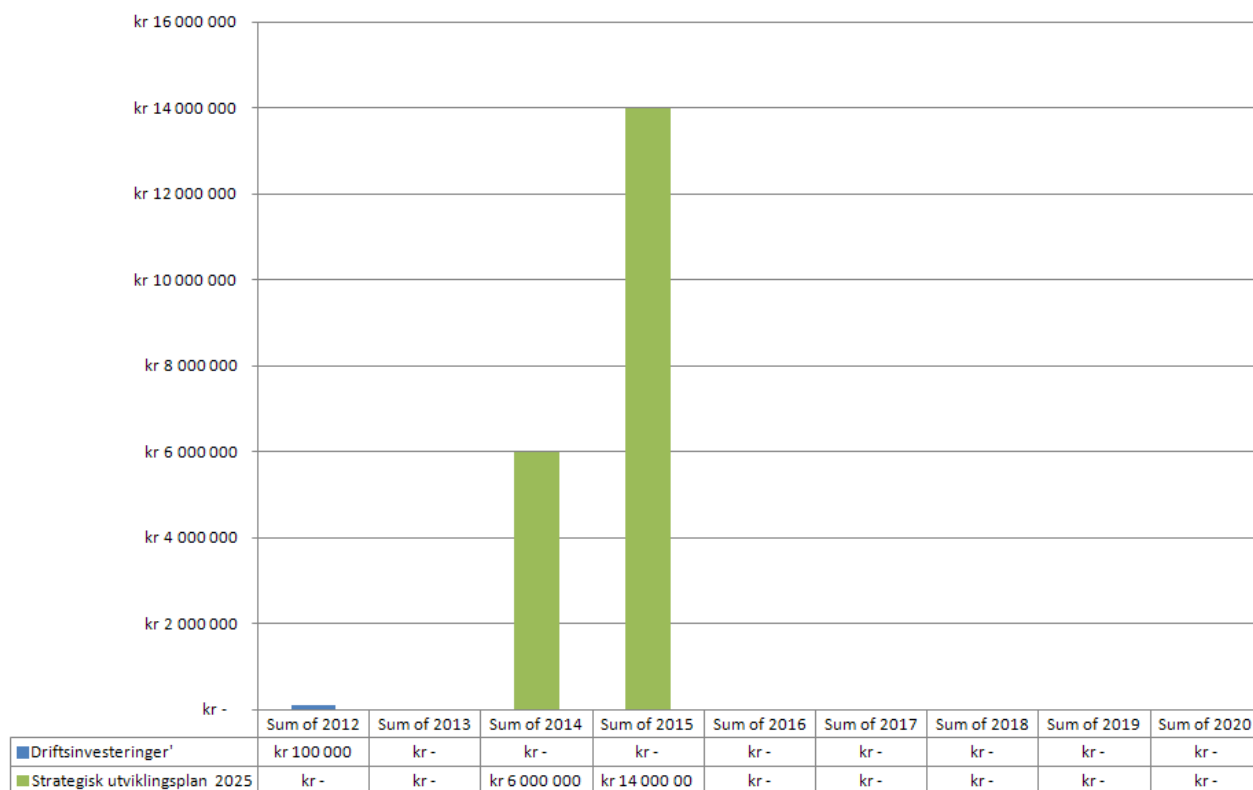


Diagram 4-1 Kostnadsfordelingen for tiltak på Dikemark

4.1.1 Andre anbefalinger

For bygninger som skal avhendes anbefales det at områder rundt fasader og tak der det er fare for fall av stein eller andre gjenstander sperres av og det settes tunneler ved inngangsparti inntil byggen er avhendet.

4.2 Gaustad

Diagram 4-2 viser kostnadene for prioriterte tiltak på Gaustad. Arealutviklingsplan 2025 har satt av 259 mill kr til Gaustad. Oppstart prosjekt er 2016. Tiltakene med konsekvensgrad 4 og 5 må iht. Arbeidstilsynets krav gjennomføres i løpet av 3 år (senest i løpet av 2019). Hvis Arealutviklingsplanen ikke kan forskyve finansieringen av prosjektet, må tiltakene finansieres fra andre kilder. Tiltakene med konsekvensgrad 4 og 5 er dermed merket med ”finansiering avklares” inntil ytterligere avklaring foreligger.

Tiltakene på denne lokalisasjonen er basert på følgende, etter vurdering av alle tiltak:

- Tiltak knyttet til El-kraft bør prioriteres. Det anbefales å iverksette enkelte sikringstiltak for å hindre at uvedkommende får tilgang til sikringskapene og underfordelingene før rehabiliteringstiltak igangsettes.
- Tiltak knyttet til varme omfatter utskifting av gamle radiatorer. Forvaltere får mange klager over lave temperaturer om vinteren. Det anbefales at tiltakene prioriteres.
- De fleste av bygningene mangler luftbehandlingsanlegg. Bygningene har store takhøyder og stort volum og er i tillegg verneverdige. Av det hensyn ansees ikke det som hensiktsmessig å prioritere omfattende tiltak knyttet til ventilasjonsanlegg.

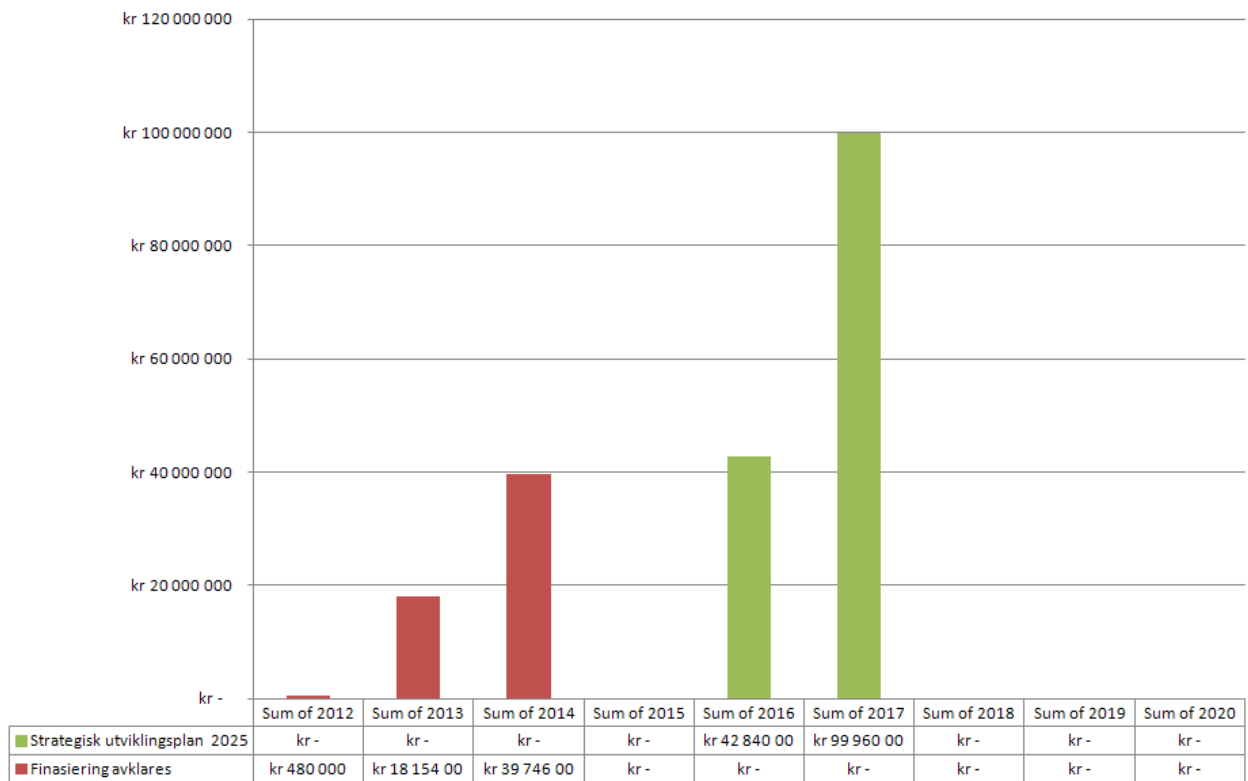


Diagram 4-2 Kostnadsfordelingen for tiltak på Gaustad

4.2.1 Andre anbefalinger

Det anbefales at generell oppgradering av innvendige overflater og vinduer og dører der behovet er størst vurderes nærmere.

Konsekvensgraden for tiltak i forbindelse med utvendig kledning, yttervegger og tak ansees å være alvorlig. Det er fare for fall av stein og gjenstander fra fasade og tak. Det anbefales sterkt å sperre av og sikre områder rundt fasadene for å unngå uønskede hendelser før rehabiliteringstiltak igangsettes. I tillegg bør det settes opp tunneler ved inngangsparti.

4.3 SSE

Diagram 4-3 viser kostnadene prioriterte tiltak på SSE. Arealutviklingsplan 2025 har satt av 125 mill kr til SSE. Oppstart prosjekt er 2014.

Det er ingen tiltak som har kritisk konsekvensgrad på denne lokalisasjonen, og dermed ingen behov for strakstiltak. Alle tiltak forutsettes gjennomført ved hjelp av midler fra Arealutviklingsplan 2025 med oppstart 2014, til sammen ca 71 mill kr.

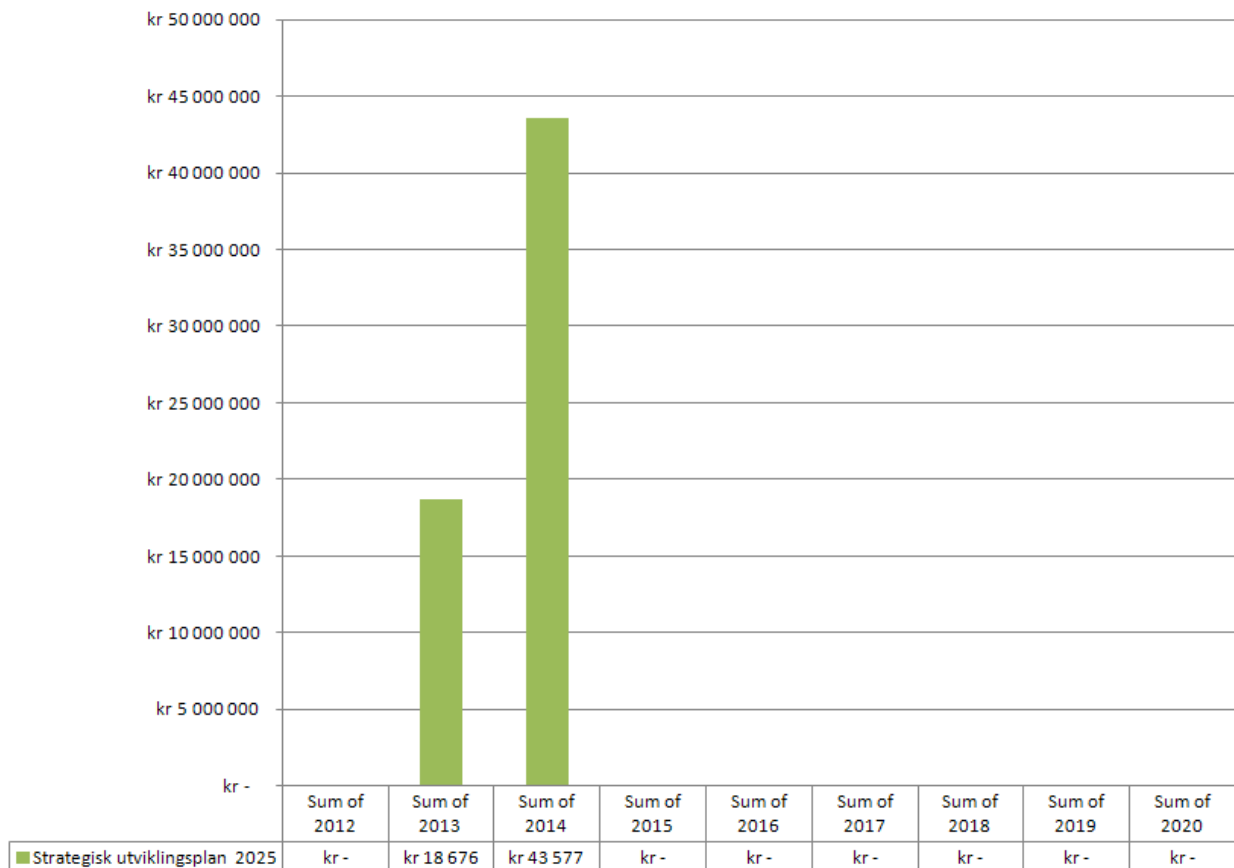


Diagram 4-3 Kostnadsfordelingen for tiltak på SSE

4.3.1 Andre anbefalinger

Ingen tiltak ansees som nødvendig i perioden frem til 2014.

4.4 Rikshospitalet

Diagram 4-4 viser kostnadene for prioriterte tiltak på Rikshospitalet. I Arealutviklingsplan 2025 er det planlagt å bruke 46 mill kr, med oppstart i 2014.

Alle tiltak i planen prioriteres. Tiltak med konsekvensgrad 5 må gjennomføres umiddelbart. I tillegg er tiltak knyttet til rengjøring av kanaler å anse som prekær og anbefales å gjennomføres i 2012. Disse mangler finansiering pr 2011. Resterende tiltak forutsettes tatt over 2014 - 2015 slik det er planlagt i Arealutviklingsplan 2025.

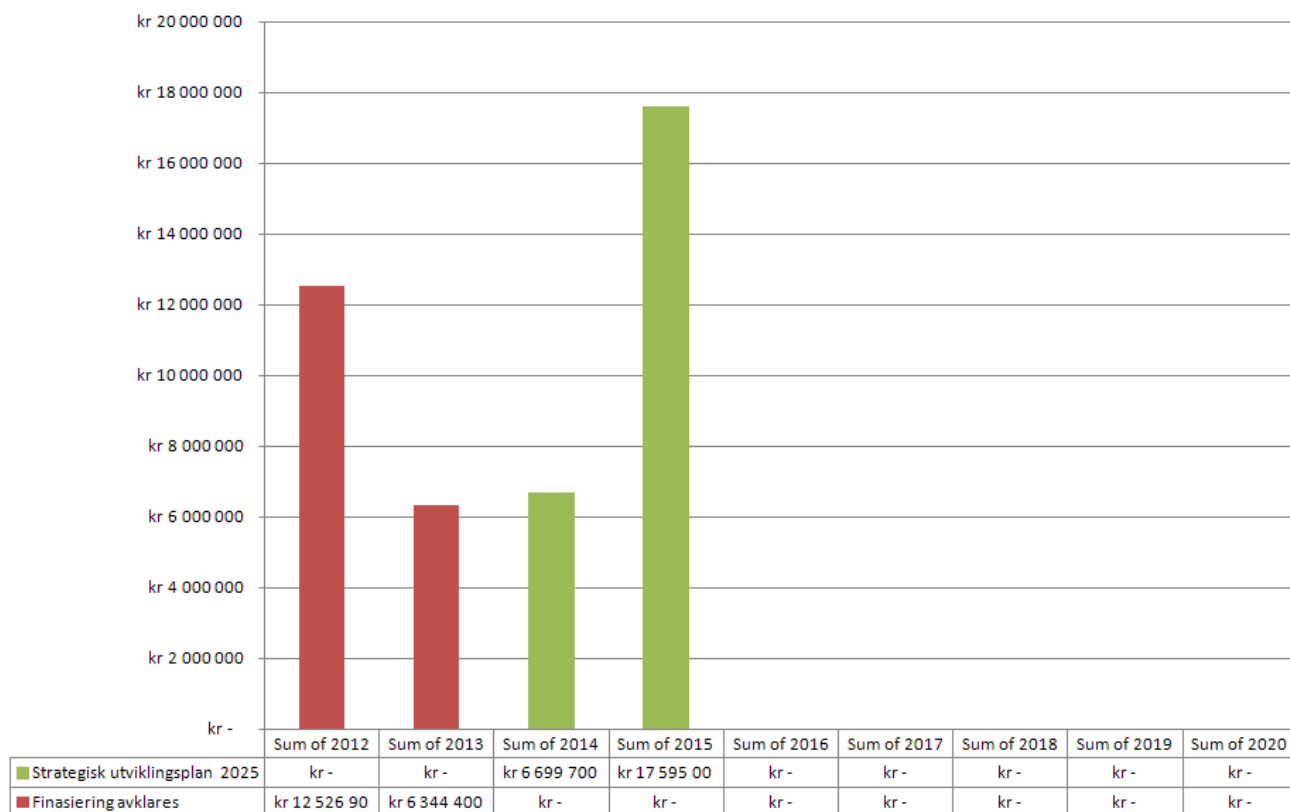


Diagram 4-4 Kostnadsfordelingen for tiltak på Rikshospitalet

4.4.1 Andre anbefalinger

Det er observert punktvis skader i utvendige teglfasader. Det kan være er fare for fall av stein og gjenstander fra fasader. Det anbefales en mer detaljert kartlegging rundt omfanget av skadene. Utbedringer foretas ved behov, og er ikke medtatt i planen.

4.5 Radiumhospitalet

Diagram 4-5 viser kostnadene for prioriterte tiltak på Radiumhospitalet. Arealutviklingsplan 2025 har satt av 1 406 mill kr og i basisprosjekter 97,5 mill kr til Radiumhospitalet. Finansieringen for resterende kostnader i perioden 2012 til 2015, 98 mill kr, må avklares nærmere.

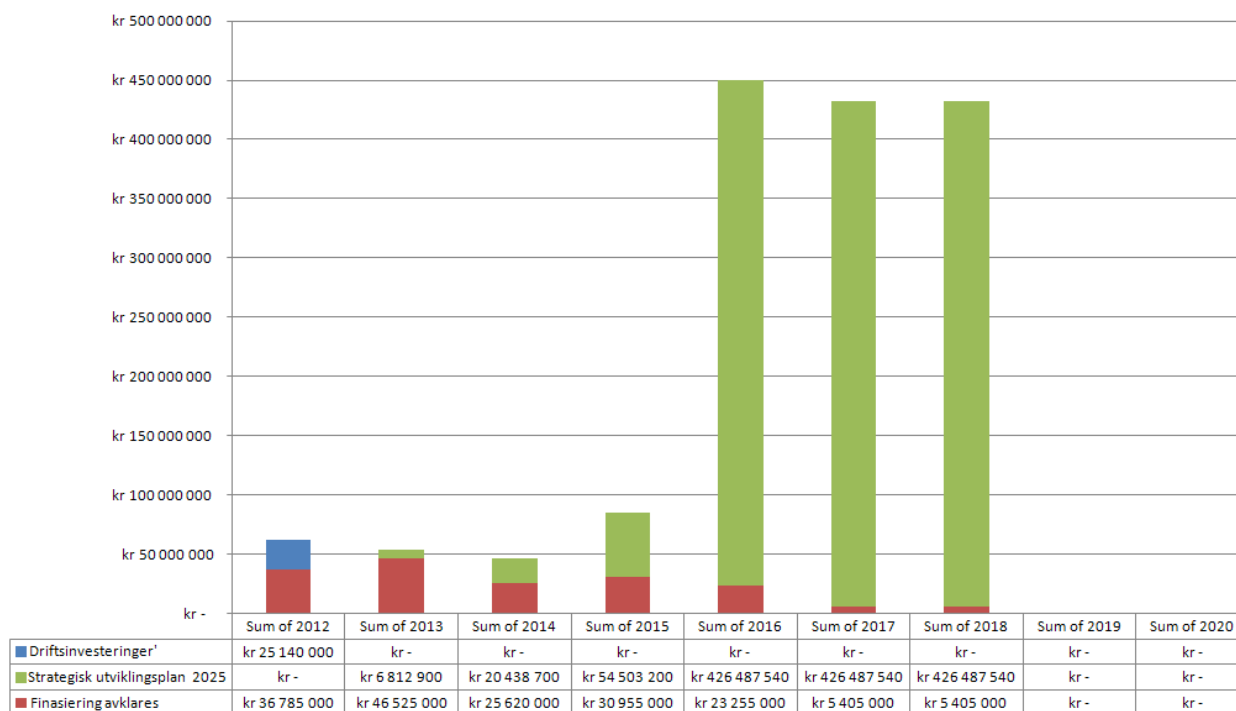


Diagram 4-5 Kostnadsfordelingen for tiltak på Rikshospitalet

I følge arealutviklingsplan 2025 skal bygg D, E, H og G avhendes i løpet av 2015. Her er kun de mest nødvendige tiltakene for å tilfredsstille kravene til arbeidstilsynet blitt prioritert, herunder spesialventilasjon. Forøvrigte detaljer pr bygning, se kap. 4.5.1.

4.5.1 Kommentarer pr bygning

Bygg A og B:

Byggene skal gjennom en totalrehabilitering som er planlagt i Arealutviklingsplan 2025. Rehabiliteringen dekker samtlige tiltak. Det må søkes dispensasjon siden gjennomføringen tar lengre tid enn Arbeidstilsynet tillater.

Tiltak med konsekvensgrad 5 har oppstart i 2012. Der det ikke har vært hensiktsmessig å starte eller gjennomføre tiltaket i 2012 har det blitt foreslått kompensierende tiltak for å redusere konsekvensgraden/risikoen.

Bygg D:

Bygningen skal avhendes og det er ikke registrert behov for tiltak knyttet til spesialventilasjon i dette bygget. Ingen av tiltakene som er registrert i dette bygget prioriteres. Generelle tiltak knyttet til brannsikring gjennomføres fortløpende som en del av det generelle arbeidet med brannsikring av sykehuset.

Bygg E:

Bygget forventes å avhendes i løpet av 2015.

Bygget skal fraflyttes og stenges fra 2012.

Bygg G:

Spesialventilasjon skal prioriteres der det er nødvendig i dette bygget. Tiltak knyttet til allmennventilasjon og drenering blir ikke prioritert i og med at bygget forventes avhendes i løpet av 2015.

Rengjøring av ventiler og ventilasjonsrør bør vurderes som minimumstiltak fram til avhending. I tillegg anbefales at en generell oppussing som sørger for hele og rene overflater vurderes nærmere der det er behov.

Dersom det er fare for nedfall av gjenstander fra fasaden anbefales at området sikres eller sperres av fram til avhending.

Bygg H:

Spesialventilasjon skal prioriteres der det er nødvendig i dette bygget. Tiltak knyttet til allmennventilasjon og drenering blir ikke prioritert i og med at bygget forventes avhendes i løpet av 2015.

I planen er det foreslått tiltak som hindrer spredning av kjemikalier og lukt fra den gamle dyreavdelingen. Tiltaket har fått konsekvensgrad 3 i planen og er kostbar. På bakgrunn av dette og at bygningen skal avhendes, er tiltaket ikke prioritert.

Rengjøring av ventiler og ventilasjonsrør bør vurderes som minimumstiltak fram til avhending. I tillegg anbefales at en generell oppussing som sørger for hele og rene overflater vurderes nærmere der det er behov.

Kompenserende tiltak for fall av gjenstander fra fasader er å sperre av rundt fasaden. Dette tiltaket er prioritert og skal gjennomføres i løpet av 2012.

Bygg I:

Bygget skal brukes videre og er blant varige bygg. Eneste tiltaket på dette bygget er utbedring av mangelfull ventilasjon. Tiltaket skal prioriteres. Antatt oppstart er 2014.

Bygg J:

Bygget skal brukes videre og er blant varige bygg. Bygget var med i spørreundersøkelsen for å få prioritert tiltakene ved hjelp av brukere, men ingen besvarelse ble levert for dette bygget.

Etablering av spesialventilasjon skal skje i 2013 da avtrekksbenkene ikke brukes i bygget. Resterende tiltak gjennomføres i løpet av 2015 og 2016.

Bygg K:

Bygget skal brukes videre og er blant varige bygg. Bygget var med i spørreundersøkelsen for å få prioritert tiltakene ved hjelp av brukere, men ingen besvarelse ble levert for dette bygget.

Sikring av gassanlegg skal gjennomføres i 2012. Resterende tiltak gjennomføres i 2013 og 2014.

Det pågår en reklamasjonssak om spesialventilasjon i dette bygget. Avtrekksbenker holdes stengt i påvent av reklamasjonssaken.

Bygg C og F:

Disse byggene skal ihht. arealutviklingsplanen gjennom en teknisk oppgradering mellom 2013 og 2017. Vi anbefaler at samtlige tiltak prioriteres og gjennomføres i tilknytning til

arealutviklingsplanen. Det må søkes dispensasjon siden gjennomføring av tiltakene tar lengre tid enn det Arbeidstilsynet tillater.

I Bygg F er det behov for spesialventilasjon. Det er lite lab-virksomhet i bygget. Kompenserende tiltak er å flytte lab-virksomheten ut av bygget.

Generelle tiltak Radiumhospitalet:

Mange tiltak knyttes til brannsikkerhet. Tiltak må utredes nærmere etter rapport fra branntilsynet. Det forventes at tiltakene gjennomføres i 2012 og 2013.

4.6 Ullevål Sykehus

Diagram 4-6 viser kostnadene for prioriterte tiltak på Ullevål Sykehus, med totalt ca 1 200 mill kr. Ca 860 mill kr av prioriterte tiltak dekkes opp av Arealutviklingsplan 2025.

Basisprosjekter dekker 66 mill kr. (opplysninger pr. 13.01.2012). De resterende ca 215 mill i perioden 2012 til 2013 har uavklart finansieringskilde. Dette omfatter i hovedsak utbedring av bygg 3 og 7.

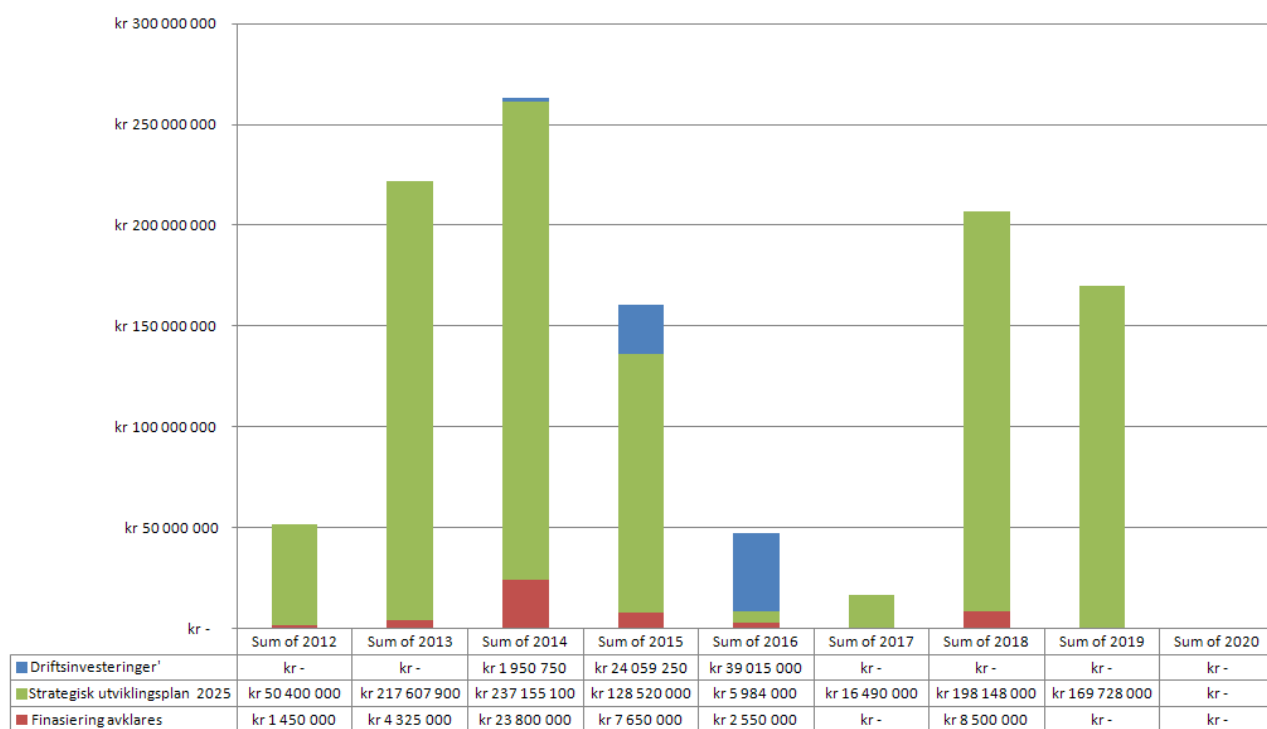


Diagram 4-6 Kostnadsfordelingen for tiltak på Ullevål Sykehus

4.6.1 Kommentarer pr bygning

Bygg 1 Administrasjon:

Samtlige tiltak prioriteres. Det må søkes om dispensasjon siden ikke alle tiltak kan gjennomføres innen 6 år (Ref. Arbeidstilsynets krav).

Bygg 2 Søsterhjemmet:

Samtlige tiltak videreføres med forankring i Arealutviklingsplan 2025. Estimert oppstart er 2013 i planen. Det forventes at tiltak som ivaretar arbeidsmiljøet ferdigstilles senest i løpet av 2015.

Bygg 3 Medisinsk bygning:

Tiltak for bygningen er beskrevet i Rapport 3, etter tilstandsvurdering utført av Multiconsult. Arbeidene omfatter i korte trekk hovedrengjøring, utbedring av ventilasjon, overflater, samt utskiftning av noen vinduer.

Bygg 4: Sentralblokka:

Det er foreslått tiltak knyttet til dette bygget i Arealutviklingsplan 2025. Samtlige tiltak prioriteres. Oppstart og gjennomføring i 2013.

Bygg 5 Kontorenheten KAM:

Bygget skal brukes videre. Alle tiltak fra planen utenom kjøling prioriteres og forventes gjennomført i 2013. Etter føringer fra OUS vil kjøling nedprioriteres siden det er mulighet for alternative enkelttiltak (lokal midlertidige kjøling) på kontorene.

Bygg 6 midtblokka:

Det er planlagt rehabilitering av bygget med oppstart 2016 i Arealutviklingsplan 2025. Samtlige tiltak prioriteres og forventes å bli gjennomført ifm. rehabiliteringen. Det er behov for å søke dispensasjon fra Arbeidstilsynet siden tiltakene ikke ferdigstilles før 2019.

Bygg 7 Kirurgisk bygning.

Tiltak for bygningen er beskrevet i Rapport 3, etter tilstandsvurdering utført av Multiconsult. Arbeidene omfatter i korte trekk hovedrengjøring, utbedring av ventilasjon, overflater, samt utskiftning av noen vinduer.

Bygg 8 Kvinnesenteret:

Det er planlagt rehabilitering av bygget med oppstart 2013. Samtlige tiltak prioriteres og forventes å bli gjennomført i løpet av rehabiliteringen.

Bygg 9 Barnesenteret

Tiltak EL-tavler gruppe 2 rom prioriteres ikke i denne omgang. Årsaken er at tiltaket ikke påvirker arbeidsmiljøet og handler om pasientsikkerhet.

Bygg 10 Hotellet:

Montering av utvendige persienner prioriteres da tiltaket kan gjennomføres uten å påvirke driften av bygget og kan påvirke arbeidsmiljøforholdene i bygget i stor grad.

Bygg 11 KIS.

Tiltak ifm. oppgradering av tekniske rom pga. manglende merking etc. prioriteres ikke i denne omgang. Tiltaket påvirker ikke arbeidsmiljøforholdene i nevneverdig grad.

Bygg 12 Sentralkjøkken:

Det er ikke behov for å gjøre omfattende arbeider i dette bygget. Bygningen og tomten vil bli overført til Oslo kommune i nær fremtid.

Bygg 13 IT-avdelingen:

Bygget skal iht. Arealutviklingsplan 2025 rives i 2014. Ingen av tiltakene prioriteres.

Bygg 14 Teknisk avdeling:

Bygget skal iht. Arealutviklingsplan 2025 rives i 2014. Ingen av tiltakene prioriteres.

Bygg 15 Lånesentralen

Bygget skal iht. Arealutviklingsplan 2025 rives i 2014. Ingen av tiltakene prioriteres.

Bygg 155 BUP Sognsvannsveien

Det er satt av 10 mill. kr i Arealutviklingsplan 2025 for dette bygget med oppstart 2013. Tiltakene fra vedlikeholdsplanen er på totalt ca. 5 mill. Tiltakene prioriteres og settes til 2013 etter samtaler med prosjektgruppen i Arealutviklingsplan.

Bygg 18 Tekstilforsyning:

Bygget skal ihht. Arealutviklingsplan 2025 rives i 2014. Ingen av tiltakene prioriteres.

Kjøling ser ut til å være en utfordring i bygget. Det anbefales at bruk av lokale kjølemaskiner vurderes nærmere som midlertidig tiltak fram til avhending.

Bygg 19 Forebyggende med. Bygning:

Det er planlagt tiltak til 90 mill kr i Arealutviklingsplan 2025 for dette bygget med oppstart 2013. Samtlige tiltak prioriteres.

Bygg 20 Hudavdelingen:

Det er planlagt å sette av midler til gjennomføring av samtlige tiltak i Arealutviklingsplan 2025 med oppstart 2013. Alle tiltak prioriteres.

Bygg 21 BUP:

Bygget er iht. Arealutviklingsplan 2025 planlagt avhendet i 2016.

Det er fukt i kjelleren på dette bygget. Vi anbefaler at det vurderes mindre tiltak for utbedring av kjelleren eller eventuelt ikke å benytte kjelleretasjen fram til avhending.

Bygg 25 Laboratoriebygg:

Tiltakene skal finansieres via Basisprosjekter (DP15-Må avklares og samordnes nærmere). Tiltakene blir ikke ferdigstilt innenfor tidsrammen fra Arbeidstilsynet og det må dermed søkes om dispensasjon.

Tiltak knyttet til spesialventilasjon gjennomføres i 2012.

Bygg 30 Gamle Barneavdelingen:

Bygget skal iht. Arealutviklingsplan 2025 rives i 2014. Ingen av tiltakene prioriteres.

Bygg 31 Dagkirurgi/Kjeve

Det er satt av midler i Arealutviklingsplan 2025 til dette bygget med oppstart i 2013. Samtlige tiltak anbefales prioritert.

Bygg 32 Psyk.bygning venstre og Bygg 35:

Det er planlagt å sette av midler i Arealutviklingsplanen i 2025 til dette bygget med oppstart i 2018. Det må dermed søkes om dispensasjon i og med at tiltakene ikke blir ferdigstilt innenfor Arbeidstilsynets tidsramme.

Vi anbefaler at det vurderes rensing av ventilasjonsanlegg, lokale kjøleaggregater og oppussing av overflater gjennomføres i løpet av kort tid slik at et godt arbeidsmiljø ivaretas fram til den rehabiliteringen starter i 2018.

Bygg 36 Øye:

Bygget skal iht. Arealutviklingsplan 2025 rives i 2021. Alle tiltakene prioriteres på grunn av lang tid frem til avhending. Oppstart og gjennomføring i 2014.

Bygg 37 Geriatrisk Bygning

Bygget skal iht. Arealutviklingsplan 2025 rives i 2021. Det har vært utført en spørreundersøkelse der brukere av bygget har prioritert tiltakene. Prioriteringen var slik:

- 1- Kjøling
- 2- Ventilasjon
- 3- Takvinduer
- 4- Sanitær og oppussing

Ettersom bygget skal avhendes om 10 år, anbefales det å se på minimumstiltak som tilfredsstillende Arbeidstilsynets krav. Tiltakene som anbefales er følgende:

- Utskifting av takvindu
- Overflatebehandling og oppussing

Andre tiltak:

- Lokale kjøleaggregater der det er behov for kjøling
- Rensing av ventilasjonskanaler for å øke kapasiteten på eksisterende anlegg.

Bygg 42 Garasjeanlegg:

Ingen ansatte jobber der. Ingen prioriterte tiltak.

Bygg 46 Akuttinstitusjon:

Bygget skal iht. Arealutviklingsplan 2025 rives i 2017. Ingen av tiltakene prioriteres.

Bygget står tomt i dag. Det forutsettes at det bevilges midler til eventuelle tiltak hvis bygget skal tas i bruk før det avhendes.

Bygg 47 Soria Moria Barnehage:

Utskifting av vinduer og ytterdører er det eneste tiltaket på dette bygget. Tiltaket prioriteres. Gjennomføring settes til 2015

Bygg 63 Eplehagen Barnehage:

Utskifting av takpapp er det eneste tiltaket på dette bygget. Tiltaket prioriteres med oppstart 2013.

Bygg 64, 65, 66 og 67 div. Barnehager:

Eneste tiltak på disse byggene er nytt ventilasjonsanlegg. Tiltaket prioriteres med oppstart 2013.

Bjørkelangen ambulansesentral:

Begge tiltakene i planen prioriteres. Det foreligger et pålegg fra Arbeidstilsynet på oppussing av garderober i dette bygget. Dette tiltaket gjennomføres i 2012.

Byggene i Sognsvannsveien:

Ingen tiltak prioriteres. Mindre nødvendige rehabiliteringer ivaretas av Arealutviklingsplan 2025.

Ullvin Behandlingssenter

Brakkerigg på forutsettes revet i nærmeste fremtid.

Tiltak knyttet til brannslokking på hovedhuset utgår siden det ikke er overnatting i bygget.

4.7 Aker Sykehus

Byggene på Aker er, i følge planene fra prosjektet Helsearena Aker, delt i 2 soner. Sone 1 omfatter bygningene: 26, 27, 28, 40, 60, 63, 65, 67, 79, 80 og 91. Disse byggene regnes ikke som kjerneområde og er dermed ikke prioritert. Det vil bli tatt standpunkt til disse byggene gjennom et eget prosjekt i regi av Oslo sykehusservice.

I følge forutsetninger Multiconsult har fått (heretter kalt generelle forutsetninger), skal sanitær, ventilasjon og overflatebehandling prioriteres.

Diagram 4.7 viser kostandsfordelingen på Aker Sykehus over år.

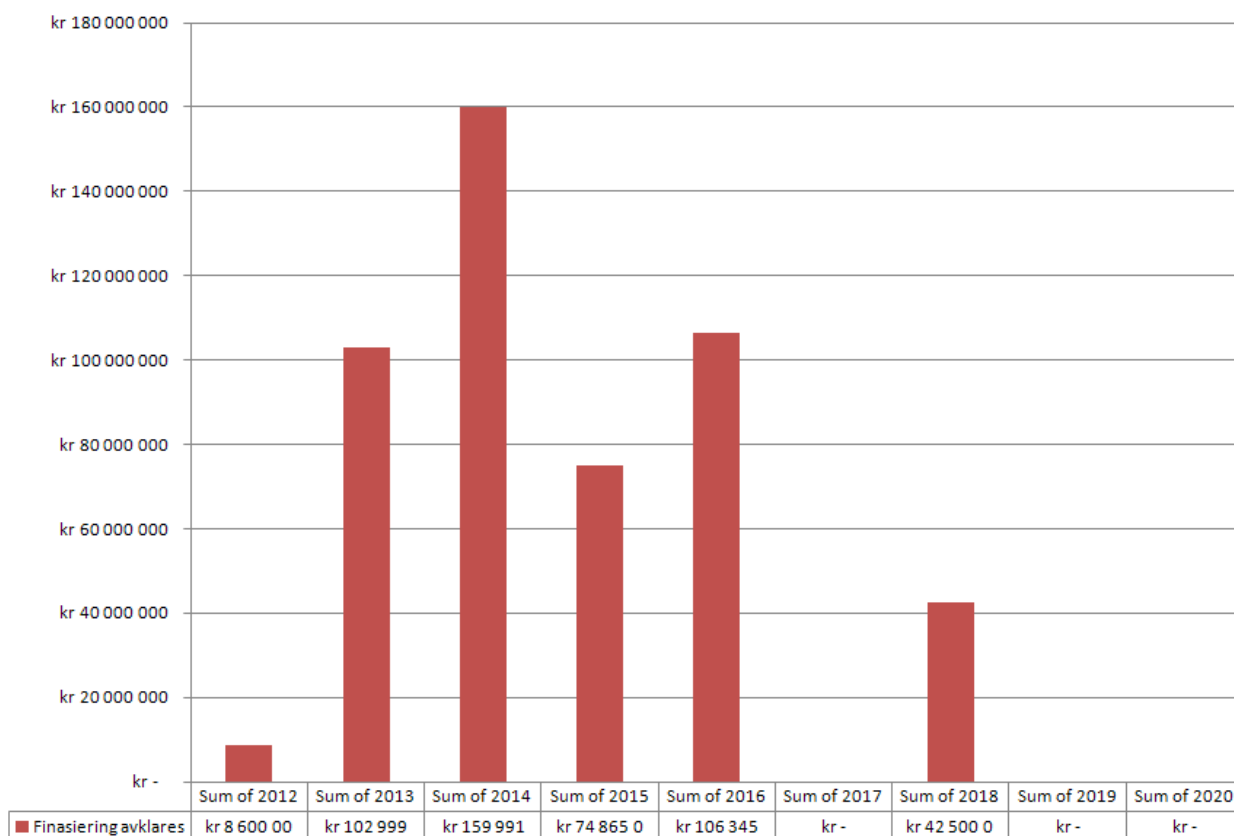


Diagram 4-7 Kostnadsfordelingen for tiltak på Ake Sykehus

4.7.1 Kommentarer pr bygning

Bygg 1:

Bygget skal avhendes i 2018. Det er usikkerhet knyttet til om det skal være aktivitet i bygget fram til avhending. Ingen tiltak prioriteres.

Bygg 2:

Det er gjennomført en spørreundersøkelse for dette bygget. Ingen besvarelse ble mottatt fra brukere dermed blir det tatt utgangspunkt i generelle forutsetninger for prioritering av tiltak. Tiltakene knyttet til ventilasjon og vann og sanitær vil bli prioritert med oppstart i 2015.

Bygg 3:

Det er gjennomført en spørreundersøkelse for dette bygget. Ingen besvarelse ble mottatt fra brukere dermed blir det tatt utgangspunkt i generelle forutsetninger for prioritering av tiltak. Tiltak knyttet til Luftbehandling (ventilasjon og kjøling) og vann og sanitær prioriteres med oppstart i 2014.

Bygg 4:

Det er gjennomført en spørreundersøkelse for dette bygget. Mottatte besvarelser var i stor grad samstemt med generelle forutsetninger. Tiltak knyttet til Luftbehandling (ventilasjon og medisinsk gassanlegg), vann og sanitær skal prioriteres.

Bygg 5:

Det er gjennomført en spørreundersøkelse for dette bygget. Ingen besvarelse ble mottatt fra brukere dermed blir det tatt utgangspunkt i generelle forutsetninger for prioritering av tiltak. Tiltak knyttet til luftbehandling (kjøling og ventilasjon), Sanitær prioriteres.

Bygg 6:

Det er gjennomført en spørreundersøkelse for dette bygget. Med hensyn til generelle forutsetninger, besvarelser fra undersøkelsen og fremtidige planer for bygget er alle tiltak prioritert. Fasadene skal sperres og sikres inntil tiltak knyttet til utbedring av fasaden gjennomføres.

Bygg 8:

Det kommer inn nye leietakere i dette bygget. Leietakeren har fått finansiering til utbedring av ventilasjonsanlegg. Beløpet for tiltaket reduseres til 1 mill kr pga. finansieringsmodellen.

Bygg 9, 10, 41:

Generelle forutsetninger legges til grunn i prioritering av tiltak. Tiltak knyttet til ventilasjon prioriteres.

Bygg 20:

Ingen endringer i kjeller og loft. Kostnadene kan reduseres til 7 mill kr.

Bygg 21:

Tiltak allerede planlagt og midler er bevilget. Tas ut av tiltaksplanen.

Bygg 22:

Det skal ikke være lab i dette bygget. Nærmere undersøkelse og tilstandsvurdering må gjennomføres.

Bygg 26:

Etter kvalitetssikring i januar 2012 fra forvaltning og drift på Aker sykehus blir følgende tiltak prioritert:

- Oppgradering av luftbehandlingsanlegg
- Utskifting av vinduer

Bygg 27:

Etter kvalitetssikring i januar 2012 fra forvaltning og drift på Aker sykehus blir følgende tiltak prioritert:

- Omlegging av tak og takstein
- Utskifting av ventilasjonsanlegg
- Nytt sprinkelanlegg

Bygg 28:

Etter kvalitetssikring i januar 2012 fra forvaltning og drift på Aker sykehus blir følgende tiltak prioritert:

- Bytte undertak og takstein
- Utskifting av ventilasjonsanlegg

Bygg 48 og 50:

Generelle forutsetninger legges til grunn i prioritering av tiltak. Tiltak knyttet til overflatebehandling prioriteres.

5. Fremdrift

Fremdriftsplanen for tiltakene på et overordnet nivå (årsbasis) følger med som vedlegg. I tillegg foreligger det et forslag til en mer detaljert fremdrift (månedsbasis) for tiltak som starter i 2012. Planen er satt opp på grunnlag av følgende forutsetninger (Kfr. Vedlegg):

- Fremdriftsplan i Arealutviklingsplan 2025 har vært førende i utarbeidelse av denne planen
- Tiltak knyttet til spesialventilasjon gjennomføres 1. januar 2012 utenom bygg J på Radium siden avtrekksbenkene ikke er i bruk.
- Tiltak som skal finansieres med midler fra Arealutviklingsplan 2025 har oppstart 2013 (Gjelder også planlegging).
- Av tiltak som ikke har avklart finansiering vil i 2012 kun gjennomføres tiltak med konsekvensgrad 5.
- Samtlige tiltak i en bygning gjennomføres som en prosjektpakke.

Rapport 3

Oppdrag: **Oslo Universitetssykehus HF**

Emne: **Utarbeidelse av vedlikeholdsplan**

Rapport: **Strakstiltak for utbedring av arbeidsmiljøet i bygg 3 og 7, Ullevål Sykehus**

Oppdragsgiver: **Oslo Universitetssykehus HF**

Dato: **11.01.2012**

Oppdrag- / Rapportnr. **122476/5**

Tilgjengelighet **Begrenset**

| | | | |
|-----------------|-----------------------------|------------------|---------------------------------|
| Utarbeidet av: | Heidi Stien | Fag/Fagområde: | Tilstandsanalyse |
| Kontrollert av: | Lars Henning Engblad | Ansvarlig enhet: | Tilstand og bygningsvern |
| Godkjent av: | Christian Listerud | Emneord: | Tilstand |

| | | | | | | |
|-------------|-------------|----------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | | | | | | |
| 02 | 11.01.2012 | For utsendelse | 11 | HES | LHE | CL |
| Utg. | Dato | Tekst | Ant.sider | Utarb.av | Kontr.av | Godkj.av |

Innholdsfortegnelse

| | |
|------------------------------------|----|
| 1. Sammendrag | 3 |
| 2. Innledning | 4 |
| 3. Identifiserte strakstiltak..... | 5 |
| 4. Konklusjon..... | 10 |
| 5. Vedlegg..... | 11 |

Vedlegg:

Strakstiltaksliste, Bygg 3 Ullevål Sykehus

Strakstiltaksliste, Bygg 7 Ullevål Sykehus

1. Sammendrag

På oppdrag for Oslo Universitetssykehus (OUS) har Multiconsult (MC) gjennomført en kartlegging av nødvendige strakstiltak knyttet til utbedring av arbeidsmiljøet for OUS sine ansatte i bygg 3 og 7 ved Ullevål Sykehus. Det er forutsatt at begge bygningene skal avhendes i 2018. Tiltakene som er foreslått er å forstå som minimumstiltak for å oppnå et akseptabelt nivå på arbeidsmiljøet frem til planlagt avhending.

De totale estimerte strakstiltakskostnader ligger ca. kr 112 mill (hhv. kr. 58 mill for bygg 3 og 54 mill for bygg 7). Det påpekes at disse kostnadene er entreprisestkostnader, eks. mva. Prosjektkostnaden, inkl. mva., er på ca. kr 168 mill. (hhv. Kr. 87 mill for bygg 3 og kr 81 mill for bygg 7).

Strakstiltakene er oppsummert med kategori, varighet (både for planlegging og gjennomføring av tiltaket) og prosjektkostnad, inkl. mva., i Tabell 1 og Tabell 2, for henholdsvis bygg 3 og bygg 7, under. Alle tiltak er vurdert i forhold til en gjennomføring hvor tiltakene tas rom for rom, eventuelt samlet tiltakspakke rom for rom.

Tabell 1: Oppsummering av strakstiltak, bygg 3 Ullevål Sykehus

| Strakstiltak bygg 3 | | | | |
|--|----------|-----------------------|-------------------------|---|
| Forhold | Kategori | Varighetsestimat | | Prosjektkostnads- estimat (inkl. mva.) [kr] |
| | | Planlegging [uker] | Gjennomføring [uker] | |
| Grunn, fundamenter og bæresystem | 5 | - | 1 | 450.000 |
| Yttervegger – kjeller | 5 | 2 | 5 | 1.350.000 |
| Vinduer | 5 | 3 | 16 | 11.625.000 |
| Solavskjerming | 5 | 1 | 6 | 1.125.000 |
| Innervegger/ dekker - renhold | 5 | 3 | 8 | 3.000.000 |
| Innervegger/ dekker - kledning og overflater | 5 | 4 | 24 | 9.000.000 |
| Innervegger/ dekker - gulvoverflate | 5 | 4 | 24 | 9.000.000 |
| Innervegger/ dekker - våtrom | 5 | 8 | 40 | 16.500.000 |
| Innervegger/ dekker - garderober | 5 | 3 | 8 | 1.500.000 |
| Innervegger/ dekker - himlinger | 5 | 2 | 10 | 2.400.000 |
| Yttertak – takvinduer og takrenner/nedløp | 5 | 2 | 6 | 1.050.000 |
| Fast inventar - medisinskap | 5 | 4 | 10 | 2.250.000 |
| Sanitærinstallasjon | 5 | 1 | 3 | 255.000 |
| Varme | 5 | - | 2 | 105.000 |
| Luftbehandling | 5 | 8 | 20 | 12.000.000 |
| Lavspent forsyning | 5 | 4 | 15 | 12.000.000 |
| Lys | 5 | 6 | 10 | 3.000.000 |
| TOTALT | | | | Ca. 87.000.000 |

Tabell 2: Oppsummering av strakstiltak, bygg 7

| Strakstiltak bygg 7 | | | | |
|--|----------|-----------------------|-------------------------|---|
| Forhold | Kategori | Varighetsestimat | | Prosjektkostnads- estimat (inkl. mva.) [kr] |
| | | Planlegging [uker] | Gjennomføring [uker] | |
| Grunn, fundamenter og bæresystem | 5 | - | 1 | 450.000 |
| Yttervegger - kjeller | 5 | 1 | 3 | 750.000 |
| Vinduer | 5 | 3 | 13 | 8.850.000 |
| Solavskjerming | 5 | 1 | 8 | 1.500.000 |
| Innervegger/ dekker - renhold | 5 | 2 | 6 | 2.100.000 |
| Innervegger/ dekker - kledning og overflater | 5 | 3 | 20 | 7.200.000 |
| Innervegger/ dekker - gulvoverflate | 5 | 3 | 20 | 6.750.000 |
| Innervegger/ dekker - våtrom | 5 | 6 | 30 | 7.500.000 |
| Innervegger/ dekker - garderober | 5 | 3 | 6 | 1.125.000 |
| Innervegger/ dekker - himlinger | 5 | 2 | 8 | 1.650.000 |
| Yttertak – takrenner/-nedløp | 5 | 2 | 6 | 600.000 |
| Fast inventar - medisinsk | 5 | 4 | 12 | 3.000.000 |
| Sanitærinstallasjon | 5 | 1 | 3 | 165.000 |
| Varme | 5 | - | 2 | 90.000 |
| Luftbehandling | 5 | 4 | 12 | 4.500.000 |
| Lavspent forsyning | 5 | 6 | 30 | 21.000.000 |
| Lys | 5 | 6 | 12 | 4.500.000 |
| Person- og varetransport - heis | 5 | 1 | 2 | 9.000.000 |
| TOTALT | | | | Ca. 81.000.000 |

2. Innledning

Dette kapittelet omhandler bakgrunnen for arbeidet, omfang, formål og forutsetninger.

2.1 Bakgrunn

Multiconsult (MC) har på oppdrag fra Oslo Universitetssykehus (OUS) gjennomført en kartlegging av nødvendige strakstiltak knyttet til utbedring av arbeidsmiljøet for OUS sine ansatte i bygg 3 og 7 ved Ullevål sykehus.

Arbeidstilsynets (AT) rapport datert 18.07.2011, pålegger OUS å gjennomføre en rekke tiltak for å sikre arbeidsmiljøet til sine ansatte. Et av tiltakene omfatter utarbeidelse av en vedlikeholdsplan der strakstiltak for utbedring av det fysiske arbeidsforholdet for de ansatte over en periode på tre år blir beskrevet, ref. MCs rapport "Utarbeidelse av grunnlag for vedlikeholdsplan" ver. 21.10.2011.

Denne rapporten må sees i sammenheng med Multiconsults rapport "Utarbeidelse av grunnlag for vedlikeholdsplan" ver. 21.10.2011, og "Rapport 2" ver. 19.12.2011.

2.2 Omfang

Kartleggingen er basert på en teknisk tilstandsanalyse, nivå 1, i tillegg til opplysninger gitt av representanter fra Oslo sykehusservice (OSS) og verneombud. En teknisk tilstandsanalyse på nivå 1 innebærer at det for de befarte arealene kun er gjort vurderinger basert på visuelle observasjoner. Ingen konstruksjonsdeler er åpnet.

Det ble satt av to dager til befaring, henholdsvis én dag på bygg 3 og én dag på bygg 7.

I bygg 3 ble hovedsakelig følgende arealer befart:

- Kjeller
- Infeksjon
- Thorax
- Lunge
- Tekniske rom på loft

I bygg 7 ble hovedsakelig følgende arealer befart:

- Kjellergarderober
- Gastrokirurgen
- Ortopeden
- Intensivsengepost/ anestesi

Fasader ble ikke besiktiget i detalj. Tak ble kun besiktiget via takluker.

MC var representert på befaringsene innenfor fagområdene bygg, VVS og elektro. I tillegg var OSS og verneombud fra OUS deltakende på befaringsene.

2.3 Formål

Kartleggingens hensikt er å ivareta ATs pålegg ved å identifisere minimumstiltak som må utføres straks for å oppnå et akseptabelt nivå på arbeidsmiljøet i bygg 3 og 7 frem mot planlagt avhending i 2018.

2.4 Forutsetninger

MCs vurderinger er basert på et overordnet detaljeringsnivå som er tilpasset formålet om å kartlegge strakstiltak for utbedring av arbeidsmiljøet i bygg 3 og 7.

Fokuset har kun vært på de ansatte ved OUS. Strakstiltak som er foreslått er å forstå som absolutte minimumstiltak. Det er forutsatt at bygningene skal avhendes i 2018. Dersom restlevetiden til bygningene blir lenger enn forutsatt, vil en ny vurdering av ytterligere og mer omfattende tiltak vært høyst nødvendig.

Det grove kostnadsoverslaget som presenteres i det følgende omfatter hovedsakelig utbedring av bygningenes tilstand. Eventuelt behov for ombygging eller omdisponering av arealer er ikke tatt i betraktning.

3. Identifiserte strakstiltak

Videre presenteres et sammendrag av de kartlagte strakstiltakene, se Tabell 3 og Tabell 4. Med strakstiltak menes tiltak som kan knyttes opp mot avvik fra myndighetskrav samt ev. forhold som kan ha innvirkning på personsikkerhet. Strakstiltak vil også kunne innbefatte pålegg fra offentlige myndigheter.

For hvert strakstiltak er det også angitt et grovt kostnadsestimat. Kostnadsestimatene er prosjektkostnader inkl. mva. Totalt er prosjektkostnadene inkl. mva. forbundet med strakstiltak på anslått til å være ca. kr 168 mill (hhv. kr. 87 mill på bygg 3 og 81 mill på bygg 7).

For en detaljert beskrivelse av identifiserte forhold/symptomer med tilhørende strakstiltak for hhv. bygg 3 og bygg 7, se vedlegg 1 og 2 (i vedleggene er entreprisestimater eks. mva angitt). For strakstiltakenes kategori og varighet, se Tabell 1 og 2 i denne rapporten.

Tabell 3: Beskrivelse av kartlagte strakstiltak, bygg 3 Ullevål Sykehus

| Strakstiltak bygg 3 | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|
| | Forhold/symptomer | Kortfattet tiltaksbeskrivelse | Prosjektkostnad (inkl. mva.) [kr] |
| Grunn, fundamenter og bæresystem | Pågående setningsproblematikk | Årlig kontroll av vegglivets helningsavvik | 450.000 |
| Yttervegger | Høy fuktinntrengning gjennom kjelleryttervegger | Injisering fra innsiden der man vet lokasjonen på lekkasjen | 150.000 |
| | Kapillært oppsug av fukt fra grunnen i midtbærevegger | Installasjon av avfuktere i kjellerrom med varig opphold | 750.000 |
| | Feil malingstype (for tett) benyttet på pussede vegger | Tilførsel av friskluft via ventilasjonen repareres (alternativt anordnes tilluftsventiler i yttervegg/ vinduer) | 150.000 |
| | Saltutslag som gir "blæring" av veggmalning og oppsmuldet puss | På synlige overflater: malingsfjerning og ny overflatebehandling | 300.000 |
| Vinduer | Kaldras fra vinduer | Alle åpningsbare rammer med unntak av én i hvert rom forsegles og vrider fjernes. | 375.000 |
| | Luftlekkasjer og inndriv av vann/snø, både mellom karm og ramme og rundt vinduer | På de rammer hvor åpne-/ lukkefunksjon beholdes, suppleres innvendig tetningslist med ny tetningslist i epdm-gummi mot ytre profil i smyget. Justering forsøkes. | 1.500.000 |
| | Punkterte vindusglass (spesielt i eldre teakvinduer med isolerglass fra 1962) | Vinduer med isolerglass fra 1962 skiftes ut eller suppleres med innvendig varevindu. For nyere vindustype, der begge rammer har funksjonsvikt, må også en andel vinduer skiftes. | 6.000.000 |
| | Sålbenker utvendig mangler eller har skader | Sålbenker skiftes ut og tilstrekkelig tetting i underkant vinduer utvendig sikres (ref. tiltak på søsterhjemmet) | 3.750.000 |
| Solavskjerming | Manglende solavskjerming mot sydøst og nordvest. | Montering av enkel manuell utvendig avskjerming i de mest utsatte rommene. | 1.125.000 |
| Innervegger/ dekker - renhold | Mye skitt og støv på horisontale overflater og på profiler over himlinger | Hyppighet på både generell hovedrengjøring i lokalene og teknisk renhold bør økes til et forsvarlig nivå. Årlig kostnad kr. 1.500.000,-. Kun kostnad for 2012 er ført til sum. | 1.500.000 |
| | Banebelegg har generelt matt overflate, hvilket påvirker beleggets rengjørbarhet. | Hyppigheten på sliping og polishbehandling av banebelegg må økes. Årlig kostnad kr. 1.500.000,-. Kun kostnad for 2012 er ført til sum. | 1.500.000 |
| Innervegger/ dekker - kledning og overflater | Kledninger og overflater bærer generelt preg av stor slitasje og elde, i tillegg til skader etter mekanisk påkjenning. | Utbedre skader og foreta overflatebehandling av en andel overflater og kledninger. Montere fenderlister/vinkelprofiler på hjørner i alle korridorer for å redusere spredning av puss-/gipsstøv i lokalene (grunnet hard belastning). | 9.000.000 |
| Innervegger/ dekker - gulvoverflate | Gulvoverflater bærer generelt preg av stor slitasje og elde, i tillegg til punktvis skader/ sprekker etter mekanisk påkjenning. | Utskiftning av belegg i rom/ korridorer hvor kombinasjonen av skader som må repareres og tidligere utført reparasjoner, til | 7.500.000 |

| | | | |
|---|---|--|------------|
| | | sammen gir et estetisk skjemmende inntrykk. | |
| | Gulvene har unormale ujevnheter, og bærer generelt preg av hard belastning og elde. | Der det er hull/skader i arealer hvor belegget ikke skiftes, må det foretas flekkvise reparasjonsarbeider. | 1.500.000 |
| Innervegger/ dekker - våtrom | Våtrom bærer generelt preg av slitasje, muggsoppvekst, fallproblematikk på gulv, manglende renhold og dårlig funksjonalitet. Det er også opplyst om at de fleste bad ikke har membran. | Ombygging og etablering av nye baderom, samt rehabilitering av eksisterende baderom. Gulv pigges/sparkles til korrekt fall, sluk må skiftes ut, det legges vinyl på gulv/vegger og det settes inn overstrømningsventiler i alle (baderoms)dører. Løsning med nedsenket renne ved dør må vurderes (for å unngå avrenning av vann ut i rommet). Forsert avtrekk etableres, enten ved tilknytning til ventilasjonsanlegg eller direkte til det fri. | 16.500.000 |
| Innervegger/ dekker - garderober | Omkledningsrom i garderober fremstår som utidsmessige og slitte | Resterende garderobearealer må overflatebehandles og oppgraderes med ny belysning, nye skap m.v. | 1.500.000 |
| Innervegger/ dekker - himlinger | I himling generelt er det registrert skader som følge mekanisk belastning og misfarging pga. elde. Indikasjoner tyder på at det er uforseglet mineralullisolasjon i himlingene og på installasjoner over himling. | Utskiftning av skadede himlingsplater og hele felter av himling der disse er estetisk skjemmende. Det må foretas måling av inneluft for å konstatere om mineralullfibre spres i lokalene. | 2.400.000 |
| Yttertak | Det ble opplyst at det er pågående lekkasjer i fm. ca. 10 stk takvinduer | Åpning av konstruksjon utvendig rundt og over takvinduer i tilstrekkelig omfang til å avdekke årsaken til lekkasjer og foreta utbedring når lekkasjen er funnet. | 300.000 |
| | Det er opplyst om at takrenner/nedløp har dårlig kapasitet. Det er ikke varmekabler, hvilket fører til et problem med isdanning. | Det må foretas punktvis utbedring av takrenner og nedløp for å sikre at fasader/ vinduer ikke utsettes for unormal fuktbelastning. | 750.000 |
| Fast inventar, medisinskap | Det ble registrert flere medisinskap og andre typer spesialinstallasjoner som ikke har avtrekk til det fri. | Det må etableres forskriftsmessig avtrekk fra medisinskap m.v. Tiltaket må også inkludere overstrømningsventil i dør. | 2.250.000 |
| Sanitærinstallasjon | Avløpsrør: Enkelte rustgjennomslag på SA rør. | Utbedringer og kontroll | 255.000 |
| Varme | Generelt, rør og utstyr | Jevnlig kontroll | 105.000 |
| Luftbehandling | Generelle mangler ved kanaler og aggregater, i tillegg til at de bærer preg av dårlig renhold. | Diverse montering og rengjøring av både aggregater og kanaler | 12.000.000 |
| Lavspent forsyning | Det er foretatt løpende utskiftning av underfordelinger ifm. oppgraderinger og endret bruk i avdelingene. | Hyppigheten på termografering av underfordelinger og driftstekniske fordelinger må økes til et forsvarlig nivå. Dette for å ivareta formelle krav til IK elektro, men også slik at eventuell varmegang i eldre installasjoner kan utbedres før dette leder til brann. | |
| | Det er opplyst at det forekommer underfordelinger som ikke tilfredsstillende det sikkerhetsnivå som kreves for dagens virksomhet. | Skifte en andel underfordelinger og tilhørende kursopplegg. | 4.500.000 |
| | Det er ikke forskriftsmessig nødstrømsforsyning til gr. 2 rom. | Installasjon av lokal UPS i kritiske rom. | 7.500.000 |

| | | | |
|---|--|---|-----------------------|
| | Det vises til ROS analyse av 23.02.2011. | | |
| Lys | Det foreligger dokumentasjon på at alle lysarmaturer med PCBholdige armaturer er skiftet ut. | Skifte enkeltvis lysarmaturer som er skadet eller ikke virker. Gruppeskift i de arealer hvor himling skiftes i hele felter. | 3.000.000 |
| TOTAL PROSJEKTKOSTNAD INKL. MVA. | | | Ca. 87.000.000 |

Tabell 4: Beskrivelse av kartlagte strakstiltak, bygg 7 Ullevål Sykehus

| Strakstiltak bygg 7 | | | |
|---|---|---|--|
| | Forhold/symptomer | Kortfattet tiltaksbeskrivelse | Prosjektkostnad (inkl. mva.) [kr] |
| Grunn, fundamenter og bæresystem | Pågående setningsproblematikk | Årlig kontroll av veggglivets helningsavvik | 450.000 |
| Yttervegger | Feil malingsstype (for tett) benyttet på pussede vegger | Installasjon av avfuktere i kjellerrom med varig opphold | 450.000 |
| | Saltutslag som gir "blæring" av veggmalings og oppsmuldret puss | På synlige overflater: malingsfjerning og ny overflatebehandling | 300.000 |
| Vinduer | Vinduer er skjøvet ut sin opprinnelige stilling som følge av pågåendesetninger. | Alle åpningsbare rammer med unntak av én i hvert rom forsegles. Vrider fjernes. | 300.000 |
| | Kaldras fra vinduer som er vanskelige å åpne/lukke. | På de rammer hvor åpne-/lukkefunksjon beholdes, må tetningslister skiftes ut/suppleres. Justering forsøkes. | 1.050.000 |
| | Luftlekkasjer og inndriv av vann/snø, både mellom karm og ramme og rundt vinduer. Sålbenker utvendig mangler eller har skader. Noen punkterte vindusglass | Gamle trevinduer må skiftes ut. En andel av nyere vindustype må også skiftes (der alle rammer i et rom har funksjonsvikt). Sålbenker skiftes ut og tilstrekkelig tetting i underkant vinduer utvendig (ref. tiltak på søsterhjemmet). | 7.500.000 |
| Solavskjerming | Manglende solavskjerming mot sydøst og nordvest. | Montering av enkel manuell utvendig avskjerming i de mest utsatte rommene. | 1.500.000 |
| Innervegger/ dekker - renhold | Mye skitt og støv på horisontale overflater og på profiler over himlinger | Hyppighet på både generell hovedrengjøring i lokalene og teknisk renhold bør økes til et forsvarlig nivå. Årlig kostnad kr. 700.000,-. Kun kostnad for 2012 er ført til sum. | 1.050.000 |
| | Banebelegg har generelt matt overflate, hvilket påvirker beleggets rengjørbarhet. | Hyppigheten på sliping og polishbehandling av banebelegg må økes. Årlig kostnad kr. 700.000,-. Kun kostnad for 2012 er ført til sum. | 1.050.000 |
| Innervegger/ dekker - kledning og overflater | Kledninger og overflater bærer generelt preg av stor slitasje og elde, i tillegg til skader etter mekanisk påkjenning. | Utbedre skader og foreta overflatebehandling av en andel overflater og kledninger. Montere fenderlister/vinkelprofiler på hjørner i alle korridorer for å redusere spredning av puss-/gipsstøv i lokalene (grunnet hard belastning). | 7.200.000 |
| Innervegger/ dekker - gulvoverflate | Gulvoverflater bærer generelt preg av stor slitasje og elde, i tillegg til punktvis skader/ sprekker etter | Utskiftning av belegg i rom/ korridorer hvor kombinasjonen av skader som må repareres og | 4.500.000 |

| | | | |
|---|---|--|------------|
| | mekanisk påkjenning. | tidligere utført reparasjoner, til sammen gir et estetisk skjemmende inntrykk. | |
| | Gulvene har unormale ujevnheter, og bærer generelt preg av hard belastning og elde. | Der det er hull/skader i arealer hvor belegget ikke skiftes, må det foretas flekkvise reparasjonsarbeider. | 2.250.000 |
| Innervegger/ dekker - våtrom | Våtrom bærer generelt preg av slitasje, muggsoppvekst, fallproblematikk på gulv, manglende renhold og dårlig funksjonalitet. Det er også opplyst om at de fleste bad ikke har membran. | Ombygging og etablering av nye baderom, samt rehabilitering av eksisterende baderom. Gulv pigges/sparkles til korrekt fall, sluk må skiftes ut, det legges vinyl på gulv/vegger og det settes inn overstrømningsventiler i alle (baderoms)dører. Løsning med nedsenket renne ved dør må vurderes (for å unngå avrenning av vann ut i rommet). Forsert avtrekk etableres, enten ved tilknytning til ventilasjonsanlegg eller direkte til det fri. | 7.500.000 |
| Innervegger/ dekker - garderober | Omkledningsrom i garderober fremstår som utidsmessige og slitte | Resterende garderobearealer må overflatebehandles og oppgraderes med ny belysning, nye skap m.v. | 1.125.000 |
| Innervegger/ dekker - himlinger | I himling generelt er det registrert skader som følge mekanisk belastning og misfarging pga. elde. Indikasjoner tyder på at det er uforsøgt mineralullisolasjon i himlingene og på installasjoner over himling. | Utskiftning av skadede himlingsplater og hele felter av himling der disse er estetisk skjemmende. Det må foretas måling av inneluft for å konstatere om mineralullfibre spres i lokalene. | 1.650.000 |
| Yttertak | Det er opplyst om at takrenner/nedløp har dårlig kapasitet. Det er ikke varmekabler, hvilket fører til et problem med isdanning. | Det må foretas punktvis utbedring av takrenner og nedløp for å sikre at fasader/ vinduer ikke utsettes for unormal fuktbelastning. | 600.000 |
| Fast inventar, medisinskap | Det ble registrert flere medisinskap og andre typer spesialinstallasjoner som ikke har avtrekk til det fri. | Det må etableres forskriftsmessig avtrekk fra medisinskap m.v. Tiltaket må også inkludere overstrømningsventil i dør. | 3.000.000 |
| Sanitærinstallasjon | Avløpsrør: Enkelte rustgjennomslag på rørvegger. | Innkapping av nye rørstykker, i tillegg til diverse utbedringer og kontroll | 165.000 |
| Varme | Generelt, rør og utstyr | Jevnlig kontroll | 90.000 |
| Luftbehandling | Generelle mangler ved kanaler og aggregater, i tillegg til at de bærer preg av dårlig renhold. | Diverse montering og rengjøring av både aggregater og kanaler | 4.500.000 |
| Lavspent forsyning | Det er foretatt løpende utskiftning av underfordelinger ifm. oppgraderinger og endret bruk i avdelingene. | Hyppigheten på termografering av underfordelinger og driftstekniske fordelinger må økes til et forsvarlig nivå. Dette for å ivareta formelle krav til IK elektro, men også slik at eventuell varmegang i eldre installasjoner kan utbedres før dette leder til brann. | |
| | Det er opplyst at det forekommer underfordelinger som ikke tilfredsstillende det sikkerhetsnivå som kreves for dagens virksomhet. | Skifte en andel underfordelinger og tilhørende kursopplegg. | 6.000.000 |
| | Det er ikke forskriftsmessig nødstrømsforsyning til gr. 2 rom. Det vises til ROS analyse av 23.02.2011. | Installasjon av lokal UPS i kritiske rom. | 15.000.000 |
| Lys | Det foreligger dokumentasjon på at | Skifte enkeltvise lysarmaturer som | 4.500.000 |

| | | | |
|---|---|---|-----------------------|
| | alle lysarmaturer med PCBholdige armaturer er skiftet ut. | er skadet eller ikke virker. Gruppeskift i de arealer hvor himling skiftes i hele felter. | |
| Person- og varetransport - heis | 3 stk. heiser hvor kapasitet og funksjon er kritisk. I følge driftspersonell har heisene ingen funksjon i forbindelse med evakuering ved brann. | Hovedkomponenter i heiser må skiftes ut for å sikre driften. | 9.000.000 |
| TOTAL PROSJEKTKOSTNAD INKL. MVA. | | | Ca. 81.000.000 |

Det påpekes igjen at kostnaden som er lagt til grunn for renhold kun er for 2012. Det bør påregnes samme kostnad for hvert av de resterende årene frem mot avhending.

4. Konklusjon

Det er identifisert ca. 30 ulike strakstiltak på bygg 3, med en estimert prosjektkostnad inkl. mva. på ca. kr 87 mill, mens det for bygg 7 er identifisert ca 25 ulike strakstiltak, med estimert prosjektkostnad inkl. mva. på ca. kr 88 mill. Det understrekes at alle de kartlagte tiltakene anses som absolutte minimumstiltak for å få arbeidsmiljøet opp på et akseptabelt nivå. Tiltakene bør derfor iverksettes snarest mulig. Videre må strakstiltakene sees i sammenheng med øvrige flytteprosesser som berører bygningene.

5. Vedlegg

Strakstiltaksliste, Bygg 3 Ullevål Sykehus

Strakstiltaksliste, Bygg 7 Ullevål Sykehus

| TILSTAND | | | TILTAK | KOSTNAD | |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------|--|--|-------------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Areal/ lokasjon | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kr) |
| | Historikk | | 1920-årene | | |
| | Hoved-konstruksjon | | Direkte fundamentert i løsmasser på treflåter, bærende vegger i tegl og etasjeskillere i betong, trekonstruksjon tak | | |
| | SUM | | | Entreprisekostnad eks. mva | 58 000 000 |
| 2 BYGNING | | | | | |
| | 21 Grunn, fundamenter og bæring | | Det vises til rapport av 5.juni 2009 og 12.sept 2008 hvor det er konstatert setninger i bygningsmassen som følge av grunnvannsenkning ved oppføring av nye bygg på Ullevål. | Det må iverksettes årlig nivellement for å ha kontroll med at vegglivets helningsavvik ikke overstiger kritisk grenseverdi på 10 cm. | 300 000 |
| | | | Konsekvensene er forskjøvne rør og vinduer som mister sin funksjonalitet (åpne-, lukke- og tettemekanisme). Videre er det registrert oppsprekking i gulv og vegger, sammen med tydelige nivåforskjeller/bruddskader. | Dersom helningsavviket nærmer seg kritisk grenseverdi de neste 10 årene, må lokale stabiliserende tiltak vurderes for å stoppe videre setningsutvikling og/ eller etterforankre yttervegg (vurdering kr. 500 000,-). | |
| | | | Ovennevnte rapporter konkluderte med at byggets stabilitet var tilfredstillende på det tidspunkt de ble utarbeidet. | Stabiliserende tiltak kan være å grave opp utvendig, bore ned stålkjernepeler utvendig og innvendig med avstivende bjelker mellom m.v. (minimums omfang kr. 5 000 000,-). | |
| | | | Det er antydnet en kritisk grenseverdi for helningsavvik på yttervegg på omkring 10 cm. | Etterforankring av yttervegg er et alternativ til lokale stabiliserende tiltak (se kostnad over). | |
| | | | | | |

| TILSTAND | | | TILTAK | KOSTNAD | |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------|--|--|---------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Areal/ lokasjon | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kkr) |
| 23 | Yttervegger | Kjeller | Høy fuktinntrengning gjennom kjelleryttervegger som følge av sprekker (setninger) og sviktende/ manglende drenering. | Injisering fra innsiden på de steder der man vet lokasjonen på lekkasjen. | 100 000 |
| | | | Kapillært oppsug av fukt fra grunnen i midtbærevegger. | Tiltak i rom med varig opphold i kjeller (gjelder kontorer i to fløyer mot sydvest): Avfuktere installeres, kombinert med overstrømnings-ventiler i dører inn til rommene hvor avfuktere plasseres og avtrekk føres ut gjennom yttervegg. | 500 000 |
| | | | Feil malingstype (for tett) er benyttet på pussede vegger med høyt fuktinnhold. | Tilførsel av friskluft via ventilasjonen repareres. Alternativt må det anordnes tilluftsventiler i yttervegg/ vinduer. | 100 000 |
| | | | Saltutslag gir "blæring" av veggmalning og oppsmuldret puss. | På synlige overflater (kjelleryttervegg og midtbærevegg) foretas malingsfjerning og ny overflatebehandling (maling som er dampåpen, for eksempel silikatmaling). | 200 000 |
| | | | | Varig tiltak er å foreta drenering og fuksikring av kjelleryttervegger rundt halve bygget (2 fløyer mot sydvest). Kostnad inkluderer nødvendig istandsetting av utomhusarealer (antatt omfang kr. 4 000 000,-). | |
| 234 | Vinduer, dører, port og sålbenk | Vinduer | Vinduer er skjøvet ut sin opprinnelige stilling som følge av pågående setninger. | Utskiftning av ca. 700 vinduer. Etter utskiftning kan det oppstå nye skader på nye vinduer, inntil det evt. foretas stabiliserende tiltak (antatt omfang kr. 15 000 000,-). | |
| | | | Kaldras fra vinduer gir kald trekk i rommene og ugunstig termisk inneklima. | Alle åpningsbare rammer med unntak av en i hvert rom forsegles. Vrider fjernes. | 250 000 |
| | | | Vanskelige eller umulige å åpne og lukke. | Åpningsbar ramme som fungerer best skal fortsatt være åpningsbar. | |
| | | | Luftlekkasjer og inndriv av vann og snø, både mellom karm og ramme og rundt vinduer (spesielt i underkant). | På de rammer hvor åpne-/ lukkefunksjon beholdes, suppleres innvendig tetningslist med ny tetningslist i epdm-gummi mot ytre profil i smyget. Justering forsøkes. | 1 000 000 |
| | | | Punkterte glass, spesielt i eldre teakvinduer med isolerglass fra 1962. | Vinduer med isolerglass fra 1962 må enten skiftes ut, eller suppleres med innvendig varevindu. En andel av nyere vindustype må også skiftes (der begge rammer har funksjonsvikt). | 4 000 000 |
| | | | Sålbenker utvendig mangler eller har skader. | Sålbenker skiftes ut og tilstrekkelig tetting i underkant vinduer utvendig. Ref. tiltak på søsterhjemmet. | 2 500 000 |
| | | | | | |

| TILSTAND | | | TILTAK | KOSTNAD | |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------|---|--|---------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Areal/ lokasjon | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kkr) |
| 237 | Solskjerming | | Det mangler solavskjerming på solvendte fasader mot sydøst og nordvest. | Det må monteres enkel manuell utvendig avskjerming i de mest utsatte rommene. | 750 000 |
| | | | Dette er sterkt medvirkende til at mange rom oppleves som ubehagelig varme på sommerstid. | Der hvor det skal skiftes vinduer må disse leveres med glass med gode solskjermende egenskaper. | |
| 24 | Innervegger/ dekker | Renhold | Det er registrert skitt og støv på horisontale overflater som rørføringer, toppen av skap o.l, og på profiler over himlinger. | Hyppigheten på generell hovedrengjøring i lokalene og teknisk renhold (rengjøring over himlinger og i underfordelinger m.v.) anbefales opprettholdt og/ eller økt til et forsvarlig nivå. Årlig kostnad kr. 1.000.000,-. Kun kostnad for 2012 er ført til sum. | 1 000 000 |
| | | | Opphopning av skitt og lo på og rundt avtrekksventiler indikerer at inneluften har et ppm-nivå utover kritiske grenseverdier fra Folkehelseinstituttet. | Fokus på renhold kan være vesentlig for å minske forekomster av svevestøv i inneluften. Deponert støv vil bli luftbårent ved høy aktivitet. | |
| | | | Banebelegg i korridorer og andre arealer med stor belastning er matt i overflaten. Dette indikerer at polish er helt slitt vekk og det slites direkte på toppsjiktet i belegget. Dette reduserer beleggets rengjørbarhet. | Hyppigheten på sliping og polishbehandling av banebelegg må økes. Årlig kostnad kr. 1.000.000,-. Kun kostnad for 2012 er ført til sum. | 1 000 000 |
| | Kledning og overflater | | Det er registrert at kledninger og overflater bærer preg av stor slitasje, mange steder også med skader etter mekanisk påkjenning. | Utbedre skader og foreta overflatebehandling av en andel overflater og kledninger (repareres, sparkles, males etc.). | 5 000 000 |
| | | | Tilstanden skyldes en kombinasjon av elde, hard belastning som følge av blant annet senge- og tralletransport og manglende/dårlig vedlikehold. | Montere fenderlister og vinkelprofiler på hjørner i alle korridorer for å redusere spredning av puss-/gipsstøv i lokalene. | 1 000 000 |

| TILSTAND | | | TILTAK | KOSTNAD | |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------|---|--|---------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Areal/ lokasjon | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kkr) |
| | | Gulv- overflate | Det er registrert at gulvoverflatene generelt bærer preg av stor slitasje og punktvis skader/ sprekker. | Utskiftning av belegg i rom/ korridorer hvor kombinasjonen av skader som må reparerer og tidligere utført reparasjoner, til sammen gir et estetisk skjemmende inntrykk. | 5 000 000 |
| | | | Gulvene har unormale ujevnheter (sannsynligvis sammenheng med setninger) som i kombinasjon hard belastning (senge- og tralletransport), gir et estetisk skjemmende inntrykk og økt omfang skader. | Der det er hull/skader i arealer hvor belegg ikke skiftes, må det foretas flekkvise reparasjonsarbeider. | 1 000 000 |
| | | Våtrom | Våtrom (både pasientbad/-toaletter og bad/toaletter i personalgarderober) bærer generelt preg av slitasje, muggsoppvekst (det er registrert mye muggsopp på fuger i dusjsoner), fallproblematikk på gulv, manglende renhold og dårlig funksjonalitet (trange bad der det er vanskelig å manøvrere med rullestol, for både ansatt og pasient). Det er for øvrig opplyst om at de fleste badene ikke har membran. | Ombygging og etablering av nye badrom, samt rehabilitering av eksisterende badrom. Gulv må pigges/sparkles til korrekt fall, sluk må skiftes ut, det legges vinyl på gulv/vegger og det settes inn overstrømningsventiler i alle (baderoms)dører. Løsning med nedsenket renne ved dør må vurderes (for å unngå avrenning av vann ut i rommet). Forsert avtrekk etableres, enten ved tilknytning til ventilasjonanlegg eller direkte til det fri. | 11 000 000 |
| | | Garde- rober | Omkledningsrom i garderober fremstår som utidsmessige og slitte. | Resterende garderobearealer må overflatebehandles og oppgraderes med ny belysning, nye skap m.v. | 1 000 000 |
| | | Him- linger | Nedforet spilehimling eller annen type perforert stålplatehimling og standard systemhimling, hvor det registert skader som følge mekanisk belastning og misfarging pga. elde. | Det må foretas måling av inneluft for å konstatere om mineralullfibre spres i lokalene. | 100 000 |
| | | | Det ble registrert indikasjoner som tyder på at det er uforseglet minerallullisolasjon i himlingene og på installasjoner over himling. Dette gjelder spesielt endene på spilehimlinger. | Utskiftning av skadede himlingsplater og hele felter av himling der disse er estetisk skjemmende. | 1 500 000 |

| TILSTAND | | | TILTAK | KOSTNAD | |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------|---|---|--------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Areal/ lokasjon | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kr) |
| 26 | Yttertak | Taktekning | Det er generelt ikke registrert eller rapportert om lekkasjer eller annen type svikt som følge av utett taktekning. | | |
| | | Beslag | Det ble registrert overflatekorrosjon på beslag på tak. Dette er sannsynligvis kun estetisk skjemmende. | | |
| | | Takvinduer | Det ble opplyst at det er pågående lekkasjer i fm. 10 stk takvinduer. Dette medfører unormal fuktblastning i rom som er i bruk. | Det må foretas åpning av konstruksjon utvendig rundt og over takvinduer i tilstrekkelig omfang til å avdekke årsaken til lekkasjer og foreta utbedring når lekkasjen er funnet. | 200 000 |
| | | Takrenner/-nedløp | Det er opplyst om at takrenner/nedløp har dårlig kapasitet, og ikke klarer å ta unna nok vann. Dette har blant annet ført til punktskader visse steder på fasaden. Det er ikke varmekabler, hvilket fører til et problem med isdanning. | Det må foretas punktvis utbedring av takrenner og nedløp ofr å sikre at fasader/ vinduer ikke utsettes for unormal fuktbelastning. | 500 000 |
| 27 | Fast inventar | Medisinskap | Det ble registrert flere medisinskap og andre typer spesialinstallasjoner som ikke har avtrekk til det fri. | Det må etableres forskriftsmessig avtrekk fra medsinskap m.v. Tiltaket må også inkludere overstrømsventil i dør. | 1 500 000 |
| 3 VVS-INSTALLASJON | | | | | |
| 31 | Sanitær-installasjon | | | | 170 000 |
| | Avløpsrør | | Enkelte rustgjennomslag på SA rør. | Innkapping av nye rørstykker | |
| | Vannledninger | | Ingen spesielle | Jevnlig tilsyn | |
| | Utstyr | | Ingen spesielle | Ingen spesielle | |
| 32 | Varme | | | | 70 000 |
| | Rør | | Ingen spesielle | Jevnlig tilsyn | |
| | Utstyr | | Ingen spesielle | Jevnlig tilsyn | |
| 36 | Luftbehandling | | Inkludert lokal kjøling | | 8 000 000 |
| | Kanaler | | Mangler i flere områder | Montere kanaler | |
| | Kanaler | | Gjengrodd ved avtrekksventiler | Rengjøre kanaler | |
| | Aggregater etc. | | Mangler for flere områder | Montere aggregater | |
| | Aggregater etc. | | Urene vifter og batterier | Rengjøre aggregater innvendig | |

| TILSTAND | | | TILTAK | KOSTNAD | |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------|---|---|---------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Areal/ lokasjon | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kkr) |
| 4 ELKRAFT | | | | | |
| 43 | Lavspent forsyning | | Det er foretatt utskifting av underfordelinger løpende i fm. oppgraderinger og endret bruk i avdelingene. | Hyppigheten på termografering av underfordelinger og driftstekniske fordelinger må økes til et forsvarlig nivå. Dette for å ivareta formelle krav til IK elektro, men også slik at eventuell varmegang i eldre installasjoner kan utbedres før dette leder til brann. Dette | |
| | | | Det er opplyst at det forekommer underfordelinger som ikke tilfredsstillende det sikkerhetsnivå som kreves for dagens virksomhet. | Skifte en andel underfordelinger og tilhørende kursopplegg. | 3 000 000 |
| | | | Det er registrert manglende brannetting i fm. underfordelinger. | | |
| | UPS | | Det er ikke forskriftsmessig nødstrømsforsyning til gr. 2 rom. Det vises til ROS analyse av 23.02.2011. | Lokal UPS må installeres i kritiske rom. | 5 000 000 |
| 44 | Lys | | Det foreligger dokumentasjon på at alle lysarmaturer med PCB-holdige armaturer er skiftet ut. | Skifte enkeltvis lysarmaturer som er skadet eller ikke virker. Gruppeskift i de arealer hvor himling skiftes i hele felter. | 2 000 000 |
| 6 ANDRE INSTALLASJONER | | | | | |
| 62 | Person- og varetransport | | Det er flere av heisene som sannsynligvis vil få varig driftstans i perioden frem mot riving. | | |

| TILSTAND | | | TILTAK | KOSTNAD | |
|-------------------------------|---|----------------|--|--|-------------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Rom | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kr) |
| | | | | | |
| | Historikk | | 1920-årene | | |
| | Hoved- konstruksjon | | Direkte fundamentert i løsmasser på treflåter, bærende vegger i tegl og etasjeskillere i betong, trekonstruksjon tak | | |
| | | | | | |
| | SUM | | | Entreprisekostnad eks. mva | 54 000 000 |
| | | | | | |
| | 2 BYGNING | | | | |
| | | | | | |
| | 21 Grunn, fundamenter og bæresystemer | Setnin- ger | Det er både registrert og opplyst om pågående setningsproblematikk i bygg 7. | Det må iverksettes årlig nivellement for å ha kontroll med at veggivets helningsavvik ikke overstiger kritisk grenseverdi på 10 cm. | 300 000 |
| | | | Konsekvensene er forskjøvne rør og vinduer som mister sin funksjonalitet (åpne-, lukke- og tettemekanisme). Videre er det registrert oppsprekking i gulv og vegger, sammen med tydelige nivåforskjeller/bruddskader. | Dersom helningsavviket nærmer seg kritisk grenseverdi de neste 10 årene, må lokale stabiliserende tiltak vurderes for å stoppe videre setningsutvikling og/ eller etterforankre yttervegg (vurdering kr. 500 000,-). | |
| | | | Det vises til rapporter for bygg 3 av 5.juni 2009 og 12.sept 2008, hvor det er antydnet en kritisk grenseverdi for helningsavvik på yttervegg på omkring 10 cm. | Stabiliserende tiltak kan være å grave opp utvendig, bore ned stålkjernepeler utvendig og innvendig med avstivende bjelker mellom m.v. (minimums omfang sentral fløy kr. 4 000 000,-). | |
| | | | Den samme kritiske grenseverdi er anvendbar på bygg 7. | Etterforankring av yttervegg er et alternativ til lokale stabiliserende tiltak (se kostnad over). | |

| TILSTAND | | | TILTAK | KOSTNAD | |
|-------------------------------|----------------------------|---------|--|--|--------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Rom | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kr) |
| 23 | Yttervegger | Kjeller | Fuktinntrengning gjennom kjelleryttervegger som følge av sprekker (setninger) og sviktende/ manglende drenering. | Det er begrenset med rom som benyttet til varig opphold i kjeller. Lokale målrettede tiltak: | |
| | | | Feil malingstype (for tett) er benyttet på pussede vegger med høyt fuktinnhold. | Avfuktere installeres, kombinert med overstrømnings-ventiler i dører inn til rommene hvor avfuktere plasseres og avtrekk føres ut gjennom yttervegg. | 300 000 |
| | | | Saltutslag gir "blæring" av veggmalings og oppsmuldet puss. | På synlige overflater (kjelleryttervegg) foretas malingsfjerning og ny overflatebehandling (maling som er dampåpen, for eksempel silikatmaling). | 200 000 |
| | | | | Drenering og fuktsikring av kjelleryttervegger rundt gammel del av sentral fløy. Kostnad inkluderer nødvendig istandsetting av utomhusarealer (antatt omfang kr. 2 000 000,-). | |
| 234 | Vinduer, dører, porter | | Vinduer er skjøvet ut sin opprinnelige stilling som følge av pågående setninger. | Alle åpningsbare rammer med unntak av en i hvert rom forsegles. Vrider fjernes. | 200 000 |
| | | | Kaldras fra vinduer gir kald trekk i rommene og ugunstig termisk innneklima. | Åpningsbar ramme som fungerer best skal fortsatt være åpningsbar. | |
| | | | Vanskelige eller umulige å åpne og lukke. | På de rammer hvor åpne-/ lukkefunksjon beholdes, må tetningslister skiftes ut/ suppleres. Justering forsøkes. | 700 000 |
| | | | Luftlekkasjer og inndriv av vann og snø, både mellom karm og ramme og rundt vinduer (spesielt i underkant). | Gamle trevinduer må skiftes ut. En andel av nyere vindustype må også skiftes (der alle rammer i et rom har funksjonsvikt). | 5 000 000 |
| 237 | Solskjerming | | Punkterte glass og råte i eldre trevinduer i intensiven og mellomfløy med legekontorer i 3. etasje. | Sålbænker skiftes ut og tilstrekkelig tetting i underkant vinduer utvendig. Ref. tiltak på søsterhjemmet. | |
| | | | Det mangler solavskjerming på solvendte fasader mot sydøst og nordvest. | Det må monteres enkel manuell utvendig avskjerming i de mest utsatte rommene. | 1 000 000 |
| | | | Dette er sterkt medvirkende til at mange rom oppleves som ubehagelig varme på sommerstid. | Der hvor det skal skiftes vinduer må disse leveres med glass med gode solskjermende egenskaper. | |

| TILSTAND | | | TILTAK | KOSTNAD | |
|-------------------------------|----------------------------|------------------------|---|--|--------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Rom | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kr) |
| 24 | Innervegger/ dekker | Renhold | Det er registrert skitt og støv på horisontale overflater som rørføringer, toppen av skap o.l, og på profiler over himlinger. | Hyppigheten på generell hovedrengjøring i lokalene og teknisk renhold (rengjøring over himlinger og i underfordelinger m.v.) anbefales opprettholdt og/ eller økt til et forsvarlig nivå. Årlig kostnad kr. 700.000,-. Kun kostnad for 2012 er ført til sum. | 700 000 |
| | | | Opphopning av skitt og lo på og rundt avtrekksventiler indikerer at inneluften har et ppm-nivå utover kritiske grenseverdier fra Folkehelseinstituttet. | Fokus på renhold kan være vesentlig for å minske forekomster av svevestøv i inneluften. Deponert støv vil bli luftbårent ved høy aktivitet. | |
| | | | Banebelegg i korridorer og andre arealer med stor belastning er matt i overflaten. Dette indikerer at polish er helt slitt vekk og det slites direkte på toppsjiktet i belegget. Dette reduserer beleggets rengjørbarhet. | Hyppigheten på sliping og polishbehandling av banebelegg må økes. Årlig kostnad kr. 700.000,-. Kun kostnad for 2012 er ført til sum. | 700 000 |
| | | | | | |
| | | Kledning og overflater | Det er registrert at kledninger og overflater bærer preg av stor slitasje, mange steder også med skader etter mekanisk påkjenning. | Utbedre skader og foreta overflatebehandling av en andel overflater og kledninger (repareres, sparkles, males etc.). | 4 000 000 |
| | | | Tilstanden skyldes en kombinasjon av elde, hard belastning som følge av blant annet senge- og tralletransport og manglende/dårlig vedlikehold. | Montere fenderlister og vinkelprofiler på hjørner i alle korridorer for å redusere spredning av puss-/gipsstøv i lokalene. | 800 000 |
| | | | | | |
| | | Gulvoverflate | Det er registrert at gulvoverflatene generelt bærer preg av stor slitasje og punktvis skader/ sprekker. | Utskiftning av belegg i rom/ korridorer hvor kombinasjonen av skader som må repareres og tidligere utført reparasjoner, til sammen gir et estetisk skjemmende inntrykk. | 3 000 000 |
| | | | Gulvene har unormale ujevnheter (sannsynligvis sammenheng med setninger) som i kombinasjon hard belastning (senge- og tralletransport), gir et estetisk skjemmende inntrykk og økt omfang skader. | Der det er hull/skader i arealer hvor belegg ikke skiftes, må det foretas flekkvise reparasjonsarbeider. | 1 500 000 |
| | | | | | |

| TILSTAND | | | TILTAK | KOSTNAD | |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|---|--|--------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Rom | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kr) |
| | | Våtrom | Våtrom (både pasientbad/-toaletter og bad/toaletter i personalgarderober) bærer generelt preg av slitasje, muggsoppvekst (det er registrert mye muggsopp på fuger i dusjsoner), fallproblematikk på gulv, manglende renhold og dårlig funksjonalitet (trange bad der det er vanskelig å manøvrere med rullestol, for både ansatt og pasient). Det er for øvrig opplyst om at de fleste badene ikke har membran. | Ombygging og etablering av nye baderom, samt rehabilitering av eksisterende baderom. Gulv må pigges/sparkles til korrekt fall, sluk må skiftes ut, det legges vinyl på gulv/vegger og det settes inn overstrømningsventiler i alle (baderoms)dører. Løsning med nedsenket renne ved dør må vurderes (for å unngå avrenning av vann ut i rommet). Forsert avtrekk etableres, enten ved tilknytning til ventilasjonanlegg eller direkte til det fri. | 5 000 000 |
| | | Garde- rober | Omkledningsrom i garderober fremstår som utidsmessige og slitte. | Resterende garderobearealer må overflatebehandles og oppgraderes med ny belysning, nye skap m.v. | 750 000 |
| | | Him- linger | Nedforet spilehimling eller annen type perforert stålplatehimling og standard systemhimling, hvor det registrert skader som følge mekanisk belastning og misfarging pga. elde. | Det må foretas måling av inneluft for å konstatere om mineralullfibre spres i lokalene. | 100 000 |
| | | | Det ble registrert indikasjoner som tyder på at det er uforseglet minerallullisolasjon i himlingene og på installasjoner over himling. Dette gjelder spesielt endene på spilehimlinger. | Utskiftning av skadede himlingsplater og hele felter av himling der disse er estetisk skjemmende. | 1 000 000 |
| 26 | Yttertak | Taktekni- ng | Det er generelt ikke registrert eller rapportert om lekkasjer eller annen type svikt som følge av utett taktekning. | | |
| | | Beslag | Det ble registrert overflatekorrosjon på beslag på tak. Dette er sannsynligvis kun estetisk skjemmende. | | |
| | | Tak- renner/ nedløp | Det er opplyst om at takrenner/nedløp har dårlig kapasitet, og ikke klarer å ta unna nok vann. Dette har blant annet ført til punktskader visse steder på fasaden. Det er ikke varmekabler, hvilket fører til et problem med isdanning. | Det må foretas punktvis utbedring av takrenner og nedløp for å sikre at fasader/ vinduer ikke utsettes for unormal fuktbelastning. | 400 000 |
| 27 | Fast inventar | Medisin- skap | Det ble registrert flere medisinskap og andre typer spesialinstallasjoner som ikke har avtrekk til det fri. | Det må etableres forskriftsmessig avtrekk fra medisinskap m.v. Tiltaket må også inkludere overstrømningsventil i dør. | 2 000 000 |

| TILSTAND | | | | TILTAK | KOSTNAD |
|-------------------------------|----------------------------|-----|-------------------------------------|--|--------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Rom | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kr) |
| 3 VVS-INSTALLASJON | | | | | |
| 31 | Sanitærinstallasjon | | | | 110 000 |
| | Avløpsrør | | Enkelte rustbobler på rørvegger | Innkapping av nye rørstykker | |
| | Vannledninger | | Ingen spesielle | Jevnlig tilsyn | |
| | Utstyr | | Ingen spesielle | Jevnlig tilsyn. Utskifting av utstyr i våtrom er inkludert i eget kapittel om våtrom. | |
| 32 | Varme | | | | 60 000 |
| | Rør | | Ingen spesielle | Jevnlig tilsyn | |
| | Utstyr | | Ingen spesielle | Jevnlig tilsyn | |
| 36 | Luftbehandling | | Inkludert lokal kjøling | | 3 000 000 |
| | Kanaler | | Til dels mangelfullt i noen områder | Montere kanaler i områder som i dag er uventilerte eller bare delvis ventilert | |
| | Kanaler | | Gjengrodd ved avtrekksventiler | Rengjøre avtrekksventiler og avtrekkskanaler de første meterne etter ventil | |
| | Aggregater etc. | | Mangler for et par områder | Montere aggregater til erstatning for aggregater som er satt ut av funksjon eller er underdimensjonert. Lokale kjøleenheter for rom med prekært kjølebehov er medtatt her. | |
| | Aggregater etc. | | Urene vifter og batterier | Rengjøre aggregater innvendig | |

| TILSTAND | | | | TILTAK | KOSTNAD |
|-------------------------------|-----------------------------|-----|---|---|--------------|
| Objekt kode (NS 3451:2009) | Bygningsdel / komponent | Rom | Symptom | Anbefalte tiltak | Kostnad (Kr) |
| 4 ELKRAFT | | | | | |
| 43 | Lavspent forsyning | | Det er foretatt utskifting av underfordelinger løpende i fm. oppgraderinger og endret bruk i avdelingene. | Hyppigheten på termografering av underfordelinger og driftstekniske fordelinger må økes til et forsvarlig nivå. Dette for å ivareta formelle krav til IK elektro, men også slik at eventuell varmegang i eldre installasjoner kan utbedres før dette leder til brann. Dette | |
| | | | Det er registrert og opplyst at det forekommer underfordelinger som ikke tilfredsstillende sikkerhetsnivå som kreves for dagens virksomhet. | Skifte hovedtavle, en andel underfordelinger og tilhørende kursopplegg. | 4 000 000 |
| | | | Det er registrert manglende branntetting i fm. underfordelinger. | | |
| | | UPS | Det er ikke forskriftsmessig nødstrømsforsyning til gr. 2 rom. Det vises til ROS analyse av 23.02.2011. | Lokal UPS må installeres i kritiske rom. | 10 000 000 |
| 44 | Lys | | Det foreligger dokumentasjon på at alle lysarmaturer med PCB-holdige armaturer er skiftet ut. | Skifte enkeltvis lysarmaturer som er skadet eller ikke virker. Gruppeskift i de arealer hvor himling skiftes i hele felter. | 3 000 000 |
| 6 ANDRE INSTALLASJONER | | | | | |
| 62 | Person- og varetransport | | 3 stk. heiser hvor kapasitet og funksjon er kritisk. I følge driftspersonell har heisene ingen funksjon i forbindelse med evakuering ved brann. | Hovedkomponenter i heiser må skiftes ut for å sikre driften. | 6 000 000 |

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 9. februar 2012

Saksbehandler: Prosjektdirektør

Vedlegg: Arealutviklingsplan 2025

SAK 7/2011 AREALUTVIKLINGSPLAN 2025

Forslag til vedtak:

Styret tar redegjørelse om Arealutviklingsplan 2025 til orientering.

Oslo, den 2. februar 2012

Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Arbeidet med en arealutviklingsplan for Oslo universitetssykehus er nå ferdigstilt. Planen beskriver dagens situasjon, gjør en fremskriving av behov mot 2025 og skisserer alternative utviklingsveier mot et fremtidig mål. Den baserer seg på de styrevedtak som var utgangspunkt for etableringen av Oslo universitetssykehus og de begrensninger og muligheter som finnes innenfor dagens tomtearealer og gamle og nye bygg. I valg av foreslått løsning har man også måttet forholde seg til de utfordringer som knytter seg til et betydelig vedlikeholdsbehov og de forhold som er avdekket gjennom eksterne tilsyn. At det er knyttet vernebetingelser til 270 000 m² av Oslo universitetssykehus sitt areal utgjør også en særlig utfordring.

Oslo universitetssykehus ønsker å konsentrere sin virksomhet på færre steder, men fordi utgangspunktet er en virksomhet som er spredd på 70 adresser og nærmere 200 bygninger må dette skje gradvis.

Arealutviklingsplanen har forholdt seg til tre hovedalternativer; samling av somatisk virksomhet på en, to eller tre lokalisasjoner. Isolert sett er det faglige og driftsøkonomiske grunner for å ønske å utvikle ett sykehus på en lokalisering, men i en samlet vurdering som tar inn over seg dagens eiendomsforhold, vedlikeholdsstatus, reguleringsforhold, og ikke minst investeringsbehov og økonomisk bæreevne, anbefales at man går videre med Scenarie 3 – det vil si at man i perioden frem til 2025 har hovedtyngden av somatisk virksomhet lokalisert til Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål sykehus. Fagområdene psykisk helse og avhengighet foreslås også samlet på færre lokalisasjoner, primært på Gaustad og Ullevål.

2. Tidligere vedtak i styret

Arbeidet med Arealutviklingsplanen 2025 baserer seg på vedtaks punkt 4 i Sak 7/2010:

“Styret slutter seg til at det snarest mulig settes i gang en prosess med å planlegge en langsiktig utvikling av den samlede bygningsstrukturen ved Oslo universitetssykehus. I den sammenheng ber styret om å få seg forelagt en vurdering av driftseffektivitet knyttet til nåværende bygningsmasses geografiske plassering og sammensetning, og en vurdering av kostnader knyttet til ombygging av den dårligste bygningsmassen vs. nybygg.”

Styret har blitt orientert om metodikk og foreløpige konklusjoner i arbeidet med planen i styreseminar 18. august 2011 og i sak 144/2011 i desember 2011.

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Oslo universitetssykehus ønsker å samle sin virksomhet på færre adresser både av hensyn til god pasientbehandling og ansatte. Samtidig skal virksomheten tilpasses endringer i rammeforutsetninger og ta hensyn til fremtidig utvikling og kapasitetsbehov. Det er investert betydelige beløp i nye bygninger, og fortsatt bruk av disse utgjør viktige rammeforutsetninger. Samtidig er sykehuset

innhentet av mange års vedlikeholdsetterslep, og har pålegg om utbedringer fra tilsyn i flere av de byggene der det drives pasientbehandling.

Oslo universitetssykehus er et lokal-, område-, regions- og landssykehus og sammen med Universitetet i Oslo er sykehuset Norges største aktør innen helsefaglig forskning og utdanning. En videreutvikling vil kreve nytt, bedre og mer integrert samarbeid med Universitet og Høgskoler i området. Det geografiske senteret for dette samarbeidet vil befinne seg i området Rikshospitalet, Blindern, Ullevål – som i arealutviklingsplanen omtales som Campus Oslo. I fremtiden vil trolig stadig mer av sykehusets aktivitet sentreres her.

Gitt dagens regulerings situasjon og summen av drifts- og bygningsmessige utfordringer, vil administrerende direktør uansett anbefale at man starter sykehusets videre utvikling med planlegging av Scenarie 3 – det vil si at man i perioden frem til 2025 har hovedtyngden av klinisk virksomhet lokalisert til Rikshospitalet, Radiumhospitalet og Ullevål.

Denne utviklingsmodellen er også best forenlig med Arbeidstilsynets pålegg (sak 6/2012) og svarer ut en vesentlig del av finansieringsbehovet som skisseres i sykehusets vedlikeholdsplan.

Administrerende direktør ser at arealutviklingsplanen tydeliggjør behovet for å formulere Oslo universitetssykehus sin fagstrategi, og man vil starte arbeidet med dette for å sikre den faglige innretningen av videre sykehusplanlegging. Det er videre viktig å få en snarlig regional avklaring på lokalisering av de skjermede plassene (sikkerhetspsykiatri) som i dag befinner seg på Dikemark.

Saken legges her frem for styret til orientering i påvente av rapporter fra to eksterne kvalitetssikringer av arealutviklingsplanen. Disse avgis medio februar, og saken vil deretter fremlegges til vedtak i neste styremøte sammen med funn fra kvalitetssikringene.

4. Faktabeskrivelse

Prosess

Denne planen har blitt til gjennom en prosess som startet i september 2010. Arealutviklingsplanen er verken en faglig strategisk plan eller en komplett virksomhetsplan, men baserer seg på premisser herfra og operasjonaliserer dem som bygg.

Ettersom planen har vokst frem har den blitt gjennomgått og bearbeidet i faglige medvirkningsgrupper innen psykisk helse og avhengighet, somatikk, ikke medisinsk service (OSS) og forskning, innovasjon og utdanning. Disse gruppene har hatt i alt 8 møter i perioden. Ledergruppen har vært styringsgruppe, og saken har vært på dagsorden i 24 ledermøter i prosjektperioden. Fokus har vært de strategiske avklaringene som har dannet premissene for ferdigstilling av arealutviklingsplanen.

For øvrig har det vært gjentatte diskusjoner i dialogmøter med tillitsvalgte og verneombud (som også har deltatt i medvirkningsgruppene), planen har ligget på

intranett siden april (mer enn 2000 oppslag) og har vært presentert og diskutert i diverse møter i klinikkene, allmøter, med tillitsvalgte og verneombud.

Eksternt har utviklingsplanen blitt diskutert med Oslo Kommune, Riksantikvar, Byantikvar, Plan- og Bygningsetaten, Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst. Fra oktober har Helse Sør-Øst deltatt i koordineringsmøter hver 14. dag for å bidra til felles forståelse og prosess.

Hva er en arealutviklingsplan?

Denne planen er ikke et beslutningsgrunnlag for å iverksette bygging, men en beskrivelse av dagens situasjon, en fremskriving av behov frem mot 2025 og alternative utviklingsveier mot et fremtidig målbilde. Planen følges i tid av *idefase* (som velger ut hvilke alternativer man ønsker sammenlignet), *konseptfase* (som detaljerer alternativene som grunnlag for endelig valg) og *forprosjektfase* som detaljerer utformingen av bygget. Det betyr at hovedutfordringen så tidlig i prosessen er å unngå å treffe gale valg mer enn å identifisere den endelige løsningen.

Klinisk hovedaktivitet på en, to eller tre hovedlokalisasjoner

Ut fra hensynet til så vel pasient som faglig utvikling, logistikk og driftsøkonomi, har Oslo universitetssykehus et ønske om å samle driften på færrest mulig geografiske steder. Med et utgangspunkt på omlag en million kvadratmeter spredt på 70 adresser og 186 bygninger er dette en omfattende oppgave som må realiseres gradvis.

Oslo universitetssykehus har et særlig ansvar for å sørge for at de 270 000 m² som er vernet blir tatt vare på en skikkelig måte, men også på en måte som er forenlig med moderne sykehusdrift. Denne utfordringen er unik for Oslo universitetssykehus. Samtidig er det en forutsetning for gjennomføringen av styrevedtak 108/2008 om samlokalisering i Oslo er at nye bygg skal brukes.

Ledelsen ved Oslo universitetssykehus har primært bedt om å få beskrevet tre langsiktige alternativer, der alternativ en er samling på en lokalisasjon (ut fra tilgjengelig tomteareal og vernebestemmelser betyr det i praksis på Ullevål), alternativ to med drift på to hovedlokalisasjoner (Rikshospitalet/Gaustad og Ullevål, realiseres ved at Radiumhospitalet og Statens senter for Epilepsi flytter) og alternativ tre med drift på de tre hovedlokalisasjonene Rikshospitalet/Gaustad, Ullevål og Radiumhospitalet.

I alle scenarier forutsettes Aker sykehus utviklet til en samhandlingsarena med Oslo Kommune. Samhandlingsarenaen organiseres og utvikles som et fellesprosjekt mellom helseforetakene i Oslo, AHUS og Oslo Kommune.

Fagområdene psykisk helse og avhengighet foreslås også samlet på færre lokalisasjoner, primært på Gaustad og Ullevål. Det betyr at driften på Dikemark og i Sognsvannsveien planlegges flyttet. De distriktpsikiatriske sentra foreslås samlet på to hovedlokalisasjoner sammen med Barne- og ungdomspsikiatriske poliklinikker (Aker og Mortensrud). Sikkerhetspsikiatrien har i tillegg gjennomført en idefase for skjermede plasser, men i forløpet av denne har Helse Sør-Øst initiert en prosess for å vurdere samlet behov for slike plasser i regionen.

Videre arbeid med skjermede plasser må samstemmes med den regionale prosessen

Kvalitetssikring

Arealutviklingsplanen foreligger nå i sin endelige form etter ferdigstilling som planlagt 15. desember 2011. Den gjennomgår nå to kvalitetssikringer:

1. Helse Sør-Øst har initiert en gjennomgang av modell for aktivitetsvurdering, skalering, fremskrivninger og driftsøkonomiske kalkyler. Hovedhensikten er å vurdere kapasitetsbehovet til Oslo universitetssykehus frem mot 2025. Arbeidet utføres av SINTEF og konklusjonen vil foreligge 15. februar 2012.
2. Oslo universitetssykehus har bedt om en gjennomgang av alternative løsningsforslag, kostnader og fremdriftsplan fra Holte Consulting med samme tidsfrist.

De to kvalitetssikringene gjøres i utgangspunktet som separate prosjekter, men med koordinering underveis.

Vanligvis gjøres ekstern kvalitetssikring i et prosjekt først etter at man har fullført idefase og konseptfase, men både Helse Sør-Øst og Oslo universitetssykehus har sett nytten av å gjennomføre en tidlig kvalitetssikring fordi kompleksiteten og konsekvensen for store deler av norsk spesialisthelsetjeneste er så stor i dette arbeidet.

Veien videre fra arealutviklingsplan

Arealutviklingsplanen foreslår hovedtiltak på de ulike lokalisasjonene. Tiltakene er så omfattende at det må gjennomføres ide- og konseptfaser før man kan iverksette byggearbeider. Disse bør grupperes slik at de blir håndterlige og sikrer at man ser de ulike enkelttiltakene i nødvendig sammenheng. En hensiktsmessig gruppering av prosjekter kan være slik:

1. Idefase rehabilitering Radiumhospitalet.

Innhold: Arealutviklingsplanen foreslår ombygning av klinikk og diagnostikkbygg. En idefase må holde dette opp mot nybygg og eventuelt tidligere flytting fra Montebello.

2. Idefase klinikkbygg Ullevål

Innhold: En idefase vil beskrive nærmere et klinikkbygg på foreslått plassering og vurdere dette opp mot alternativ plassering på Ullevål. En avgjørende forutsetning er reetablering av funksjoner fra teknisk område (server/kommunikasjonsrom og varmesentral, i planen betegnet som erstatningsbygg).

3. Idefase Rikshospitalet.

Innhold: En idefase vil beskrive nærmere hvor stor del av de tilgjengelige ca. 14 000 kvm som bør utnyttes nå og til hvilket formål.

4. Idefase psykisk helse og avhengighet, Ullevål

Innhold: Idefasen vil beskrive samling av voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og avhengighetsbehandling.

5. Idefase øvrige ombygninger og oppgraderinger.

Det skal gjennomføres så store ombygninger og oppgraderinger som faller utenom idefasene over at de bør organiseres som en egen idefase

6. Idefase forsterkede plasser, Gaustad (ferdig).

Denne idefasen er gjennomført, men må harmoniseres med regional prosess i Helse Sør-Øst om samlet behov for slike plasser.

7. Idefase barnehabilitering (ferdig).

Denne idefasen er også gjennomført (den ble fremskyndet på grunn av særlig dårlig bygningskvalitet, styrevedtak 141/2010) og skal videre integreres i samlet arealutviklingsplan (spesielt vurderes opp mot øvrig lokalisering av øvrige funksjoner i kvinne- og barneklubben).

Etter gjennomføring av idefase, tenker man seg arbeidet videreført gjennom konseptfase med samme organisering før kvalitetssikring og eventuelt vedtak om igangsetting treffes. Det betyr at videre planlegging og hvert enkelt prosjekt kan stoppes når idefase er fullført, og at det må foreligge nye vedtak før man går videre til konseptfaser.

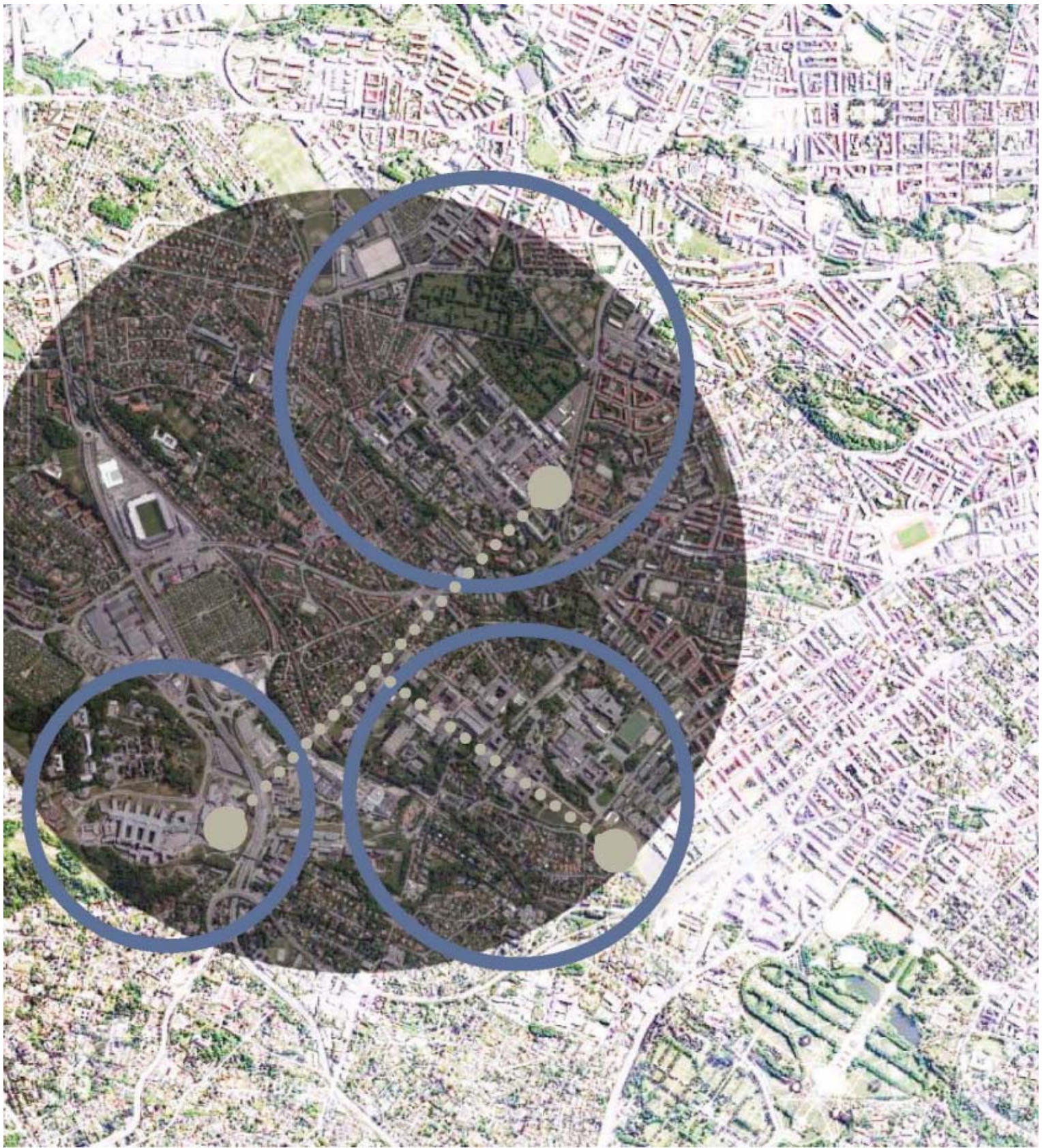
Oversikt over planleggingsfaser 2012 og 2013*

| Ar | AR 2012 | | | | | | | | | | | | AR 2013 | | | | | | | | | | | |
|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
| Tiltak - tid fram til ferdig konseptfase | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ombygging Radiumhospitalet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klinikkbygg Ullevål | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| inkl. teknisk erstatningsbygg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Regionsfunksjoner Rikshospitalet | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Psykisk helse og avhengighet, Ullevål | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Annen ombygning/oppgradering | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

 Idefase

 Konseptfase

*Idefase forsterkede plasser og barnehabilitering er fullførte.



Arealutviklingsplan 2025

Desember 2011

Dokumentkontroll

| | | | | | |
|--|---------------------|--------------------|-----------------|------------------|-------------------|
| Revisjon: | Revisjonen gjelder: | | | Godkjent: | Dato: |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | Første utgave | | | | |
| Prosjektnr: 1000230 | Arkivnr.: 20 | Sakskode: 10/09 | Saksbeh.: GL | Kontroll: SPR | Dato: 15.12.11 |
| Dokumenttittel: | | | | | |
| Oslo universitetssykehus – Arealutviklingsplan 2025 | | | | | |
| Hospitalitet as Lysaker Torg 25 • 1366 Lysaker • Telefon 67 59 99 90 • www.hospitalitet.no | | | | | |

Forord

Arealutviklingsplan 2025

Foran deg ser du Arealutviklingsplan 2025 for Oslo universitetssykehus, resultatet av et arbeid som ble startet i september 2010. Kjært barn har hatt mange navn. Mesteparten av sin levetid har dette dokumentet hatt navnet "Strategisk utviklingsplan 2025 med Dag5 målbylde" og variasjoner rundt dette.

Arealutviklingsplanen består i hovedsak av tre deler

1. En beskrivelse av dagens aktivitet og bygningsmasse ved Oslo universitetssykehus
2. Et blikk i den medisinske krystallkula (som oftere kalles epidemiologi, demografi, realvekst, omlegginger, effektivisering, effekt av samhandlingsreformen og strategiske valg) for å kunne mene noe om hvor stort sykehuset vil være i 2025
3. Forslag til hvordan morgendagens Oslo universitetssykehus skal se ut.

Arealutviklingsplanen er ikke

- En virksomhetsplan for Oslo universitetssykehus som beskriver i detalj hva vår virksomhet er og hvor den skal foregå
- En faglig strategi.

Vi håper at denne planen vil

- Definere en bygningsmessig ramme som fagene nå vil kunne utvikle sine planer og strategier innenfor
- Bidra til at Oslo universitetssykehus klarer å svare ut sin oppgave som lokal-/område-/region- og landssykehus
- Knytte oss tettere sammen med Universitetet i Oslo og Oslo Kommune i et felles løft for delt kunnskap og verdiskaping gjennom Campus Oslo
- Bidra til at det blir litt lettere å være syk og litt lettere å være ansatt i Oslo universitetssykehus i tiden fremover.

Stor takk til alle som har bidratt – medvirkningsgrupper fra sykehuset, tillitsvalgte, verneombud, brukerutvalg, Universitetet i Oslo, Oslo Kommune, Riksantikvar, Byantikvar, Plan- og Bygningsetaten, Helse Sør-Øst, gode og meget kompetente hjelpere i Hospitalitet og NarudStokkeWig – og ikke minst de flere enn 2000 fagfolkene våre som har lest, diskutert og kommentert på arealutviklingsplanen på intranet.

Oslo 12.12.11
Andreas Moan
Dr. med., prosjektdirektør

Innholdsfortegnelse

| | | |
|--------|--|----|
| 1 | Oppsummering og hovedkonklusjoner | 10 |
| 2 | Bakgrunn, hensikt og mål..... | 14 |
| 2.1 | Bakgrunn | 14 |
| 2.2 | Hensikt..... | 15 |
| 2.3 | Mål og kritiske suksessfaktorer | 15 |
| 3 | Prosess og metode | 17 |
| 3.1 | Prosess..... | 17 |
| 3.2 | Metode for beregning av arealbehov..... | 18 |
| 3.3 | Økonomiske analyser | 20 |
| 4 | Strategiske avklaringer..... | 21 |
| 4.1 | Innledning | 21 |
| 4.2 | Prosess og metode..... | 21 |
| 4.3 | Strategiske avklaringer 1: Trender for medisinsk utvikling..... | 21 |
| 4.4 | Strategiske avklaringer 2: Utvikling og lokalisering av kreftbehandling i Oslo universitetssykehus | 23 |
| 4.5 | Strategiske avklaringer 3: Lokalisering av regionsfunksjoner | 26 |
| 4.6 | Strategiske avklaringer 4: Samling av akutt kirurgi for Oslo sykehusområde og lokalisering av multitraume..... | 27 |
| 4.7 | Strategiske avklaringer 5: Utvikling av lokal- og områdesykehus på Ullevål | 31 |
| 4.8 | Strategiske avklaringer 6: psykisk helse og avhengighet (PHA)..... | 34 |
| 4.9 | Strategiske avklaringer 7: Videre utvikling av Aker og håndtering av gjenværende klinisk aktivitet..... | 35 |
| 4.10 | Strategiske avklaringer 8: Effekt av samhandlingsreformen | 36 |
| 4.11 | Strategiske avklaringer 9: Viktige dimensjoneringsfaktorer | 40 |
| 4.12 | Strategiske avklaringer 11:Trender for den framtidige helsetjeneste applisert på OUS – ambisjoner for morgendagens Oslo universitetssykehus..... | 41 |
| 4.13 | Utviklingstrekk ved medisinsk teknologi | 42 |
| 4.13.1 | <i>Teknologiutviklingen.....</i> | 42 |
| 4.14 | Strategiske avklaringer 12: Samlet vurdering, mulighetsstudier | 44 |
| 4.15 | Ramme for mulighetsstudier – disse scenariene ønsker Oslo universitetssykehus belyst | 45 |
| 4.16 | Hvilke strategiske avklaringer er ikke belyst i dette kapitlet? | 46 |
| 5 | Virksomhetsbeskrivelse, situasjonen nå og i framtid (2025) | 47 |
| 5.1 | Overordnet beskrivelse..... | 47 |
| 5.2 | Befolkningsutvikling | 47 |
| 5.2.1 | <i>Befolkningsutviklingen i Norge fram mot 2025.....</i> | 47 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.2.2 | <i>Befolkningsutviklingen i Helse Sør-Øst fram mot 2025</i> | 48 |
| 5.2.3 | <i>Befolkningsutviklingen i Oslo fram mot 2025 (2020)</i> | 48 |
| 5.2.4 | <i>Epidemiologi</i> | 51 |
| 5.2.5 | <i>Utviklingen av sykdomsbildet framover:</i> | 54 |
| 5.2.6 | <i>Andre utviklingstrekk</i> | 55 |
| 5.3 | Nåsituasjon sykehusfunksjoner | 55 |
| 5.3.1 | <i>Organisasjon</i> | 55 |
| 5.3.2 | <i>Pasientgrunnlag og aktivitet i 2009</i> | 56 |
| 5.3.3 | <i>Overføring av aktivitet til Ahus og Vestre Viken HF</i> | 57 |
| 5.3.4 | <i>Sengekapasitet 2009</i> | 57 |
| 5.3.5 | <i>Nåsituasjon psykisk helse og avhengighet</i> | 58 |
| 5.3.6 | <i>Nåsituasjon somatikk</i> | 59 |
| 5.3.7 | <i>Integrering psykisk helse og somatikk</i> | 59 |
| 5.4 | Nåsituasjon forskning og utdanning - FoU | 59 |
| 5.4.1 | <i>Generelt</i> | 59 |
| 5.4.2 | <i>Grunnlagsdokumenter</i> | 59 |
| 5.4.3 | <i>Forskning og utvikling - årsverk</i> | 60 |
| 5.4.4 | <i>Utdanning - antall samtidige studenter</i> | 60 |
| 5.4.5 | <i>Andre funksjoner i dag</i> | 63 |
| 5.4.6 | <i>Overføring av aktivitet til Ahus HF og Vestre Viken HF</i> | 64 |
| 5.5 | Nåsituasjon ikke-medisinsk service, personalservice, pasientservice og sentraladministrasjon | 64 |
| 5.6 | Bemanning | 64 |
| 5.7 | Framtidig virksomhet (2025) sykehusfunksjoner | 65 |
| 5.7.1 | <i>Demografisk framskriving</i> | 65 |
| 5.7.2 | <i>Realvekst</i> | 65 |
| 5.7.3 | <i>Omstilling og effektivisering - somatikk</i> | 65 |
| 5.7.4 | <i>Omstilling og effektivisering – psykisk helse og avhengighet</i> | 69 |
| 5.7.5 | <i>Bemanning 2025</i> | 70 |
| 5.8 | Framtidig virksomhet (2025) forskning og utdanning | 71 |
| 5.8.1 | <i>Forskningsstrategi og utvikling</i> | 71 |
| 5.8.2 | <i>Utdanningsbehov</i> | 71 |
| 5.8.3 | <i>Andre funksjoner mot 2025</i> | 72 |
| 6 | Arealstandarder og utnyttelsesgrader | 72 |
| 6.1 | Arealstandard sykehusfunksjoner | 73 |
| 6.2 | Utnyttelsesgrad sykehusfunksjoner; senger | 74 |
| 6.3 | Utnyttelsesgrad sykehusfunksjon; undersøkelses- og behandlingsrom | 75 |
| 6.4 | Forskning og utdanning | 76 |
| 7 | Framtidig arealbehov | 77 |
| 7.1 | Generalitet, fleksibilitet og elastisitet | 77 |
| 7.2 | Sykehusfunksjoner, somatikk | 78 |
| 7.2.1 | <i>Sengekapasitet</i> | 78 |
| 7.2.2 | <i>Samlet arealbehov, somatikk</i> | 78 |
| 7.3 | Psykisk helse og avhengighet | 79 |
| 7.3.1 | <i>Sengekapasitet</i> | 79 |
| 7.3.2 | <i>Samlet arealbehov, psykisk helse og avhengighet</i> | 79 |
| 7.4 | Forskning og utdanning | 80 |
| 7.5 | Støttefunksjoner | 82 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 7.6 | Samlet arealbehov..... | 83 |
| 7.7 | Vurderinger av beregnet kapasitets- og arealbehov OUS 2025 | 83 |
| 7.7.1 | <i>Sammenlikning av kapasitets- og arealberegninger områdefunksjonen Ullevål sykehus OUS HF contra Sykehuset Østfold, Vestre Viken HF og Stavanger universitetssykehus.</i> | 83 |
| 7.7.2 | <i>Storbyfaktor</i> | 86 |
| 7.7.3 | <i>Rusproblematikk</i> | 87 |
| 7.8 | Ulike scenarier til bruk i mulighetsstudiene | 87 |
| 8 | Nåtilstand eksisterende bygg og eiendommer | 89 |
| 8.1 | Dagens eiendommer og arealer | 89 |
| 8.2 | Teknisk tilstand og oppgraderingsbehov - metode..... | 92 |
| 8.2.1 | <i>Teknisk tilstand og oppgraderingsbehov</i> | 92 |
| 8.2.2 | <i>Tilpasningsdyktighet og potensial for fremtidig bruk</i> | 94 |
| 8.2.3 | <i>Dagens egnethet</i> | 94 |
| 8.2.4 | <i>Forhold mellom tilpasningsdyktighet og egnethet</i> | 94 |
| 8.2.5 | <i>Infrastruktur, tomt og område</i> | 94 |
| 8.3 | Teknisk tilstand og teknisk oppgraderingsbehov..... | 95 |
| 8.3.1 | <i>Vurdert bygningsmasse</i> | 95 |
| 8.3.2 | <i>Teknisk tilstand</i> | 95 |
| 8.3.3 | <i>Samlet estimert teknisk oppgraderingsbehov</i> | 97 |
| 8.4 | Tilpasningsdyktighet..... | 98 |
| 8.4.1 | <i>Bygningsmessig tilpasningsdyktighet</i> | 98 |
| 8.5 | Resultater per lokalisasjon | 98 |
| 8.5.1 | <i>Dikemark</i> | 98 |
| 8.5.2 | <i>Gaustad</i> | 99 |
| 8.5.3 | <i>Radiumhospitalet</i> | 100 |
| 8.5.4 | <i>Rikshospitalet</i> | 101 |
| 8.5.5 | <i>Aker sykehus, Sinsen</i> | 101 |
| 8.5.6 | <i>SSE</i> | 102 |
| 8.5.7 | <i>Ullevål i Kirkeveien</i> | 103 |
| 8.5.8 | <i>Sognsvannsveien og øvrig bygningsmasse tilknyttet gamle UUS</i> | 104 |
| 8.6 | Handlingsrom..... | 105 |
| 8.6.1 | <i>Rikshospitalet, Gaustad sykehus</i> | 105 |
| 8.6.2 | <i>Ullevål sykehus</i> | 113 |
| 9 | Plan for utvikling av bygningsmassen | 124 |
| 9.1 | Scenario1..... | 124 |
| 9.1.1 | <i>Rikshospitalet/ Gaustad</i> | 126 |
| 9.1.2 | <i>Ullevål</i> | 126 |
| 9.1.3 | <i>Radiumhospitalet</i> | 128 |
| 9.2 | Scenario 2..... | 128 |
| 9.2.1 | <i>Rikshospitalet/Gaustad, somatikk</i> | 128 |
| 9.2.2 | <i>Rikshospitalet/Gaustad psykisk helse og avhengighet</i> | 131 |
| 9.2.3 | <i>Ullevål psykisk helse og avhengighet</i> | 132 |
| 9.2.4 | <i>Ullevål, somatikk</i> | 133 |
| 9.2.5 | <i>Radiumhospitalet</i> | 135 |
| 9.3 | Scenario 3..... | 135 |
| 9.3.1 | <i>Rikshospitalet/ Gaustad</i> | 135 |
| 9.3.2 | <i>Radiumhospitalet</i> | 136 |
| 9.4 | Kommentar fra Plan- og bygningsetaten, Oslo kommune. | 137 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 10 | Utbyggingsfaser og tidsbilde | 138 |
| 10.1 | Gaustad | 138 |
| 10.2 | Ullevål sykehus | 138 |
| 10.2.1 | Psykisk helse og avhengighet (PHA) | 139 |
| 10.2.2 | Somatikk | 139 |
| 10.3 | Radiumhospitalet | 144 |
| 10.4 | Samlet tidsplan | 144 |
| 11 | Investeringskostnader | 145 |
| 11.1 | Scenario 1 | 145 |
| 11.2 | Scenario 2 | 146 |
| 11.3 | Scenario 3 | 146 |
| 11.4 | Arealtiltak og arbeidsmiljøtiltak | 151 |
| 11.4.1 | Arealtiltak | 151 |
| 11.4.2 | Arbeidsmiljøtiltak | 151 |
| 12 | Gevinstrealisering, driftsøkonomiske effekter og totaløkonomisk vurdering | 154 |
| 12.1 | Endringer i arealporteføljen og salgsgvinster | 154 |
| 12.2 | Driftsøkonomiske effekter knyttet til drift av bygg (endringer i FDV-kostnader) | 154 |
| 12.3 | Driftsøkonomiske effekter knyttet til kjernevirksomheten | 154 |
| 12.3.1 | Metodikk og forutsetninger lagt til grunn for gevinstestimaterne | 154 |
| 12.4 | Totaløkonomisk vurdering | 158 |

Tabelliste

| | | |
|------------|--|----|
| Tabell 1. | Investeringskostnader 2012-2025 | 12 |
| Tabell 2. | Investeringer per fase | 13 |
| Tabell 3. | Sykehusvirksomhet sammenlignet med sykestuevirksomhet i Finnmark | 38 |
| Tabell 4. | Sammenligning av sykehusforbruk i kommuner som sogner til Hallingdal sjukestugu og de som ikke gjør det i Ringerike sykehusområde | 39 |
| Tabell 5. | Befolkningsframskrivning Norge til 2025 | 48 |
| Tabell 6. | Befolkningsframskrivning Helse Sør-Øst mot 2025 | 48 |
| Tabell 7. | Framskrivning befolkning Oslo kommune | 49 |
| Tabell 8. | Framskrivning befolkningsgrunnlag OUS områdefunksjon | 50 |
| Tabell 9. | Framskrivning befolkningsgrunnlag OUS lokalsykehusfunksjon** | 51 |
| Tabell 10. | OUS lokalsykehus med Sagene bydel | 51 |
| Tabell 11. | Forventet antall fødsler i Oslo | 55 |
| Tabell 12. | Beregnet somatisk aktivitet ved OUS etter overføring til Ahus og Vestre Viken HF | 56 |
| Tabell 13. | Beregnet aktivitet psykisk helse og avhengighet etter overføring til Ahus og VVHF | 57 |
| Tabell 14. | Overført somatisk aktivitet fra OUS til Ahus og Vestre Viken | 57 |
| Tabell 15. | Forbrukte somatiske senger basert på liggedagsforbruket omregnet til senger med 70 % belegg for barn og 85 % for normale senger i Aker og Ullevål, 80 % for DnR og Rikshospitalet, 70 % for hotellsenger og 80 % for observasjons-senger | 58 |
| Tabell 16. | Forbruk av senger for psykisk helse og avhengighet | 58 |
| Tabell 17. | Antall årsverk innen FoU i OUS i 2009 | 60 |
| Tabell 18. | Gjennomsnittlig antall samtidige studenter per hovedgruppe | 63 |
| Tabell 19. | Bemanning OUS 2009 (ekskl. forskere, SSE og Kreftregisteret) | 64 |

| | |
|---|-----|
| Tabell 20. Framskrivning av den somatiske aktiviteten ved OUS | 69 |
| Tabell 21. Framskrivning av aktivitet innen psykisk helse og avhengighet ved OUS | 69 |
| Tabell 22. Framskrivning av bemanning ved OUS (ekskl. forskere, SSE og Kreftregisteret), | 70 |
| Tabell 23. Endring i aktivitet og bemanning..... | 70 |
| Tabell 24. Arealstandarder | 73 |
| Tabell 25. Eksempler på birom | 74 |
| Tabell 26. Sengeutnyttelse | 74 |
| Tabell 27. Utnyttelsesgrader i undersøkelses- og behandlingsområder | 75 |
| Tabell 28. Arealstandarder forskning og undervisning | 77 |
| Tabell 29. Beregnet utvikling av sengekapasitet innen somatikk ved OUS | 78 |
| Tabell 30. Beregnet arealbehov i 2025 for OUS, somatikk (eksklusiv FoU) | 79 |
| Tabell 31. Beregnet utvikling av sengekapasitet innen Psykisk helse og avhengighet ved OUS | 79 |
| Tabell 32. Beregnet arealbehov psykisk helse og avhengighet (PHA) | 80 |
| Tabell 33. Beregnet arealbehov til undervisning ved OUS i 2025..... | 80 |
| Tabell 34. Beregnet arealbehov for forskning 2025 ved OUS..... | 81 |
| Tabell 35. Fordeling av arealbehov mellom universitetsfunksjoner og OUS funksjoner . | 81 |
| Tabell 36. FoU areal psykisk helse og avhengighet..... | 82 |
| Tabell 37. FoU areal somatikk | 82 |
| Tabell 38. Variasjonsbredde i forhold til forventet arealbehov 2025 | 83 |
| Tabell 39. Sammenlikning av kapasitetsbehov Ullevål sykehus med andre områdesyke- hus..... | 84 |
| Tabell 40. Pasientstrømmer i Oslo - prosentvis fordeling av bydeler i Oslo..... | 85 |
| Tabell 41. Andel av DRG-poeng i helseforetakene etter pasientenes bostedsregion 2010 | 85 |
| Tabell 42. Andel DRG-poeng totalt utført ved pasientens egen region eller annen region 2010..... | 86 |
| Tabell 43. Sammenlikning OUS og København | 87 |
| Tabell 44. Scenarier arealbehov psykisk helse og avhengighet | 88 |
| Tabell 45. Kapasitetsfordeling psykisk helse og avhengighet | 88 |
| Tabell 46. Scenarier arealbehov somatikk | 89 |
| Tabell 47. Beskrivelse av lokalisasjoner og arealer OUS..... | 90 |
| Tabell 48. Samlet oversikt over arealer, lokalisasjoner og leiestatus OUS | 91 |
| Tabell 49. Betydningen av de fire tilstandsgradene iht. NS 3424..... | 93 |
| Tabell 50. Basisinformasjon for bygningsmassen fordelt på lokalisasjon | 95 |
| Tabell 51. Prosentvis arealfordeling pr vektet og avrundet tilstandsgrad fordelt på locali- sasjon | 95 |
| Tabell 52. Gjennomsnittlig vektet tilstandsgrad pr hovedkomponent pr lokalisasjon | 96 |
| Tabell 53. Estimert teknisk oppgraderingsbehov pr lokalisasjon..... | 97 |
| Tabell 54. Samlet vektet grad av fleksibilitet, generalitet og elastisitet | 98 |
| Tabell 55. Handlingsrom definert i kvm bta nybygg over terreng. RH/Gaustad | 113 |
| Tabell 56. Handlingsrom definert i kvm bta nybygg over terreng. Ullevål sykehus | 124 |
| Tabell 57. Investeringskostnader Scenario 1 | 146 |
| Tabell 58. Investeringskostnader Scenario 2 | 146 |
| Tabell 59. Investeringskostnader Scenario 3 | 147 |
| Tabell 60. Scenario 3, nybygg | 147 |
| Tabell 61. Scenario 3, ombygging | 148 |
| Tabell 62. Scenario 3, teknisk oppgradering | 149 |
| Tabell 63. Scenario 3, riveplan | 149 |
| Tabell 64. Scenario 3, investeringer fordelt på faser..... | 150 |
| Tabell 65. Samlet forventet kostnadspådrag per år og per fase | 150 |
| Tabell 66. Endring antall administrative enheter | 155 |
| Tabell 67. Endring antall årsverk, ekskl. legeårsverk | 156 |
| Tabell 68. Kostnadseffekt årsverk | 156 |

Figurliste

| | |
|---|----|
| Figur 1. Samlokalisering i Oslo – etablering av Campus Oslo | 13 |
| Figur 2. Investeringer årlig 2012-2025..... | 13 |
| Figur 3. Målstruktur | 15 |
| Figur 4. Verdier Helse Sør-Øst | 16 |

| | |
|--|-----|
| Figur 5. Metode for kapasitets- og arealberegning | 19 |
| Figur 6. Framskrivning av aktivitet OUS 2025 | 20 |
| Figur 7. Eksempel på hvordan åpenhet rundt resultater er tilgjengelig for allmenheten i USA | 22 |
| Figur 8. Kobling mellom klinisk kvalitet og forskning for kreftbehandling i USA | 22 |
| Figur 9. Korrelasjon mellom beste sykehus og beste universitet i USA | 23 |
| Figur 10. De fleste store/gode sykehus i USA fokuserer et fåtall fagfelt | 23 |
| Figur 11. OUS som et comprehensive cancer center | 24 |
| Figur 12. Organisering av kreftsentre i USA | 25 |
| Figur 13. Lokalisering av kreftvirksomheten ved John Hopkins University, USA | 26 |
| Figur 14. Nærhet mellom lokalisasjoner OUS sammenliknet med Royal London og Barts Hospital i London | 28 |
| Figur 15. Traumeaktivitet ved Ullevål sykehus | 29 |
| Figur 16. Ressursbruk for traumepasienter | 29 |
| Figur 17. Vekting mellom regions-/landfunksjoner og lokal-/områdefunksjoner ved OUS | 31 |
| Figur 18. Målbilde | 41 |
| Figur 19. Antall lokalisasjoner for somatisk virksomhet ved OUS | 45 |
| Figur 20. Sammenlikning av befolkningsutviklingen i Norge, Helse Sør-Øst og Oslo | 49 |
| Figur 21. Sammenlikning av utvikling av antall personer alder 85+ | 50 |
| Figur 22. Fylkesbarometer. Epidemiologisk bilde av Oslo sammenliknet med resten av landet | 52 |
| Figur 23. Andel kvinner som vurderer egen helse som god eller svært god. Oslo 2000-2002 | 53 |
| Figur 24. Dødelighet av hjerte- og karsykdommer 1994-98. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere | 53 |
| Figur 25. Andel menn med symptomer på psykiske problemer. Oslo 2000-2001. Prosent | 54 |
| Figur 26. Antall samtidige studenter i OUS | 62 |
| Figur 27. Utvikling av gjennomsnittlig liggetid ved OUS i perioden 2000-2009. Y-aksen viser døgn | 68 |
| Figur 28. Sengefactoren målt som antall effektive senger i sykehus pr. 1000 innbyggere i 2010. Korrigeret for pasientstrømmer. Bostedsregion | 84 |
| Figur 29. Årsverk pr. 1000 innbyggere etter personellkategori for 2010. Korrigeret for pasientstrømmer. Somatiske sykehus | 86 |
| Figur 30. Kart over OUS lokalisasjoner | 92 |
| Figur 31. Teknisk tilstand Gaustad | 99 |
| Figur 32. Teknisk tilstand Radiumhospitalet på Montebello | 100 |
| Figur 33. Teknisk tilstand Rikshospitalet | 101 |
| Figur 34. Teknisk tilstand Ullevål sykehus | 103 |
| Figur 35. Teknisk tilstand Sognsvannsveien | 105 |
| Figur 36. Rikshospitalets mulige byggesone og vernesonen til Gaustad sykehus | 108 |
| Figur 37. Trafikk og tilgjengelighet | 109 |
| Figur 38. Utbyggingskapasitet i dag og ved en mindre arealutvidelse i nord | 110 |
| Figur 39. Byggeområde ved endret verneplan | 112 |
| Figur 40. Definisjon av planområdet | 114 |
| Figur 41. Trafikk og tilgjengelighet | 115 |
| Figur 42. Vernebestemmelser | 117 |
| Figur 43. Utbyggingsmulighet på kort sikt. Riving i liten grad | 118 |
| Figur 44. Utbyggingsmulighet på lang sikt. Riving i stor grad | 120 |
| Figur 45. Byggeområde ved endret verneplan | 121 |
| Figur 46. Utbyggingsmulighet ved endring av verneplanen | 123 |
| Figur 47. Scenario 1. Alt samlet på Ullevål-tomten | 125 |
| Figur 48. Vurdering av fordeler og ulemper med Scenario 1 | 125 |
| Figur 49. Gradvis utvikling gir større fleksibilitet | 126 |
| Figur 50. Utbyggingsområdene på Ullevål | 127 |
| Figur 51. All psykiatri på Ullevål | 128 |
| Figur 52. Utvidelse Alternativ 1 | 129 |
| Figur 53. Alternative forslag til utvidelse nord for Rikshospitalet/Gaustad. I siste forslag kommer somatikkbygg i konflikt med PHA nord for Gaustad sykehus | 129 |
| Figur 54. Utvidelse alternativ 2, sør for eksisterende bygningsmasse | 130 |
| Figur 55. Rikshospitalet, alternativ 2, utvidelse mot sør, kontakt mot livsvitenskapssenter | 130 |

| | |
|---|-----|
| Figur 56. Campus Oslo | 131 |
| Figur 57. Utbygging av psykisk helse og avhengighet på Gaustad med riving av Bygg 21 | 131 |
| Figur 58. Utbygging av psykisk helse og avhengighet på Gaustad hvor Bygg 21 beholdes | 132 |
| Figur 59. Psykisk helse og avhengighet på Ullevål | 132 |
| Figur 60. Riving og deretter nybygg for somatiske funksjoner, etapper frem mot 2018. | 133 |
| Figur 61. Ullevål sykehus 2018 med bygning 3 og 7 revet | 134 |
| Figur 62. Ullevål sykehus 2025 | 134 |
| Figur 63. Et mulig bilde av Ullevål sykehus mot 2040-2050 | 135 |
| Figur 64. Utbygging av Rikshospitalet | 136 |
| Figur 65. Ny situasjon ved Radiumhospitalet der all gammel bygningsmasse er erstattet med nybygg. | 137 |
| Figur 66. Utbygging på Gaustad i fase 2 (blått) og 3 (lilla) frem til 2025 | 138 |
| Figur 67. Utbygging psykisk helse og avhengighet Ullevål 2025 | 139 |
| Figur 68. Trinn 1 | 140 |
| Figur 69. Riving | 140 |
| Figur 70. Trinn 2 | 141 |
| Figur 71. Trinn 2: Illustrasjonen er en diagrammatisk fremstilling av bygningsvolum og areal som vil være mulig på Ullevål i 2018. | 141 |
| Figur 72. Fase 3: Illustrasjonen er en diagrammatisk fremstilling av bygningsvolum og areal som vil være mulig på Ullevål i 2025 | 142 |
| Figur 73. Fase 4 | 142 |
| Figur 74. Fase 4, riving | 143 |
| Figur 75. Illustrasjonen er en diagrammatisk fremstilling av bygningsvolum som vil være mulig på Ullevål i 2040. | 143 |
| Figur 76. Her er bygg D, E, G og H på Radiumhospitalet revet (hvite flater) | 144 |
| Figur 77. Tidsplan psykisk helse og avhengighet | 144 |
| Figur 78. Tidsplan somatikk | 145 |
| Figur 79. Investeringskostnader fordelt over tid | 150 |
| Figur 80. Investeringskostnader etter fase | 150 |

Vedleggliste

- Vedlegg 1. Pasientframskriving Aker sykehus
- Vedlegg 2. Pasientframskriving Radiumhospitalet
- Vedlegg 3. Pasientframskriving Rikshospitalet
- Vedlegg 4. Pasientframskriving Ullevål sykehus
- Vedlegg 5. Nåværende arealer til ikke-medisinsk service, pasientservice, personalservice og sentraladministrasjon.
- Vedlegg 6. Arealberegning, somatikk
- Vedlegg 7. Arealberegning, psykisk helse og avhengighet
- Vedlegg 8. Arealbehov ved ulike scenarier
- Vedlegg 9. Innspill fra Klinikk I (diagnostikk og intervensjon)
- Vedlegg 10. Innspill fra Klinikk A (psykisk helse og avhengighet)
- Vedlegg 11. Innspill fra Klinikk F (hjerte-, lunge og karklinikken)
- Vedlegg 12. Innspill fra Seksjon for biobank og registerstøtte
- Vedlegg 13. Innspill fra medlemmer av medvirkningsgruppen somatikk
- Vedlegg 14. Plan – og bygningsetatens kommentarer til OUS 2025 mulighetsstudier

Utrykte vedlegg

- Multiconsult: Sluttrapport nåsituasjon OUS HF 2011 m/vedlegg
- Idéfaseutredning epilepsisenteret – SSE, 30.04.2009
- Idéfase psykisk helse og avhengighet, OUS august 2011
- Idéfase barnehabilitering, OUS september 2011
- SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2010
- 2 PowerPoint presentasjoner fra ledergruppens behandling av strategiske avklaringer
- Liv Grøntvedt: Helseprofil for Oslo. Voksne. Nasjonalt folkehelse institutt juli 2002
- Romdatabase OUS (fra Helse Sør-Øst)
- Helse Sør-Øst styresak 050-2008
- Helse Sør-Øst styresak 108-2008
- SINTEF Aktivitets- og kapasitetsanalyse sykehusområder i Helse Sør-Øst RHF

1 Oppsummering og hovedkonklusjoner

Arealutviklingsplan 2025 for Oslo universitetssykehus HF (OUS) har som hensikt å være et styrende dokument for vurdering av behov for lokaler, arealutnyttelse, planlegging av oppgradering, ombygging og nybygg, samt for avvikling av lokaler som ikke er hensiktsmessige eller nødvendige for framtidig drift. Det overordnede målet har vært å etablere en plan med perspektiv 2025 som gir tilstrekkelig grunnlag for å dimensjonere et langsiktig tjenestetilbud til befolkningen i sykehusets opptaksområde. Planen beskriver de bygningsmessige tiltak som skal til for å realisere dette tjenestetilbudet. På grunnlag av dette skal OUS kunne utvikle en eiendomsmasse som gir et godt fundament for fremtidig pasientbehandling, forskning og utdanning, ivareta krav om universell utforming, samt gi forsvarelig investerings- og driftsøkonomi.

Befolkningsutvikling og forventet kapasitetsbehov knyttet til OUS' ansvarsområde er analysert. Ved overføring av deler av virksomheten til Akershus universitetssykehus (Ahus) og Vestre Viken HF (VVHF) i 2010 gikk aktivitetsgrunnlaget for OUS ned. Med en forventet befolkningsvekst på 16 % i regionen og rundt 25 % i Oslo i perioden, samt en demografisk forskyvning mot aldersgrupper med høyt sykehusforbruk, vil overføringen til Ahus og VVHF mer enn oppveies innen 2025.

Det er tatt hensyn til en betydelig grad av omstilling i perioden. Det forventes at det i tillegg til den demografiske utviklingen (med økt folketall og flere eldre), også vil oppstå nye behandlingsformer og behandlingsmuligheter. Noen nye behandlingsformer gjør behandlingen bedre og enklere, med det resultat at flere kan behandles poliklinisk eller som dagpasienter, alternativt at oppholdene som inneliggende pasienter blir kortere. Noen pasienter kan behandles i områdesykehuset i stedet for i regionsykehuset, og samhandlingsreformen legger til rette for at flere kan ivaretas i kommunehelsetjenesten. I sum betyr dette at den dramatiske veksten i behov for sykehus tjenester som ville blitt resultatet av "dagens medisinske praksis med 2025 befolkning som grunnlag", er begrenset til en moderat vekst. For eksempel er antall "normalsenger" for somatikk etter overføring til Ahus og VVHF beregnet til ca. 1300, med en demografisk økning i perioden til ca 1600 i 2025. Etter omstilling er dette tallet beregnet til rundt 1250. Antall hotellsenger, dagplasser og poliklinisk aktivitet øker imidlertid vesentlig, slik at det samlet sett er en moderat vekst.

OUS har i dag ca. 900.000 kvm bygg fordelt på fem hovedlokaliseringer og en rekke andre steder. Store deler av bygningsmassen har dårlig teknisk tilstand og er lite egnet som bygg for dagens og fremtidens helsetjenester. I tillegg er det knyttet vernebestemmelser til rundt 270.000 kvm, dvs. rundt 30 % (Landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten). På toppen av dette kommer en rekke arbeidsmiljøpålegg fra 2011 og tidligere hvor utbedringene er beregnet å koste 8-9 mrd kr dersom alt skal gjennomføres. I sum betyr dette at det må gjennomføres en betydelig endring av bygningsmassen i perioden fram til 2025.

For å ha en god plan mot 2025 kreves både et virksomhetsbilde og et bygningsmessig bilde av 2025. Det virksomhetsmessige bildet danner grunnlaget for byggetutviklingen. I denne planen er dimensjoneringsbildet av virksomheten i 2025 utarbeidet slik som beskrevet ovenfor, med hovedvekt på befolkningsutvikling og omstillingsfaktorer. Det vil arbeides videre med en tydeligere innholdsstrategi. Dette arbeidet vil gå parallelt med konseptfasene for somatikk og psykisk helse og avhengighet.

Hovedscenariene det er arbeidet med er slik:

Psykisk helse og avhengighet:

1. All virksomhet utenom DPS¹ og BUP²-poliklinikk samles på ett sted (i praksis Ullevål som er det eneste aktuelle stedet hvor dette er realistisk). DPS samles på to steder sammen med BUP poliklinikk.
2. All virksomhet utenom DPS og BUP poliklinikk samles på to steder (Ullevål og Gaustad). DPS og BUP poliklinikk samles på to steder.

¹ Distriktpsikiatrisk senter

² Barne- og ungdomspsykiatri

Det er ett "unntak" fra det som står her, som gjelder plassering av enhet for førstegangspsykososer på en egen lokalisering (Majorstua).

Somatikk:

1. Somatisk virksomhet samles på ett sted (i praksis Ullevål som er det eneste aktuelle stedet hvor dette er realistisk).
2. Somatisk virksomhet samles på to steder, Ullevål og Rikshospitalet (i praksis flyttes Radiumhospitalet og SSE til Rikshospitalet).
3. Somatisk virksomhet samles primært på tre steder, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. I tillegg vil det fortsatt være virksomhet ved SSE i Sandvika.

Arealvurderingene viser at Scenario 1 (alt samlet ett sted) ville kreve rundt 625.000 kvm, Scenario 2 ca. 640.000 kvm og Scenario 3 rundt 660.000 kvm. Dette er arealbehov basert på nybyggstandard, med full utnyttelse av all bygningsmasse. I dette er det også gjort en konkret beregning av arealbehov for forskning og utdanning, som i sum utgjør rundt 100.000 kvm. Arealknappheten til disse funksjonene er i dag tydeligst på Ullevål. Med bruk av eksisterende bygg så vil noen bygg få lavere utnyttelse enn i beregningene, og arealet vil derfor i praksis bli i overkant av det som er beregnet, i Scenario 3 trolig rundt 700.000 kvm. Dette utgjør en reduksjon på rundt 200.000 kvm sammenlignet med i dag (hvorav Dikemark og Aker utgjør hoveddelene av reduksjonen).

I behandling av planen er det oppsummert med at Scenario 1 av flere grunner ville være ønskelig, men av investeringsøkonomiske, plassmessige og trolig også trafikkmessige grunner er dette ikke realistisk for psykisk helse, avhengighet og somatikk sett under ett, eller for somatikken isolert sett. En slik løsning vil være mindre fleksibel, kreve fraflytting fra ca. 200.000 kvm ny bygningsmasse og skape et svært stort (1.500 senger) og kompakt sykehus (8-9 etasjer over store deler av tilgjengelig areal på Ullevål, som er eneste tomt som er stor nok for et slikt formål). Ved en gradvis utvikling fra Scenario 3 vil ytterligere samling likevel kunne skje over tid. For psykisk helse og avhengighet vurderes det som særdeles krevende å finne en god løsning for å plassere forsterkede plasser i det aktuelle omfang inn på tomta på Ullevål. Dette lar seg løse bedre på Gaustad. Derfor anbefales Scenario 2 for psykisk helse og avhengighet. Det bør raskt gjøres en felles regional vurdering av helseregionens samlede behov for forsterkede plasser, og muligheten for eventuelt å finne en felle løsning. En slik løsning åpner for å vurdere andre lokaliseringer enn det som er behandlet i denne planen.

På lang sikt er Scenario 2 også faglig anbefalt for somatikken. Dette krever imidlertid så store omreguleringer i Rikshospital/Gaustad-området, og så mange parallelle prosesser, at det neppe vil være realiserbart innenfor planperioden (innen 2025). Derfor anses Scenario 3 som det mest aktuelle for somatikken, men med en videreutvikling til Scenario 2 i 2025-2030 såfremt dette reguleringsmessig lar seg løse. Scenario 3 kan også videreutvikles til Scenario 1, da det fortsatt er tilgjengelig tomteareal nord på Ullevål.

Basert på dette grunnlaget er det utarbeidet mer konkrete mulighetsstudier, investeringsoverslag og tidsplan for Scenario 2 for psykisk helse og avhengighet og Scenario 3 for somatikk. Hovedelementene er følgende:

Psykisk helse og avhengighet:

På Gaustad bygges det nytt for forsterkede plasser, slik at Dikemark (unntatt alderspsykiatri) kan tømmes. For alderspsykiatri pågår det en dialog innen hovedstadsområdet knyttet til felles løsning for Diakonhjemmet og Oslo universitetssykehus. I neste fase samles "langtids"- avhengighetsbehandling på Gaustad i nybygg. På Ullevål løses akuttpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri (utenom poliklinikk) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling med ca 28.000 kvm nybygg samt bruk av fire eksisterende bygg. Fra et helsestasjonstested er det ikke det beste å fortsette å bruke byggene 32 og 35. Det er imidlertid vernestatus knyttet til byggene, og dialog med Riksantikvaren har vist at det blir krevende å få byggene 32 og 35 frigjort fra vernestatusen i Landsverneplanen for helsebygg. I tillegg til dette kommer to DPS-enheter, hver på ca 10.000 kvm. En enhet planlegges til Mortensrud (Søndre Oslo DPS), og en enhet planlegges lokalisert på Aker (Sinsen). Begge innebærer samling av DPS-enheter som i dag ligger på flere adresser. Sammen med de to DPS-enhetene legges også poliklinikkdelen av BUP.

Somatikk:

For somatikken planlegges hovedutbyggingen på Ullevål med et nytt klinikkbygg på ca. 55.000 kvm der byggene 13, 14, 15 og 18 står i dag. Dette gir anledning til å tømme Bygg 3 og 7 (Medisinsk bygning fra 1915 og Kirurgisk bygning fra 1902), og samle den gjenværende virksomheten på Aker (unntatt det som skal være igjen i "Helsearena Aker"). Dette planlegges ferdigstilt i 2018.

I neste fase (Fase 3, se fasedefinisjon nedenfor) kan man samle resterende virksomhet som er spredt i gamle og uegnede bygg i et nybygg til som kan realiseres når Bygg 3 og Bygg 7 er revet (dvs. i perioden 2018-2025). Dette har også sammenheng med å skaffe plass til nybygg for alderspsykiatrien. For øvrig planlegges nødvendige oppgraderinger av eksisterende bygningsmasse. Ved Rikshospitalet planlegges det i dette scenariet utvidelser innenfor gjeldende reguleringsplan (dvs. begrenset oppad til ca. 14.000 kvm) primært med sikte på å styrke kapasiteten knyttet til regionfunksjoner. Ved Radiumhospitalet foreslås riving av de dårligste byggene (D, E G og H), i alt ca. 14.000 kvm som erstattes med leiearealer (det pågår en prosess for å leie ca. 4000 kvm). Videre foreslås ombygging og oppgradering av byggene A, B, C og F. Dette er noe som må gjøres selv om virksomheten skulle flyttes til nybygg ved Rikshospitalet i perioden 2025-2030 (jfr. Scenario 2).

Økonomisk så er hovedbildet slik basert på Scenario 3:



Tabell 1. Investeringskostnader 2012-2025

| Kategori | Kvm | Mill kr |
|------------------------|----------------|---------------|
| Nybygg | 186 173 | 10 260 |
| Ombygging | 66 557 | 1 682 |
| Oppgradering | 154 810 | 4 486 |
| <i>SUM</i> | <i>407 540</i> | <i>16 429</i> |
| Riving | 122 428 | 245 |
| Sum inkl riving | | 16 673 |

Det bygges vel 180.000 kvm nybygg (inkl. ca. 10.000 kvm parkeringshus) fram til 2025, med en kostnad på ca. 10 mrd. kr. Det ombygges og oppgraderes vel 220.000 kvm eksisterende bygg. Det betyr at i alt ca. 400.000 kvm berøres av bygningsmessige tiltak, og at rundt 300.000 kvm brukes uten omfattende tiltak ut over løpende vedlikehold og "normal oppgradering". Rundt 120.000 kvm. foreslås revet, samt at Dikemark (ca. 75.000 kvm) tømmes og spesialisthelsetjenester fra Aker (ca. 90.000 kvm) i stor grad tømmes. I tillegg vil også store deler av Gaustad sykehus tømmes. Alternativer for bruk av dette må utredes videre. Planen består i hovedsak av tre faser:

1. Fase 1: Allerede vedtatte aktiviteter slik som nytt akuttbygg og øvrige planlagte arealtiltak innen dages bygningsmasse på "kort sikt" (2012-2014).
2. Fase 2: Aktiviteter fram til realisering av samlokalisering fra Aker og Dikemark (unntatt alderspsykiatri), dvs. med hovedvekt på perioden 2014 – 2018, men med noen planleggingskostnader og tidskritiske byggeaktiviteter i perioden 2012-2014. I tillegg kommer noen utvidelser på Rikshospitalet og oppgraderinger på Radiumhospitalet. Aktiviteter innen psykisk helse og avhengighet innebærer samling av voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til Ullevål og lokalisering av forsterkede plasser på Gaustad.
3. Fase 3: Siste trinn i bygging på Gaustad (avhengighetsbehandling), Ullevål (klinikkbygg nr. 2 og alderspsykiatri) og utvidelser Rikshospitalet (avsnitt F).

Samlokalisering i Oslo – etablering av Campus Oslo

| Fase 0 Organisasjon 2009-2010 | Fase 1 Samlokalisering 2011-2013 | Fase 2 Samlokalisering 2014-2018 | Fase 3 Samlokalisering 2019-2025 | Fase 4 Samlokalisering 2025 – |
|---|---|--|---|--|
| (Dag1) | (Dag4) | (Dag5) | | |
| Felles ledelse Fra 4 sykehus til felles klinikstruktur | Funksjonsfordeling og samlokalisering innen dagens bygningsmasse | Byggefase (nybygg, ombygning og oppgradering) | Funksjonsfordele og bygge | Funksjonsfordele og bygge |
| Ingen bygg | Nytt akutt-mottak Ullevål | Rikshospitalet: Til- og påbygg Forskningsarealer (A) Hotell DNR: Ombygning og oppgradering av kliniske/diagnostisk bygg* PHA: forsterkede plasser Gaustad, OBS REG PROS Voksenpsykiatri, BUP og TSB til Ullevål Ullevål: Erstatningsbygg (IKT, varme)+ UiO funksjoner* Nytt klinikkbygg Integrerte FoU-arealer Oppgradering | Rikshospitalet: Utvide F-avsnitt PHA: Alderspsykiatri til UUS Langtidsavhengighet Gaustad Ullevål: Geriatri og øye på Ullevål Riving, ombygning og oppgradering | DNR inn på Campus (Rikshospitalet) SSE inn på Campus |
|  |  | | | |
| *investeringsbehov fra 2012 og 2013 | | | | |

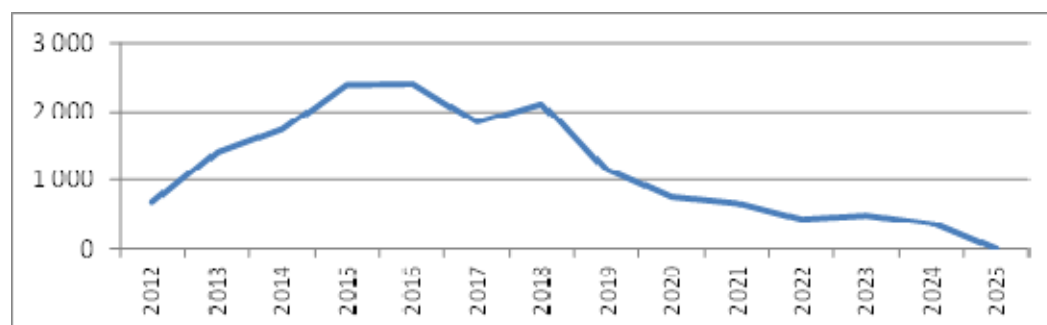
Figur 1. Samlokalisering i Oslo – etablering av Campus Oslo

Investeringsmessig ser fasene i grove trekk slik ut:

Tabell 2. Investeringer per fase

| Faser | Mill kr |
|--------------------------|---------|
| Fase 1 (allerede i gang) | 1494 |
| Fase 2 | 10638 |
| Fase 3 | 4541 |
| SUM | 16673 |

Periodisert ser bildet slik ut i mill. kr.



Figur 2. Investeringer årlig 2012-2025

Kan OUS bære dette investeringsnivået i perioden? Alternativet for OUS er å måtte investere nærmere 10 mrd. kr i oppgraderinger knyttet til arbeidsmiljø, brannsikring mv. Gjennomføring av en del av disse tiltakene i den dårligste bygningsmassen vil dessuten begrense (og/eller fordyre) driften vesentlig i gjennomføringsperioden. Ved å gjennomføre Scenario 3 med investeringer på 16-17 mrd. kr vil man i 2025 ha en stor andel fremtidsrettet bygningsmasse (ca. 60 %). I tillegg vil driftsinnsparingene være betydelige. Foreløpige analyser av dette viser rundt 100 mill. kr i årlig sparte FDV-kostnader³ og rundt 300 mill. kr innsparinger per år knyttet til kjernedriften. Det er grunn til å forvente at dette potensialet vil kunne økes ved videre konkretisering av de aktuelle tiltakene, og dermed

³ Forvaltning, drift og vedlikehold

nærme seg de 800-900 mill. kr per år som ble beregnet i forbindelse med etableringen av OUS.

Oppsummering av den økonomiske analysen indikerer at OUS må arbeide ut fra et økonomisk gevinstrealiseringsmål på 700-900 mill. kr for å oppnå akseptabel bærekraft, noe som i et 2025-perspektiv bør være innenfor rekkevidde ut fra beskrivelsen ovenfor. I tillegg, og vel så viktig, kommer gevinstene i tjenestekvalitet ved at en stor del av bygningsmassen blir fremtidsrettet i stedet for at den er uhensiktsmessig og uegnet.

Anbefalingen er på denne bakgrunn at det i tråd med Arealutviklingsplan 2025, Scenario 2 for psykisk helse og avhengighet og Scenario 3 for somatikk, iverksettes idé- og konseptfaser med sikte på realisering av de foreslåtte tiltak i Fase 1 og Fase 2.

2 Bakgrunn, hensikt og mål

2.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for Arealutviklingsplan 2025 er etableringen av Oslo universitetssykehus HF med påfølgende behov for og anledning til å se funksjoner, bygg og eiendommer knyttet til tidligere Aker universitetssykehus, Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet i sammenheng.

Konkret kan bakgrunnen summeres opp i følgende punkter:

- Helse Sør-Øst har i sak 108-2008 fastlagt rammer for videre utvikling av OUS. Sitat.:
For å sikre kvaliteten i tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst, skal tjenesten utvikles gjennom en samling av spesialiserte funksjoner og desentralisering av alminnelig tilbud. Dette vil sikre nærhet til behandlingstilbud for de vanligste lidelsene og utvikling av gode lokalbaserte spesialisthelsetjenester. Tilstrekkelige opptaksområder og volum etableres for å sikre kvalitet på mer spesialiserte tjenester.
- Fra 1. januar 2009 ble Oslo universitetssykehus HF etablert. OUS som omfatter Rikshospitalet HF, Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF.
- Dagens dublerede lands- og regionsfunksjoner samles i utgangspunktet på Gaustad (ref. sak 108-2008).
- Dagens multitraumefunksjon ivaretas og videreutvikles (ref. sak 108-2008).
- Tilbudet innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst videreutvikles i tråd med prinsippene som ble lagt til grunn i opptrappingsplanen for psykisk helsevern 1999-2008 (ref. sak 108-2008).
- Nye bygg og bygningsmasse av god kvalitet forutsettes brukt. Behov for framtidige bygningsmessige investeringer utredes videre i regi av Oslo Universitetssykehus HF (ref. sak 108-2008).
- OUS styre har i sak 07/2010 pkt. 4. vedtatt, sitat:
“Styret slutter seg til at det snarest mulig settes i gang en prosess med å planlegge en langsiktig utvikling av den samlede bygningsstrukturen ved Oslo universitetssykehus. I den sammenheng ber styret om å få seg forelagt en vurdering av driftseffektivitet knyttet til nåværende bygningsmasses geografiske plassering og sammenheng, og en vurdering av kostnader knyttet til ombygging av den dårligste bygningsmassen vs. nybygg.”
- OUS styre har i sak 09/2010 pkt. 1. vedtatt, sitat:
“Styret slutter seg til at lokalsykehusfunksjonen i Oslo universitetssykehus ivaretas og utvikles innenfor rammen av det som i rapporten er definert som et Storbysykehus, lokalisert ved Ullevål (Kirkeveien). Det vil si et lokalsykehus for Oslo universitetssykehus sykehusområde og med ansvar for områdefunksjoner for Oslo sykehusområde.”
- Tilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal styrkes i tråd med opptrappingsplanen for rusfeltet. Som en del av lokalsykehusfunksjoner skal det utvikles helhetlige tilbud innenfor TSB dvs. både ambulant og polikliniske tjenester, samt dag og døgnbehandling. (ref. sak 108-2008)
- OUS styre har i sak 99/2010 pkt. 4 vedtatt, sitat:
“Styret ber administrerende direktør prioritere å komme tilbake til styret med egen sak for å initiere arbeidet med en idéfase for et nybygg på Gaustad for å samle

lands- og regionsfunksjonene i samsvar med styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF. Videre ber styret om at arbeidet med behandling av øvrige investeringsplaner for nybygg fremmes for styret som egne saker.”

2.2 Hensikt

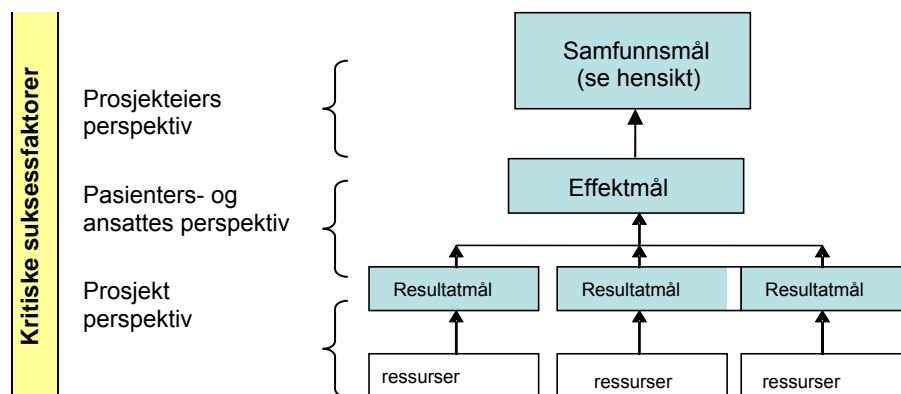
Arealutviklingsplan 2025 skal være et styrende dokument for vurdering av behov for lokaler, arealutnyttelse, planlegging av oppgradering, ombygging og nybygg, samt for avvikling av lokaler som ikke er hensiktsmessige eller nødvendige for framtidig drift.

Planen skal ikke være et direkte beslutningsgrunnlag for realisering av de enkelte byggeprosjekter. Når en bygge-etappe fra arealplanen foreslås realisert, må det konkrete utbyggingsbehovet utredes i samsvar med *Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter* (Helsedirektoratet, august 2009).

Det er parallelt utarbeidet egne idéfasedokumenter for deler av psykisk helsevern og avhengighet, og for barnehabilitering for å sikre fremdriften for disse tiltakene. Det er videre en intensjon for OUS at Arealutviklingsplan 2025 i neste omgang skal gi tilstrekkelig grunnlag for å dekke de utredninger som normalt gjøres i en idéfase.

2.3 Mål og kritiske suksessfaktorer

Det overordnede målet har vært å etablere en Arealutviklingsplan 2025 som gir tilstrekkelig grunnlag for å dimensjonere et langsiktig tjenestetilbud til befolkningen i sykehusets opptaksområde. Planen beskriver de bygningsmessige tiltak som skal til for å realisere dette tjenestetilbudet. På grunnlag av dette skal OUS kunne utvikle en eiendomsmasse som gir et godt fundament for fremtidig pasientbehandling, forskning og utdanning, og bidra til en forsvarlig investeringsøkonomi.



Figur 3. Målstruktur

Samfunns målet for OUS er å sikre langsiktige løsninger for å oppnå et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehusstilbud i eget sykehusområde, i regionen og på landsbasis. Prosjektet skal basere seg på de føringer som følger av nasjonale verdier og Helse Sør-Øst sin utvikling av helsetjenester i langsiktig perspektiv (jf. bl.a. *”program for utvikling og omstilling”*).

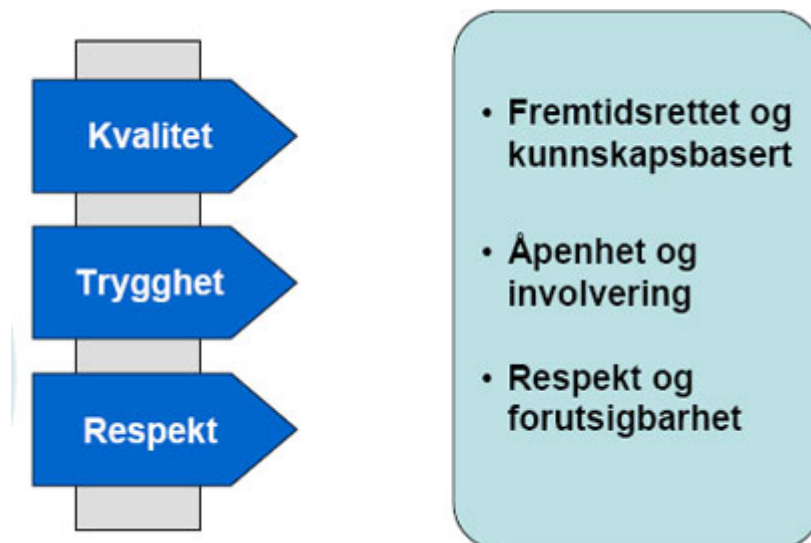
I de nasjonale verdiene for helsetjenesten er tre begreper vektlagt: kvalitet, trygghet og respekt.

I Helse Sør-Øst gjelder følgende visjoner og verdier for den framtidige helsetjenesten:

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av, alder, bosted, kjønn, økonomi og etnisitet.

De tre nasjonale verdiene

For Helse Sør-Øst betyr dette:



Figur 4. Verdier Helse Sør-Øst

OUS sin målsetting er høyere kvalitet på pasientbehandlingen, bedre samordning av tjenestetilbudet og robuste forskningsmiljøer med internasjonal tyngde.

Effektmålene er knyttet til at OUS i perspektivet mot 2020-2030 skal kunne betjene befolkningen med et tidsmessig spesialisthelsetjenestetilbud. Effektmålene realiseres først når de konkrete utbyggingsbehov i sin helhet er dekket. Konkret planperspektiv for dimensjoneringsgrunnlaget er 2025, men mulighetsstudiene skal illustrere utviklingsprinsipper som har et lengre tidsperspektiv. Prosjektet skal sikre at man bygger på bærende elementer for et fremtidig og moderne tilbud innen spesialisthelsetjenesten. De fysiske omgivelsene skal legge vekt på følgende:

- Rask diagnostikk, utredning og behandling, samt forskning og utdanning
- Å kunne skille øyeblikkelig hjelp og planlagt virksomhet
- Integrering av psykiatri og somatikk
- At funksjoner samles når det er hensiktsmessig
- Effektiv drift av eksisterende og framtidige funksjoner

Prosjektets (utviklingsplanens) konkrete **resultatmål** er at det gjennom Arealutviklingsplan 2025 framkommer beskrivelse av behov for nybygg og ombygginger. Videre hvordan dette kan løses i forhold til tomt og eksisterende bygningsmasse. Det understrekes til sist at det under prosessen med nybygg og ombygging må hensynstas at det vil være et sykehus i drift i tilgrensende lokaler.

Å gjennomføre utviklingsplanens anbefalinger og beskrevne tiltak skal føre til en **sluttstand** som ivaretar følgende:

- God og fremtidsrettet pasientbehandling
- Legger til rette for forskning, utdanning, opplæring og innovasjon
- Gir gode løsninger med tanke på arbeidsmiljø og samspill med samfunnet rundt oss
- Legger til rette for god logistikk, hensiktsmessig drift og dermed god driftsøkonomi
- Inviterer til organisatorisk nytenkning
- Er fleksibel og åpner for videre utvikling også utover denne planperioden
- Har vært forståelig og fornuftig for eksterne aktører og har latt seg finansiere
- Har vært gjennomførbart i forhold til drift i utviklingsperioden
- Har bidratt til arealeffektivisering.

3 Prosess og metode

3.1 Prosess

Arbeidet med arealplan startet i september 2010 og ble fullført i desember 2011.

Dokumentet er utarbeidet i samspill mellom rådgiver, medvirkningsgruppene og styringsgruppen i en møteserie i perioden februar 2011 til november 2011. Rådgiver har utarbeidet utkast, drøftet disse med gruppene og kommet med forslag til suppleringer/korrigeringer. Prosjektet har vært organisert slik:

Prosjektstyring har vært ivaretatt av ledergruppen ved OUS som styringsgruppe. Den operative prosjektstyringen har vært ivaretatt av en koordineringsgruppe med representanter for OUS-ledelsen og rådgiver som har hatt møter annenhver uke. Prosjektleder Andreas Moan har vært OUS' prosjektleder i arbeidet med Arealutviklingsplan 2025.

Utarbeidelsen av plandokumentet er utført av rådgiver i samarbeid med fire medvirkningsgrupper:

Medvirkningsgruppe psykisk helse og avhengighet:

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| Øystein Kjos | Kl. A: Senterleder |
| Hilde Harwiss | Kl. A: Stabsleder |
| Erik Falkum | Professor |
| Jannike Snoek | BUP, overlege, kst. avd. leder |
| Jon Storaas | Brukerrepresentant |
| Birgit Aanderaa | Foretakstillitsvalgt |
| Svein Erik Urstrømmen | Tillitsvalgt NSF |
| Inga I Gauslå | Klinikkverneombud |

Medvirkningsgruppe somatikk:

| | |
|-----------------------------|---|
| Anne Amdam | Kl. D: Kvinne og barneklubben, barnemedisin, avd. leder |
| Øivind Skrastad | Kl. H: Akuttklubben, nestleder |
| Erik Taubøll | Kl. C: nevrologisk avd., overlege |
| Berit Baklid Ege | Kl. B: avd. leder |
| Svend Aakhus | Kl. F: seksj. overlege |
| Kristian Bjørø | Kl. G: Professor |
| Turid Langli | Kl. I: Spesialrådgiver stab |
| Gunnar Tanum | Kl. E: Overlege |
| Jonathan Faundez | Tillitsvalgt, DnR, NITO |
| Vibeke Braastad Kristiansen | Tillitsvalgt NSF |
| Tove Nakken | Brukerrepresentant |
| Lilli-Ann Stensdal | Brukerrepresentant |
| Per Oddvar Synnes | HVO |

Medvirkningsgruppe OSS⁴/ikke medisinsk service:

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| Torun Gjesdahl | J: Innkjøp og logistikk |
| Øystein Jensen | J: Medisinsk teknologi |
| Arne Kvale | J: Eiendom |
| Elin Berggren | J: Eiendom |
| Gjertrud Risnes Spillum | J: Intern service |
| Robert Derås | J: Brann - sikkerhet |
| Iver Fjæstad | Tillitsvalgt, US, NITO |
| Guri Galtung Kjærstad | Tillitsvalgt, OSS |
| Ramona Janeche E Braanen | Vernetjenesten |
| Arne Bakstad | Eiendom |

⁴ OSS; Oslo sykehus service

| | |
|-------------------|-----------------------|
| Erik Fosse | Intervensjonssenteret |
| Veronica Kollevåg | Tillitsvalgt NSF |

Medvirkningsgruppe forskning og undervisning:

| | |
|----------------------|------------------------------|
| Theis Tønnessen | Forskningsleder HLK, F |
| Lars Lien | Forskningsleder Klinikk A |
| Ulf Kongsgaard | Forskningsleder Klinikk H |
| Leif Gjerstad | Forskningsleder, Klinikk C |
| Jan Olav Høgetveit | Klinikk J (OSS) |
| Edvard Hauff | Utdanningsleder |
| Alicia Altier | Vernetjenesten |
| Per Morten Sandset | Forskningsleder Klinikk G |
| Karin CL Carlsen | Forskningsrådgiver Klinikk D |
| Stein Kvaløy | Forskningsleder Klinikk E |
| Dag Kvale | Forskningsleder Klinikk B |
| Guttorm Haraldsen | Klinikk I |
| Fredrik Barth Bjerke | Studentrepresentant |

Gruppene har hatt 8 møter i prosjektperioden (inkludert oppstarts- og avslutningsmøte som har vært felles for de 4 gruppene).

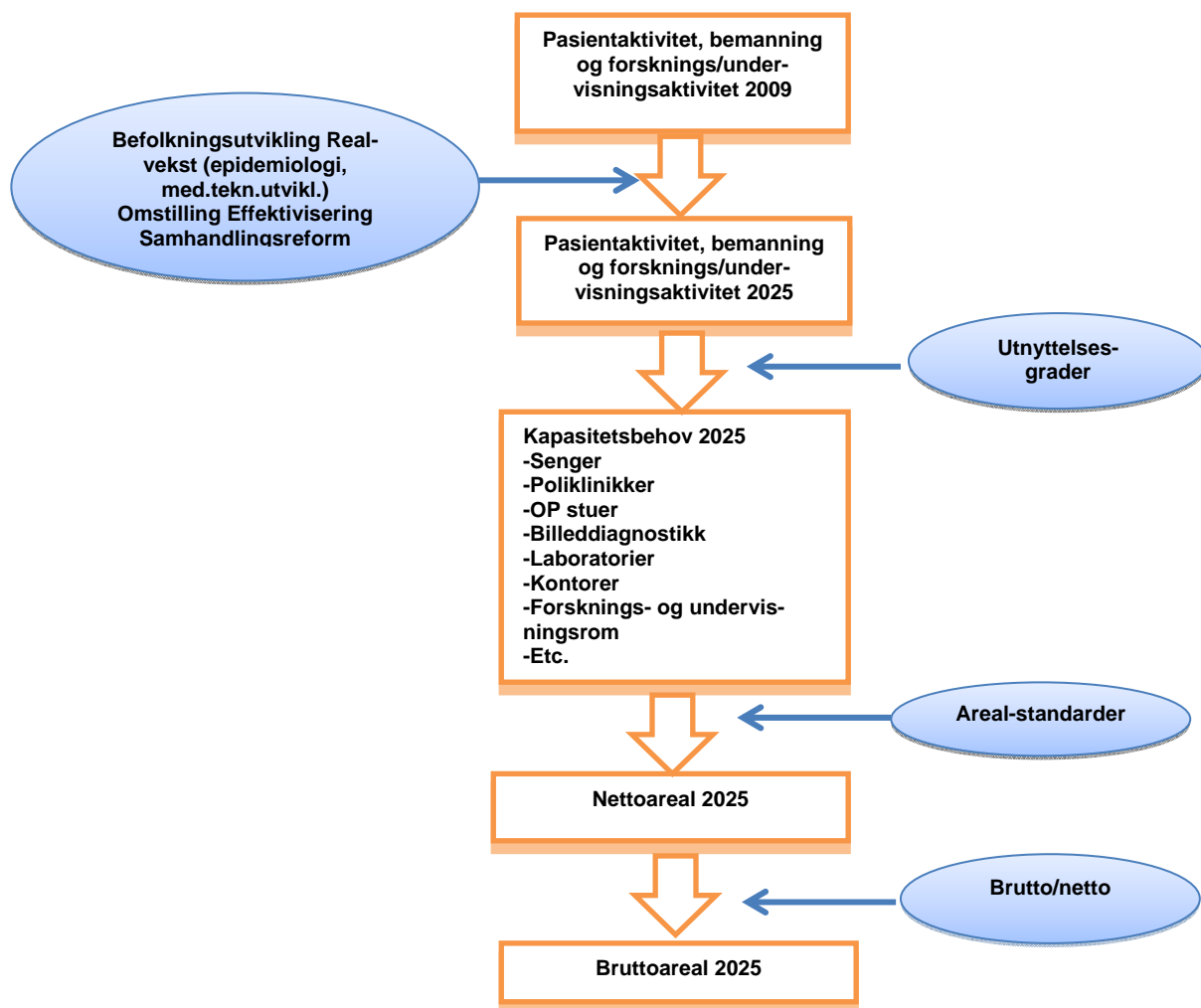
Rådgiver har vært Hospitalitet as sammen med Multiconsult og NSW Arkitekter og planleggere AS.

For utarbeidelse av kapittel 4 har det vært en egen prosess. Kapitlet baserer seg på diskusjoner i sykehusets ledergruppe første halvår i 2011 som har fulgt temaene som er listet opp i kapittel 4.1. For alle tema har man tatt utgangspunkt i hva som er ønsket situasjon for pasientene våre i 2025, deretter beskrevet internasjonale trender og hvordan lignende virksomheter har organisert seg (med særlig vekt på London og Stockholm) for til slutt å omsette dette i alternative løsninger for Oslo universitetssykehus. Dette materiale finnes samlet i to PowerPoint-presentasjoner⁵.

3.2 Metode for beregning av arealbehov

Vurdering av arealbehov for OUS i 2025 følger en metode utviklet og gjennomprøvd av Hospitalitet as.

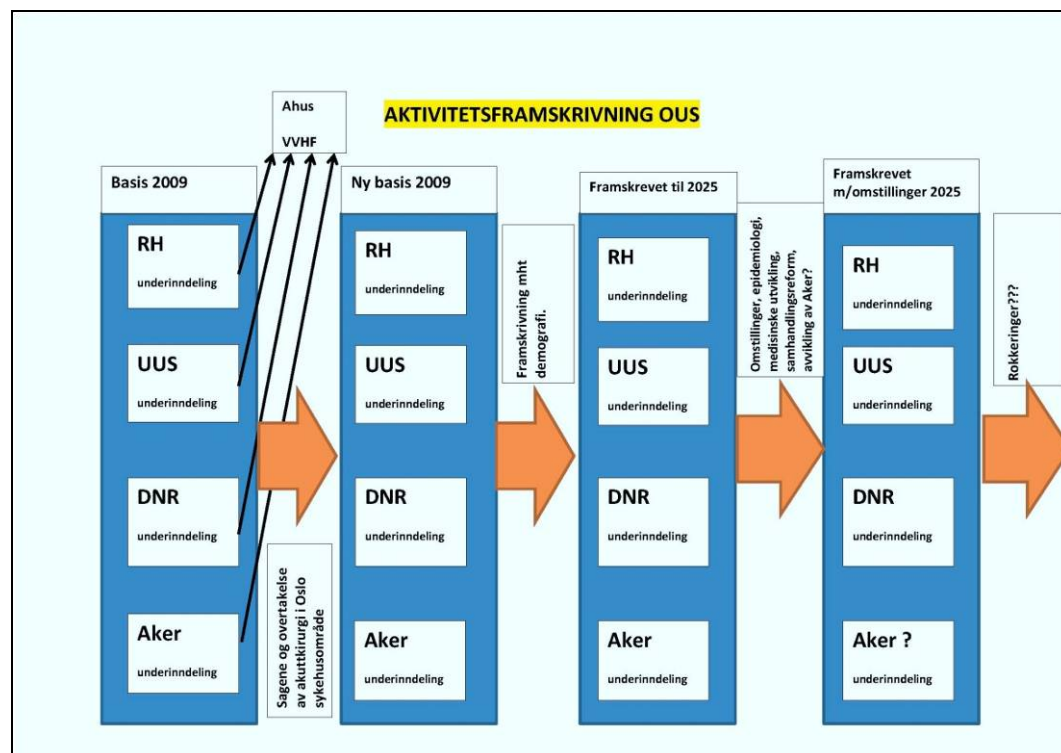
⁵ Er tilgjengelig som "uttrykket vedlegg".



Figur 5. Metode for kapasitets- og arealberegning

For å finne ut hva arealbehovet vil være i 2025, er det tatt utgangspunkt i dagens aktivitetsnivå med hensyn til antall liggedøgn, heldøgnsopphold, dagopphold, polikliniske konsultasjoner osv. Framskrivningen av aktivitet er gjort ved bruk av framskrivning av befolkningsgrunnlaget som OUS har ansvar for. Befolkningsframskrivningen tar utgangspunkt i Statistisk Sentralbyrås beregninger og det har vært brukt MMMM-tall dvs. middeltall for nasjonal vekst, fruktbarhet, levealder og netto innvandring. Dette er korrigert for omstillinger med hensyn til medisinsk utvikling, endring fra heldøgns- til dagbehandling, Samhandlingsreform osv. Antall senger, operasjonsstuer, konsultasjonsrom osv. er beregnet ut fra utnyttelsesgrader som betyr beleggsprosent, hvor mange timer et konsultasjonsrom eller MR-maskin er i bruk pr. dag, hvor lang tid hver konsultasjon/undersøkelse i snitt tar, hvor mange konsultasjoner per dag, hvor mange dager pr. år osv. Videre foreligger det arealstandarder for ulike typer senger, operasjonsstuer, billeddiagnostikk, kontorplasser osv. Summen av alt dette gir nettoareal. Bruttoareal er nettoareal pluss trafikkareal, tekniske rom, vegger osv. målt på ytterside av yttervegg. Normalt beregnes det en brutto/netto faktor på rundt 2 for nybygg av denne typen. Konkret er det her benyttet 2,1 som brutto/netto faktor. Ved beregning av brutto/netto faktor på eksisterende bygg kan denne bli både større og mindre alt avhengig av eksisterende byggs egnethet, alder etc.

Figur under viser gangen i aktivitetsframskrivningen for OUS fram til 2025.



Figur 6. Framskrivning av aktivitet OUS 2025

3.3 Økonomiske analyser

De økonomiske analysene består av to deler:

- Investeringsøkonomisk analyse
- Driftsøkonomisk analyse

Den investeringsøkonomiske analysen inneholder en overordnet vurdering av investeringskostnadene knyttet til de bygningsmessige endringene som foreslås. Følgende inndeling er lagt til grunn:

- Hovedtyper av nybygg der det forventes at kostnader per kvm er ulik.
- Tre grupper av ombygging, 25 % (lav), 50 % (middels) og 75 % (høy) av nybyggkostnad for den aktuelle bygningstype.
- Teknisk oppgradering (iht. Multimap-estimat).
- Rivekostnader.

Alt uttrykkes i forventede prosjektkostnader (såkalt p50, men ikke formelt beregnet gjennom usikkerhetsanalyse). Priser i august 2011-nivå.

Alle kostnader er basert anslag for prosjektkostnad per kvm inkl. brukerutstyr, ut fra erfaringstall fra andre prosjekter. Dette betyr at usikkerheten er større enn der et prosjekt er konkret kalkulert, og man ut fra det har tatt "alle lokale og prosjektspesifikke hensyn". Kalkyle for det enkelte trinn vil første gang foreligge når det foreligger et skisseprosjekt som gir grunnlag for en prosjektspesifikk kalkulasjon av de ulike bygningsdelene (og tilsvarende for utstyr).

Den driftsøkonomiske analysen er også på overordnet nivå. Det er gjort en vurdering av de ulike tiltakenes effekt på antall driftsenheter, og dermed potensial for samlokaliseringsevninger på driftsenhetsnivå. Dette gir grunnlag for et første trinn i utarbeidelsen av en gevinstrealiseringsplan knyttet til de ulike fasene av gjennomføring (med sine tiltak). Dette betyr at det i idé- og konseptfasene skal skje en videreføring av arbeidet med kartlegging av driftsøkonomisk potensial og dernest utarbeidelse av tilhørende planer for gevinstrealisering.

4 Strategiske avklaringer

4.1 Innledning

Arealutviklingsplan 2025 dekker perioden frem til 2025, men må også beskrive et målbilde for Dag5 (anslagsvis 2017-18 da etablering av nye bygg tillater en bedre samling av lands- og regionsfunksjoner på den ene side og område- og lokalfunksjoner på den andre side). Dette kapitlet tar for seg noen av de overordnede avklaringer som er nødvendige for å fullføre strategisk utviklingsplan:

- Trender for medisinsk utvikling
- Utvikling og lokalisering av kreftbehandling i Oslo universitetssykehus
- Lokalisering av regionsfunksjoner
- Samling av akutt kirurgi for Oslo sykehusområde og lokalisering av multitraume
- Utvikling av lokal- og områdesykehus på Ullevål
- Psykisk helse og avhengighet
- Videre utvikling av Aker og håndtering av gjenværende klinisk aktivitet
- Effekt av samhandlingsreformen
- Dimensjoneringsfaktorer
- Trender for helsetjenesten applisert på vår virksomhet – ambisjoner for morgendagens Oslo universitetssykehus
- Medisinsk teknologi
- Veien videre fra 2025
- Samlet vurdering, mulighetsstudier

4.2 Prosess og metode

Ledergruppen har hatt de temaer som er listet i 4.1 som egne diskusjoner. I samarbeid med de aktuelle klinikkledere har det blitt forberedt en diskusjon basert på tre spørsmål:

1. Hva tror vi vil være best for pasientene våre (i Oslo, regionalt og nasjonalt) i 2025?
2. Finnes det internasjonale eksempler på sykehus med modeller som belyser våre løsningsforslag?
3. Hvilke alternativer finnes for organisering og lokalisering av virksomhet i OUS?

4.3 Strategiske avklaringer 1: Trender for medisinsk utvikling

Noen trender innen medisin og organisering og utvikling av sykehus avtegner seg tydelig og på tvers av fagområder og land:

1. Desentralisere det man kan

Det er en global trend innen helsetjenesten for desentralisering. Det betyr å flytte tjenester fra det spesialiserte og sentraliserte mot det generelle og desentraliserte, ikke bare innen de tradisjonelle leddene i helsetjenesten, men helt hjem til pasienten. OUS' "Hjemmesykehus for barn" er et eksempel på slik tenkning. Kaiser Permanente i USA har som del av sin visjon alltid å stille spørsmålet: "Kan denne behandlingen foregå hjemme hos pasienten?" ut fra den enkle antagelsen at det er der deres pasienter helst vil behandles. Ønske om nærhet til eget miljø kommer også frem der hvor pasientene har fritt sykehusvalg og behandlingskvalitet publiseres; selv om eget lokalsykehus kommer noe dårligere ut enn spesialiserte sykehus er det noen steder en tydelig trend at pasientene velger behandlingstilbud som ligger nært.

2. Sentralisere det man må

Dette baserer seg først og fremst på bedring av behandlingskvalitet. Kriterier for sentralisering kan være:

- Tilstanden krever sjelden kompetanse eller antall pasienter er lavt
- Behov for spesielt tung infrastruktur
- Høy kostnad per pasient eller sterk kobling til annen høyspesialisert virksomhet
- Utpøvende behandling.

3. Arealfordeling i fremtidig sykehus

Trendene i medisinsk utvikling og pasientpopulasjonen tilsier en fortsatt endring av sammensetning av arealene i sykehusene i fremtiden. Utviklingen mot desentralisering av det man kan, sentralisering av det man må, øket dagbehandling og bedre samhandling mot samarbeidspartnere utenfor sykehusene tilsier dette. Arealene i fremtidens sykehus vil i

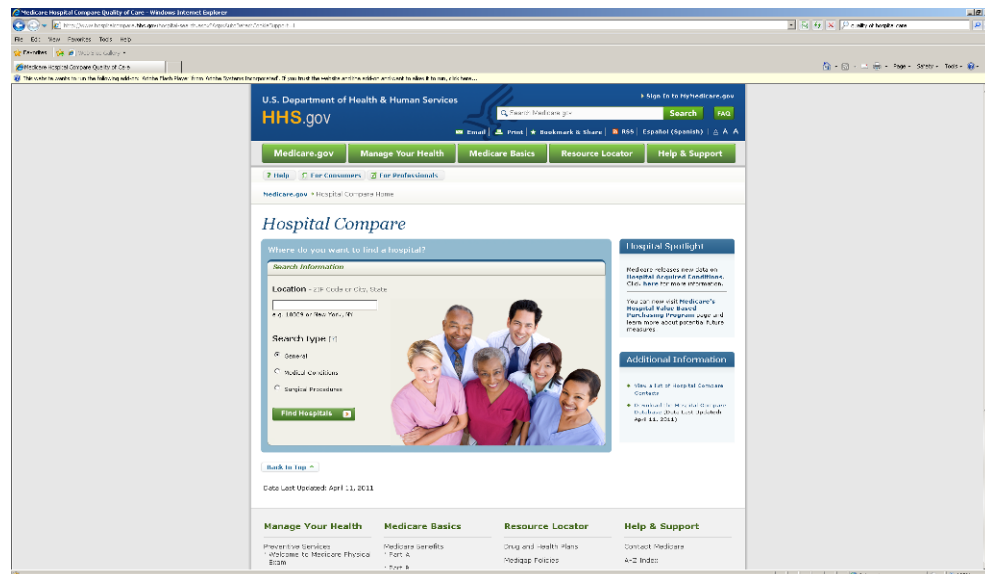
enda sterkere grad benyttes til spesialisert diagnostikk og behandling. Det er bare de sykeste pasientene som kommer til å oppholde seg i sykehuset på døgnbasis.

4. Nettverk

Samarbeid i nettverk og på tvers av profesjoner er en generell trend innen helsetjenesten, enten det dreier seg om møtet mellom behandler og pasient, organisering av aktivitet innen sykehus, mellom sykehus eller på tvers av nivåene i helsetjenesten. Ulike aktører rendyrker rollene sine og blir mer bevisste på hvordan de håndterer sin del av behandlingsskjeden og hvordan de samarbeider med andre.

5. Mål kvalitet og del resultater

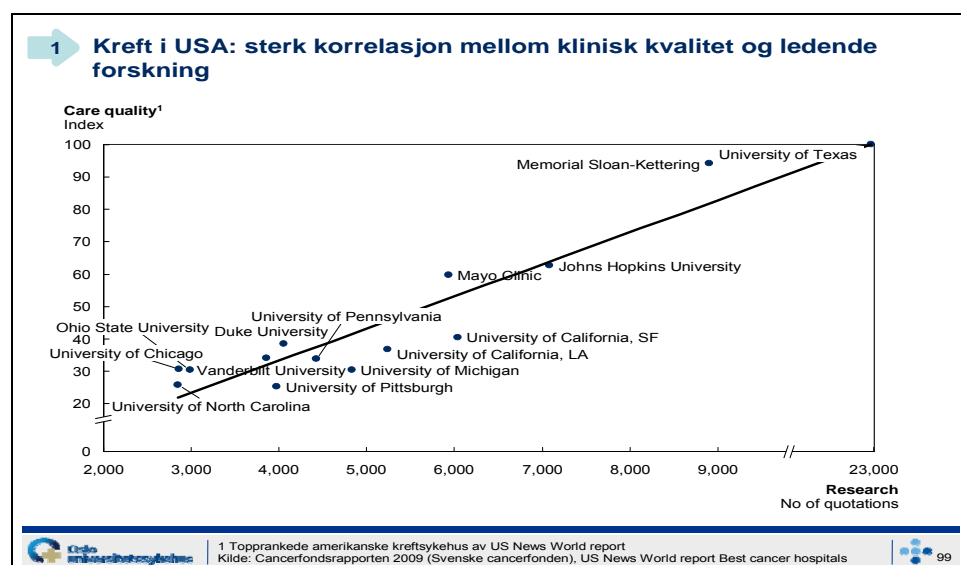
Norsk helsevesen har kommet kort på dette området. Det er en global trend i retning fokus på kvalitet. Åpenhet rundt resultater er et viktig virkemiddel for forbedring og i økende grad en selvfølge i forhold til brukere.



Figur 7. Eksempel på hvordan åpenhet rundt resultater er tilgjengelig for allmenheten i USA

6. Forskning, utdanning og kvalitet på klinisk behandling

Det er tett kobling mellom forskning (kvalitet, kvantitet og profilering) og kvalitet (anerkjennelse) på klinisk behandling – dette sees innen alle fagområder (kanskje særlig tydelig innen kreft) men også på sykehusnivå.



Figur 8. Kobling mellom klinisk kvalitet og forskning for kreftbehandling i USA

På samme måte som forholdet mellom forskning og kvalitet på klinisk behandling, er det stor overlapp mellom status som beste sykehus og beste medisinske universitet.



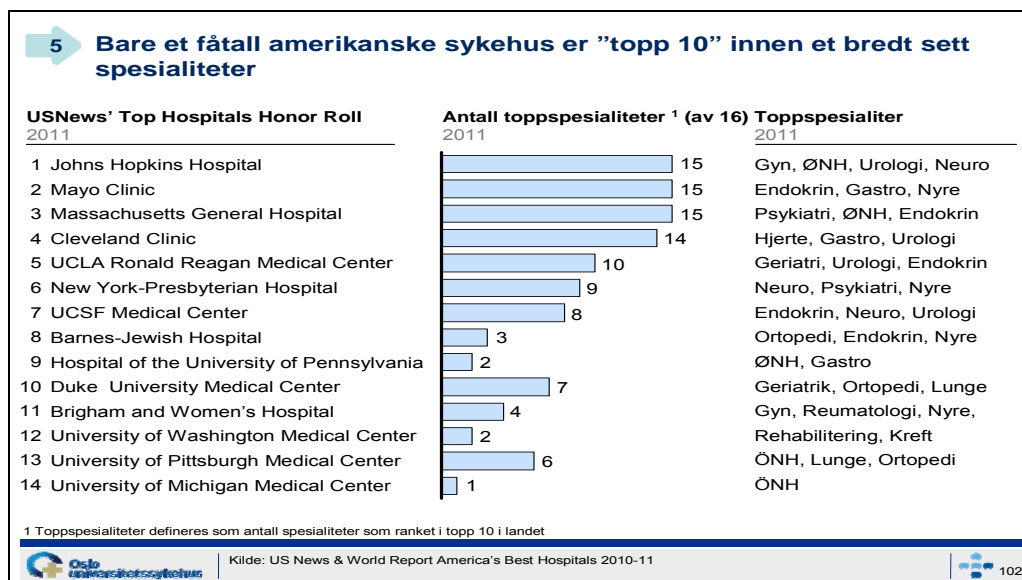
Figur 9. Korrelasjon mellom beste sykehus og beste universitet i USA

7. Omlegging fra døgn til dagbehandling

Dette er en trend som har gått over flere tiår, og som fortsetter på tross av at man regelmessig har trodd at grensen for hva som egner seg for dagbehandling har blitt nådd. Ny teknologi både for behandling og ikke minst oppfølging, overvåking og kommunikasjon tilsier at trenden vil fortsette.

8. De fleste store/gode sykehus fokuserer et fåtall fagfelt

Det betyr ikke at disse sees som viktigere enn andre, men at de brukes i profilering og som modeller for utvikling av øvrig virksomhet. En slik fokusering vil også kunne være nyttig for Oslo universitetssykehus. Kriterier for "flaggskip-status" kan være kvalitet i behandlingen, anerkjennelse nasjonalt og internasjonalt, forskningsorganisering, aktivt arbeid med kvalitet og kvalitetsindikatorer, nettverkstenking og arbeid med fagutvikling.



Figur 10. De fleste store/gode sykehus i USA fokuserer et fåtall fagfelt

4.4 Strategiske avklaringer 2: Utvikling og lokalisering av kreftbehandling i Oslo universitetssykehus

Status

Norsk kreftbehandling holder høy internasjonal klasse, men har fortsatt rom for utvikling. I Oslo universitetssykehus foregår utredning og/eller behandling av kreft i alle klinikker og slik vil det fortsatt være uavhengig av hvordan sykehuset organiseres. Radiumhospitalet

er et frittstående, spesialisert kreftsykehus med nesten utelukkende regionsfunksjoner. Bygningsmassen på Radiumhospitalet fordeler seg i to hovedkategorier, der forsknings- forskningsbygg, strålebygg og hotell er nye og øvrige bygninger i stor grad er gamle, lite egnede for dagens drift og dårlig vedlikeholdt.

Kreft er antagelig det feltet der Oslo universitetssykehus sin forskning er tydeligst profilert, og kreftmiljøet har kommet langt i å utvikle systemer for kunnskapshåndtering og kvalitetsmonitorering.

Radiumhospitalet er kjernen i et "comprehensive cancer center" (CCC) som internasjonalt er et anerkjent driftkonsept for å fremme forskning og forskningsbasert utvikling av klinikken. Det består av tre pilarer; institutt, sykehus og epidemiologisk enhet (Kreftregisteret). Gjennom fusjonen til OUS har kreftmiljøet i Oslo totalt sett bedre forutsetninger enn noen gang til å oppfylle rollen som et ledende "comprehensive cancer center" nasjonalt og internasjonalt.

Oslo Universitetssykehus er et comprehensive cancer center

Oslo er allerede et comprehensive cancer center (CCC):

- Integrert forskning (laboratorium, klinikk og populasjon)
- Betydelig translasjonsforskning
- Utdanning innen flere profesjoner
- Prevensjon og diagnostikk
- Tilgang till inneliggende og dagpasienter for forskning og klinisk utprøving

CCC-status er et mål på forskning, ikke hvordan klinisk virksomhet er organisert

De ledende amerikanske kreftsykehus er tilknyttede ett CCC

Oslo universitetssykehus 74

Figur 11. OUS som et comprehensive cancer center

Er Radiumhospitalet på sikt stort nok til å være et frittstående kreftsykehus?

Utviklingen av fremtidens kreftbehandling følger de samme trendene som beskrevet innledningsvis. Nettverk og tverrfaglig samarbeid vil ikke bli mindre viktig, og input fra andre fagfelt (medisinske og ikke- medisinske som informatikk, farmakologi, biokjemi, genetikk osv.) vil øke i betydning.

Et hovedtrekk ved utviklingen i dag er såkalt "personalized medicine" som særlig er knyttet til detaljert analyse av genuttrykket i kreftsvulsten som bestemmende for individualisert behandling for pasienten. Dette forutsetter et nært samarbeid mellom institutt, diagnostiske enheter (les patologi) og klinikken og understøttes av en CCC organisering.

Radiumhospitalets kreftbehandling er en høyspesialisert regionsfunksjon og i stor grad avhengig av tung infrastruktur. Det finnes eksempler på frittstående kreftsykehus blant verdens ledende, men nesten uten unntak er de vesentlig større (har et større pasientgrunnlag). Mange er organisert som frittstående enheter på en større medisinsk campus.

| De store amerikanske kreftsentre er organisert på ulike måte | | | FORELØPIG |
|--|---|---|--|
| |  |  |  |
| Organisasjon | <ul style="list-style-type: none"> Stand-alone cancer center Plassert på campus for Texas Medical Centre Lege med full spesialisering på kreft | <ul style="list-style-type: none"> Stand-alone cancer center Plassert på campus for univ. hospital of Columbia & Weill Medical College Lege med full spesialisering på kreft | <ul style="list-style-type: none"> Kimmel Cancer center integrert med Johns Hopkins Medical Institutions Spesialisering mot elektiv behandling av inneliggende pasienter |
| Kvalitet | <ul style="list-style-type: none"> Ranket 1 i cancer av U.S. News Best Hospitals | <ul style="list-style-type: none"> Ranket 2 i cancer av U.S. News Best Hospitals | <ul style="list-style-type: none"> Ranket 4 i cancer av U.S. News Best Hospitals |
| Størrelse | <ul style="list-style-type: none"> Veldig store volumer innom kreft <ul style="list-style-type: none"> 507 senger 22 194 inneliggende pasienter 0,97 millioner dagpasienter/poliklinikkbesøk | <ul style="list-style-type: none"> Veldig store volumer innom kreft <ul style="list-style-type: none"> 434 senger 22 689 inneliggende pasienter 1,07 millioner dagpasienter/poliklinikkbesøk | <ul style="list-style-type: none"> Moderate volumer (inkl ikke-kreft) <ul style="list-style-type: none"> 935 senger 49 949 inneliggende pasienter 361,291 dagpasienter/poliklinikkbesøk |
| Forskningsorganisasjon | <ul style="list-style-type: none"> Del av University of Texas \$260m forskningsanslag Fem forskningsbygning på campus 20-25% av pasienter deltar i klinisk prøving | <ul style="list-style-type: none"> Institusjonell partner med Rockefeller Univ. og Weill Medical College Forskning som dekker hele spektret fra grunnforskning til klinisk prøving | <ul style="list-style-type: none"> Del av John Hopkins' Medical University Deler forskningsressurs med andre avdelinger på Johns Hopkins 20-30% av pasienter deltar i klinisk prøving |

Figur 12. Organisering av kreftsentre i USA

Radiumhospitalet, forskningsbygg og Oslo Cancer Cluster Innovasjonspark (OCCI)

Radiumhospitalet har utviklet sin forskning over lang tid, fremstår som et av OUSs mest produktive miljøer både innen forskning og innovasjon og har oppført et nytt forskningsbygg som muliggjør tett integrering mellom forskning og klinikk. Som kjernen i en "komplett kreftsentre-modell" utvikles det videre gjennom OCCI som nå bygger sin virksomhet i umiddelbar nærhet. Dette samarbeidet har betydelig potensial for så vel forskning som næringsutvikling.

Alternativer for Radiumhospitalet

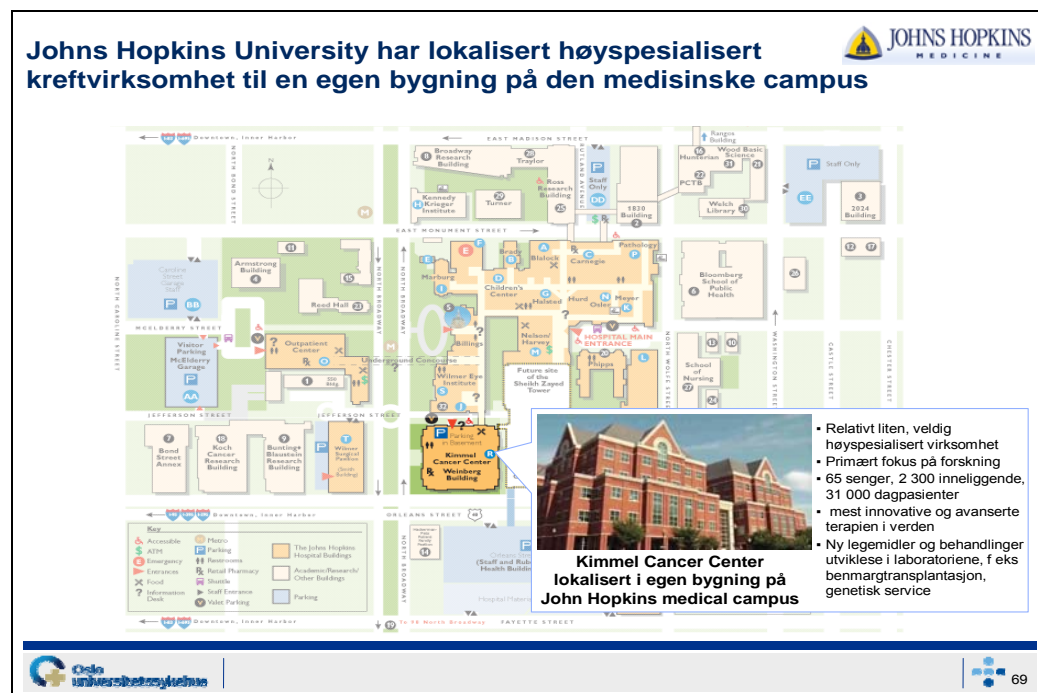
Radiumhospitalet kan enten utvikles som et frittstående kreftsykehus med tidsperspektiv utover 2025, eller man kan flytte hele virksomheten inn i resten av Oslo universitetssykehus. Man kan også velge en mellomvariant der kreftbehandling foregår på Radiumhospitalet for en definert periode men med et langsiktig mål om fysisk integrering med øvrige region- og landsfunksjoner.

Vurdering og anbefaling

Moderne kreftbehandling kjennetegnes av multidisiplinær diagnostikk og behandling. Det vil si at stadig flere pasienter får eller er kandidater for kombinert behandling av kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling. I forhold til pasienten er det en fordel at pasientforløpet så vel som nødvendige kunnskapsressurser er samlokalisert. Det tilsier en tidligst mulig integrering med resten av sykehuset. På den annen side har Radiumhospitalet betydelig andel ny bygningsmasse, og er en viktig del av oppbyggingen av OCCI (som er et viktig bioteknologisk initiativ for Oslo og regionen). For å benytte ny bygningsmasse og utviklingspotensialet i samarbeidet med OCCI bør det drives kreftbehandling på Radiumhospitalet i alle fall frem til 2025. I samme retning peker det faktum at det per i dag ikke finnes tilgjengelige arealer for etablering av et Radiumhospital på Rikshospitalet. Dette vil bare være mulig gjennom en omreguleringsprosess, som både vil ta tid og der utfallet i dag ikke er kjent.

Driftskonseptet bør være en komplett døgnbasert virksomhet som omfatter både kirurgi og onkologisk behandling innenfor definerte diagnosegrupper i tråd med CCC konseptet med integrert forskning og pasientbehandling. For videre utvikling og synergier mellom denne regionsfunksjonen og de som befinner seg på Rikshospitalet, og for å sikre nærmere tilgang til universitetsressurser, bør Radiumhospitalet etter (i) 2025 flyttes til Rikshospitalet. Etter modell fra for eksempel Johns Hopkins, bør Radiumhospitalet flyttes og lokaliseres som en enhet.

Universitetet i Oslo har livsvitenskap som satsingsområde, og planlegger nytt "livsvitenskapsbygg", antagelig øverst i Gaustadbekkdalen. Dersom det er mulig å lokalisere "Nye Radiumhospitalet" i umiddelbar nærhet og helst med felles forsknings-, innovasjons- og utdanningsbygg vil dette kunne bli et vesentlig bidrag til utvikling av nye behandlingsformer, gi grunnlag for innovasjon og næringsutvikling og ikke minst legge grunnlag for et av Norges mest attraktive, tverrfaglige forskningsmiljø innen livsvitenskap.



Figur 13. Lokalisering av kreftvirksomheten ved John Hopkins University, USA

2011-2025

I denne perioden vil noen av de funksjoner som krever tyngst infrastruktur flyttes til Rikshospitalet. Dette omfatter kreftkirurgi som krever spesialisert infrastruktur og/eller er særlig intensivkrevende som thorax (lunge og metastaser), HPB (lever/galle-v/pankreas og metastaser) og Nevro-området (CNS svulster). Onkologisk virksomhet inkludert stråleterapi (regionsoppgave) vil fortsette på Ullevål og Radiumhospitalet for å benytte nye bygg.

Driftskonseptet på Radiumhospitalet bør være samling til færre diagnosegrupper enn i dag og basert på pasientgrupper som skal tilbys integrert multimodal behandling og der virksomheten gjennomgående ikke er intensivkrevende. Sentralt for virksomheten bør være bryst/endokrinster og bekkensenter. Det siste er på Radiumhospitalet i dag og inkluderer spesialitetene gynekologi, gastrokirurgi, urologi og plastikk kirurgi, i tillegg til onkologi og diagnostiske spesialiteter. Dette sikrer full utnyttelse av forskningsbygg og pasienthotell på Radiumhospitalet i henhold til overordnede føringer. Fortsatt kirurgisk virksomhet på Radiumhospitalet vil kreve investeringer i nye operasjonsstuer.

I perioden vil det være behov for å oppgradere deler av bygningsmassen, anslagsvis 40.000-50.000 kvm. Oppgraderingen konsentreres om bygningene A og B der den kliniske virksomheten finner sted, samt noe i Bygg C og F. Øvrig bygningsmasse bør evakueres og helst rives. Dette gjelder bygg D, E, G og H. Dette vil kunne innebære at Radiumhospitalet i 2025 vil kunne fremstå som en enhet av et funksjonelt sykehusbygg og forskningsbygg/OCC Innovasjonspark. Det bør dermed ligge til rette for en fornuftig videre bruk, for eksempel som et elektivt senter eller for annen forskningsintensiv virksomhet innen helse. Dersom man ikke flytter Radiumhospitalet bør sykehuset også opprettholdes som et mest mulig komplett kreftsykehus.

4.5 Strategiske avklaringer 3: Lokalisering av regionsfunksjoner

Det er et overordnet premiss for arbeidet med utvikling av Oslo universitetssykehus at "dupliserte regionsfunksjoner samles i hovedsak på Gaustad", styrevedtak 108/2008 Helse Sør-Øst. Dette er viktig av flere grunner; for å rendyrke høyspesialiserte lands- og re-

gionsfunksjoner med tilhørende infrastruktur, for å utvikle et tydelig område- og lokalsykehus, for å sikre at pasienter i Helse Sør-Øst får lik tilgang til spesialiserte helsetjenester og for å kunne synliggjøre kostnadene knyttet særlig til avansert behandling.

Det er ikke ukomplisert å gjennomføre dette i praksis fordi skillelinjene mellom de ulike funksjonene innen fagene ikke alltid er tydelige, fordi avhengighetene mellom funksjonene gjør gradvise flyttinger krevende og fordi dagens bygg og utbyggingsmuligheter innen rimelig tidshorisont på Rikshospitalet er sterkt begrensede.

Det vil av og til være nødvendig å holde et langsiktig mål om maksimal samling av regionsfunksjoner opp mot disse hensynene, og da vil det kunne være nødvendig å prioritere kvalitet i pasientbehandling, arbeidsforhold for ansatte og krav til driftsøkonomi i det korte tidsperspektivet.

Det er et overordnet mål å redusere all duplisering i Oslo universitetssykehus, uavhengig om det er lands- eller lokalfunksjoner. Forenklet sagt betyr det at en pasientgruppe skal behandles på en måte ett sted i Oslo universitetssykehus. I praksis ivaretas dette ved flyttinger, men også ved funksjonsfordeling – for eksempel er det ett postmottak i Oslo universitetssykehus for ortopediske pasienter og så skjer fordelingen av pasienter på lokalisasjon internt i avdelingen.

Opprettholdelse av kvalitet i behandlingen av alvorlig skadde pasienter (som i alle fall de nærmeste årene vil finne sted på Ullevål) samtidig som regionsfunksjoner flytter til Rikshospitalet, har vært erkjent som en utfordring så lenge man har arbeidet med sammenstillingen i Oslo universitetssykehus. Denne problemstillingen må adresseres per regionsfunksjon (som multitraumebehandlingen er avhengig av).

4.6 Strategiske avklaringer 4: Samling av akutt kirurgi for Oslo sykehusområde og lokalisering av multitraume

Lokalisering av akuttfunksjon

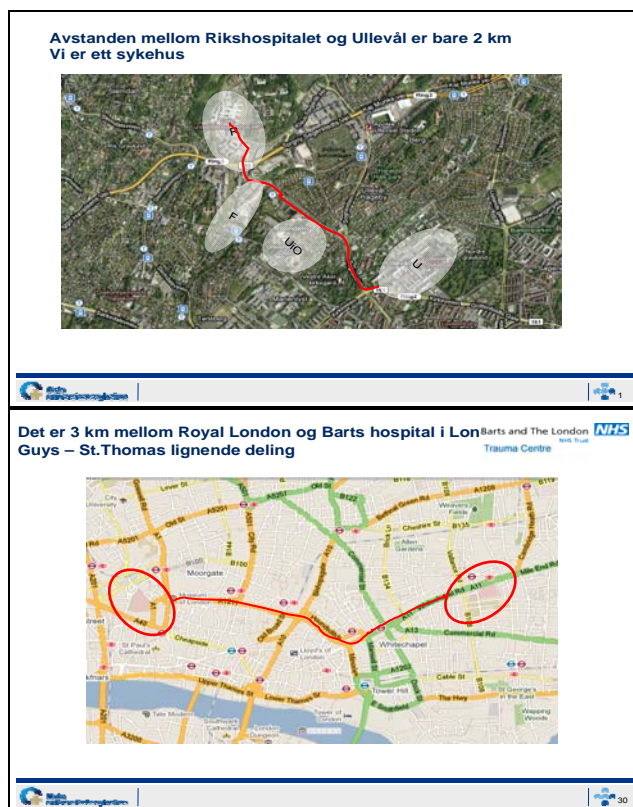
Helse Sør-Øst legger i sak 108/2008 til grunn at "akuttfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner i et sykehusområde som hovedregel skal samles på ett sted, men det åpnes for tilpasninger". Styret i Oslo universitetssykehus vedtok i sak 09/2010 at "Akuttfunksjoner innen kirurgi, medisin og psykisk helse samles raskest mulig til Kirkeveien etter overføring av opptaksområde til Akershus universitetssykehus HF".

Lokalisering av multitraume

Lokalisering av multitraume har vært diskutert så lenge man har arbeidet med sammenstilling av de offentlige Oslo-sykehusene. Diskusjonen er vanskelig fordi multitraume har to klare avhengigheter:

- Nærhet til spesialiserte regionsfunksjoner
- Nærhet til akuttfunksjon.

Vedtakene over plasserer regionsfunksjoner på Rikshospitalet og akuttfunksjoner på Ullevål. Dette er logisk i en større sammenheng, men gjør en optimal multitraumelokalisering vanskelig. Samtidig er avstanden mellom Rikshospitalet og Ullevål ikke særlig større enn det man kan finne innen store internasjonale sykehus som ligger på en campus.



Figur 14. Nærhet mellom lokalisasjoner OUS sammenliknet med Royal London og Barts Hospital i London.

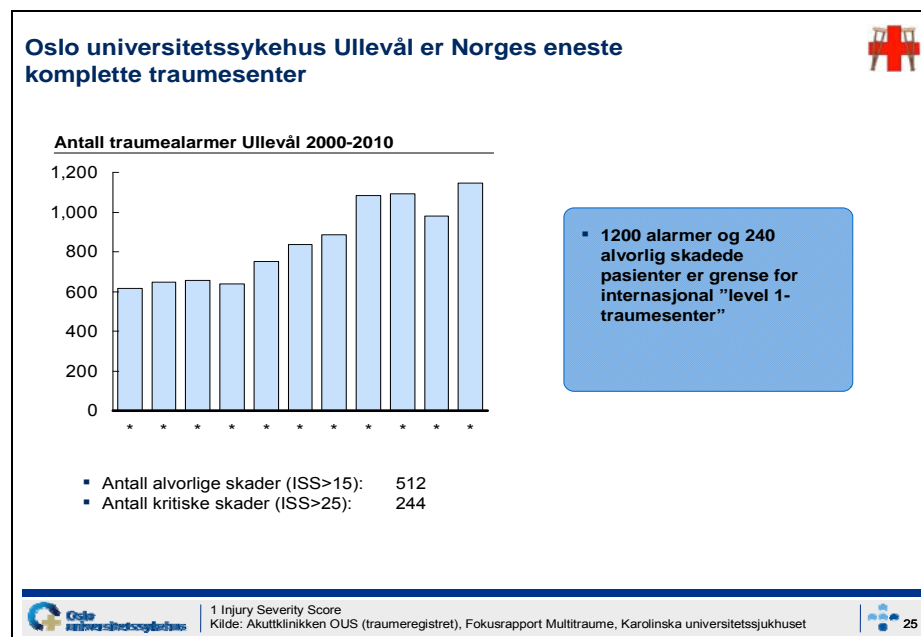
Status multitraume

Traumatologi i Oslo universitetssykehus er i dag organisert i et nettverk med koordinering fra Avdeling for traumatologi i Akutt-klinikken. Flesteparten av de ressurser som benyttes i behandling og oppfølging av traumepasientene, befinner seg ikke i avdelingen, men samarbeider i et nettverk for traumebehandling. Det er anslagsvis 400 personer som inngår i dette nettverket, og relasjonen til avgivende avdelinger er ikke regulert i formelt avtaleverk.

Traumatologien er således avhengig av godt og nært samarbeid med flere andre kirurgiske spesialiteter som er lokalisert på Ullevål i dag, blant annet gastrokirurgi, nevrokirurgi, ortopedi, thorax- og hjertekirurgi, barnekirurgi, plastikk- og kjevekirurgi. At karkirurgi og urologi i dag er lokalisert på Aker har vist at geografisk avstand til involverte spesialiteter medfører sårbarhet med tanke på opprettholdelse av kompetanse og engasjement. I tillegg er traumatologien avhengig av den intervensjonsradiologiske traumeekspertisen som er blitt opparbeidet ved traumesenteret gjennom en årrekke.

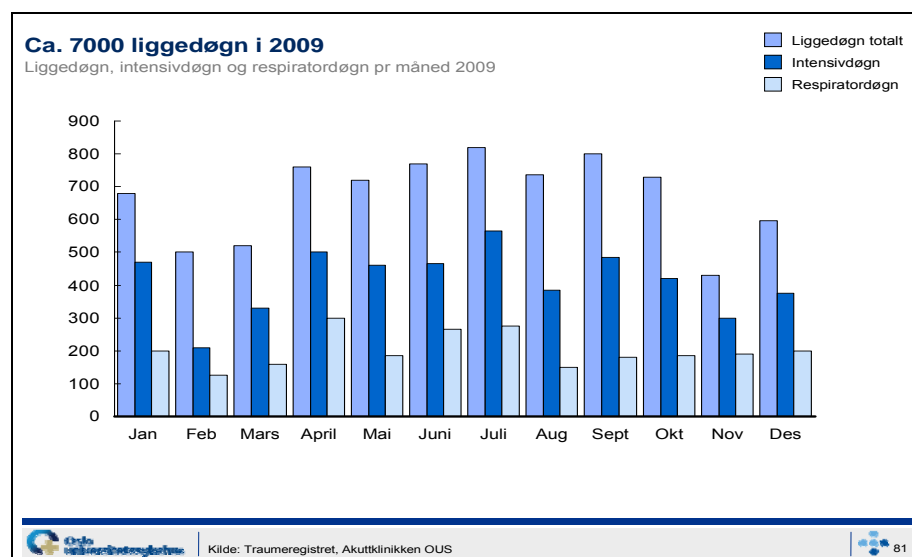
Oslo universitetssykehus er i dag kjernen i et regionalt traumenettverk, Norges eneste "level1 trauma centre" og uformelt også nasjonalt kompetansesenter for traumatologi. Antallet traumealarmar er i snitt 4 per døgn og viser en jevn vekst. Totalt antall traumepasienter er ca. 1400 per år. Alle traumepasientene er ressurskrevende i initialfasen til situasjonen er avklart. I den totale traumepopulasjonen ved OUS er over 40 % av pasientene alvorlig skadet og trenger videre avansert og omfattende behandling. En fordeling av traumealarmene over uke og tid på døgnet viser at dette er en aktivitet som i stor grad skjer på ubekvem tid.

Flytting av regionsfunksjoner fra Ullevål til Rikshospitalet vil gjøre det krevende å opprettholde kvaliteten i behandlingen av de hardest skadde pasientene. Det er derfor et behov for å finne løsninger som sikrer fortsatt god behandling av traumepasienter.



Figur 15. Traumeaktivitet ved Ullevål sykehus

I tillegg til om lag 7000 liggedøgn, står traumepasientene for en betydelig bruk av intensiv og respiratorkapasitet.



Figur 16. Ressursbruk for traumepasienter

Selv om Oslo universitetssykehus yter traumebehandling av god internasjonal standard, har man et lenge erkjent behov for å organisere arbeidet bedre. Dette har vært utredet flere ganger.

Hovedproblemet er organisering som uformelt nettverk på tvers av fagfelt og spesialiteter. Mangelen på formell struktur, utstrakt bruk av LIS-leger i traumeberedskapen og for liten legebemanning i Avdeling for traumatologi gjør det vanskelig å organisere og oppnå tilstrekkelig kvalitet i behandlingen. Når traumekritiske funksjoner flytter til Rikshospitalet, gjør dette situasjonen kritisk, og det er nødvendig å tydeliggjøre en plan for hvordan og hvor disse pasientene skal behandles på sikt.

Et arbeid som ser på organisering og drift av traumatologi Dag 3-5 ble fullført våren 2011, og den viktigste konklusjonen her er at man må styrke kjernen i traumenettverket så snart som mulig ved å etablere nye overlegestillinger i traumatologi (delte stillinger med generell-kirurgiske fag og anestesi). Samtidig startet man en "traumekirurgisk post pilot" for å skaffe erfaring med hvordan en slik enhet best organiseres. Det er avgjørende at dersom spesialiteter som traume er avhengige av flytter til Rikshospitalet, så skal det foreligge skriftlige og entydige avtaler som regulerer samarbeidet rundt traumepasientene.

Lokalisering av akutfunksjoner og multitraume

Multitraume er en regionsfunksjon, men er samtidig den meste spesialiserte delen av sykehusets akutfunksjon og i praksis uløselig knyttet til denne. For perioden frem til Dag 5 vil disse funksjonene uansett måtte drives på Ullevål. Dersom man så velger å bygge et akutt- og traumesenter på Rikshospitalet vil det være både mulig og hensiktsmessig å flytte denne behandlingen dit. Det vil være hensiktsmessig i forhold til traume som regionsfunksjon, men vil enten kreve at man også flytter alle "akutfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner" for Oslo sykehusområde - eller etablerer to omfattende akuttmottak i Oslo universitetssykehus (ett for "spesialiserte akutfunksjoner"/traume og ett for mindre spesialiserte akutfunksjoner og mindre alvorlige skader). Denne distinksjonen er krevende, men mulig.

Alternativer for lokalisering av multitraume

Man kan prioritere flytting av multitraume (med noe akutfunksjon) som første store flytting for å tillate full samling av regionsfunksjoner. Dette vil kreve mer areal enn det som er tilgjengelig på Rikshospitalet uten omregulering og kan derfor ikke skje i Fase 1 eller 2 (selv om det er mulig å bygge ca. 14.000 kvm på Rikshospitalet uten omregulering, er dette arealet spredt i og rundt eksisterende bygningsmasse og tillater ikke etablering av et traumesenter med tilhørende akutfunksjoner).

Vurdering og anbefaling

Det er klart at de fem nærmeste årene vil uansett "akutfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner" inkludert traumatologi drives på Ullevål. Det betyr at OUS må løse de utfordringene sykehuset allerede har med behandlingen av disse pasientgruppene innen dagens rammer (inkludert nytt akuttbygg på Ullevål).

Det kan på sikt fortsatt være ønskelig med flytting av traumatologi til lands- og regionsdelen av sykehuset, og dette kan vurderes som en rekkefølgeproblematikk; når man starter utviklingen av det utbyggbare arealet på Rikshospitalet, hva skal man da prioritere å samle først? Det er allerede en bevegelse av de klare regionsfunksjonene og virksomhet som krever tung infrastruktur. Dette vil binde opp en betydelig del av det arealet som kan benyttes uten omfattende omreguleringer.

Neste trinn av utbygging (etter en eventuell betydelig omregulering) må da enten prioritere først å flytte Radiumhospitalet til Rikshospitalet eller først å flytte akutfunksjoner og traumatologi. Det kan være faglige grunner til å starte med flytting av Radiumhospitalet (som ren regionfunksjon og med avhengigheter mot både infrastruktur på Rikshospitalet og andre fagfelt på Universitetet i Oslo). Det kan også være klare driftsøkonomiske grunner til å anbefale denne rekkefølgen, fordi det vil tillate samling på færre lokalisasjoner.

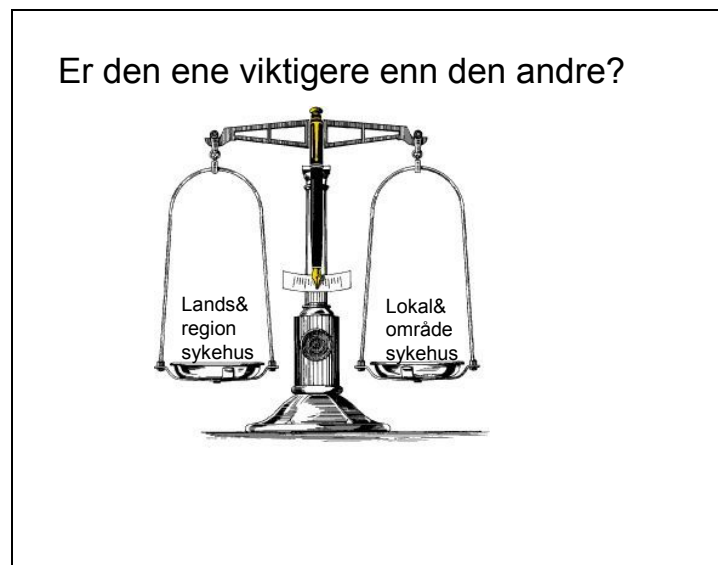
Lokalisering av traumatologi vil fortsatt være en hovednøkkel til Ullevåls fremtidige utvikling. Så lenge den er på Ullevål, vil det ikke være mulig å gjennomføre fullstendig flytting av regionsfunksjoner og Ullevål vil da beholde en kompetanseprofil som er omtrent som Akershus Universitetssykehus. Dersom traumatologi og "akutfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner" flyttes, vil Ullevål få en profil som mer tilsvarer Lovisenberg sykehus. Dette kan åpne for utviklingen av et renere lokalsykehus, men reiser problemstillingen om man trenger flere sykehus med så lav spesialiseringsgrad innen et så lite geografisk område.

Anbefaling: på lang sikt (etter Fase 2) er det mulig å flytte traumatologi med "akutfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner" til Rikshospitalet. Faglig og driftsøkonomisk vil det trolig være gunstigere å prioritere en innflytting av Radiumhospitalet. Dersom omreguleringer viser at det er mulig å finne plass til begge samtidig, vil det kunne være gunstig. Dette er en avgjørelse som det ikke er nødvendig å ta nå, og innen dette blir aktuelt vil Oslo universitetssykehus ha nok erfaring med "Dag 3-5" modellen for traumatologi/akutfunksjoner til å kunne vurdere om denne bør videreføres på Ullevål eller flyttes.

4.7 Strategiske avklaringer 5: Utvikling av lokal- og områdesykehus på Ullevål

Oslo universitetssykehus på vektskålen – hva er viktigst?

Oslo universitetssykehus er det sykehuset i Norge som har flest og mest omfattende funksjoner. Bildet av OUS' lands- og regionsfunksjon er ganske tydelig og vel karakterisert, og i hovedsak knyttet til Rikshospitalet som lokalisasjon. Det er ikke noe åpenbart behov her for store endringer i geografi eller lokalisering. Oslo universitetssykehus' lokal- og områdefunksjon er mye utydeligere selv om den geografisk er knyttet til Ullevål. Det betyr at det her er behov for et mer omfattende strategisk arbeid som svarer ut; Hva er et storbyssykehus, hvordan tilpasses det til bygningsmassen, og hva kreves av nybygg og hvordan utvikler vi innhold sammen med aktørene rundt Ullevål. Det er i dag ingen som har dette definert som sitt ansvar. Vurdert i forhold til klinikkens arbeidsområder ligger utviklingen av morgendagens lokal- og områdefunksjon nærmest medisinsk klinikkens kjernevirksomhet.



Figur 17. Vekting mellom regions-/landsfunksjoner og lokal-/områdefunksjoner ved OUS

Gjeldende premisser

Styrking lokalbaserte sykehustjenester var et sentralt perspektiv i Hovedstadsprosessen. Det ble slått fast at 80-90 % av etterspørselen etter spesialisthelsetjenester skulle ivaretas av det som ble kalt lokal- og områdesykehus innen eget sykehusområde. Selv etter endring i opptaksområde er OUS det største lokalsykehus i Oslo, og selv om en ser bort fra regionsfunksjonene er OUS, på en rekke fag- og behandlingsområder, eneste sykehustilbud innen Oslo sykehusområde. Med utgangspunkt i styrevedtak 108/2008 i Helse Sør-Øst RHF sto lokal- og områdetjenesten innen OUS overfor disse utfordringene:

- Lokalsykehusfunksjoner innen Oslo universitetssykehus skal tydeliggjøres og styrkes
- konsentrere akuttkirurgi på færre, fortrinnsvis ett sted
- overkapasitet og uhenksommessig spredning av areal og bygninger innenfor nettopp lokal- og områdetjenester
- to nært beliggende sykehuslokalisasjoner, Aker og Ullevål, som begge hadde et bredt tilbud av slike tjenester, og med redusert pasientgrunnlag var det nødvendig å vurdere hvor det ville være mest hensiktsmessig å drive hvilken aktivitet i fremtiden.

Med dette utgangspunktet opprettet OUS sommeren 2009 Lokalsykehusprosjektet. Her diskuterte en primært to alternative modeller for framtidens lokal- og områdesykehus i OUS, og konstaterte at valget mellom disse også ville påvirke lokaliseringen av virksomheten. Prosjektet ga et klart råd som administrerende direktør og dernest styret for OUS sluttet seg til (sak 09/2010). Hovedpunktene i vedtaket er:

- a) Styret sluttet seg til konseptet om storbysykehus, dvs. ett sted (unntatt den del som går til Ahus) som både har lokalsykehusfunksjoner for OUS-området, og er ansvarlig for det meste av områdefunksjonene for Oslo sykehusområde.
- b) Virksomheten i et slikt storbysykehus, skal i størst mulig grad skal skje ett geografisk sted.
- c) Det presiseres at akutfunksjoner innen kirurgi, medisin og psykisk helse snarest mulig etter at Ahus har overtatt deler av opptaksområdet, samles på Ullevål.
- d) Styret forutsatte videre at premissene for et storbysykehus på Ullevål følges opp med planer for flyttinger og arealtilpasninger på kort, mellomlang og lengre sikt.

Retningslinjene fra dette vedtaket ble lagt til grunn for Aktivitets- og arealprosjektet våren 2010 (prosjektet hadde en egen rapport om innholdet i storbysykehuset (januar 2010). Anbefalingen fra dette prosjektet ble tatt til etterretning og forutsatt fulgt opp av styret. Temaet lokal/storbysykehus er senere direkte behandlet i styret. Definerings av områdefunksjoner i Oslo sykehusområde er for øvrig gjennomgått i Funksjonsdelingsprosjektet – et fellesprosjekt mellom Oslo sykehusene etter oppdrag fra HSØ (rapport juni 2010).

Det er videre et klart premiss å unngå at pasienter trekkes oppover på et høyere omsorgsnivå enn strengt tatt nødvendig. Dette er et gjennomgående premiss i hovedstadsprosessen, og nå også i Samhandlingsreformen. OUS kan påvirke dette gjennom funksjonsdelingen, organisering og arbeidsprosesser mellom virksomheten på Ullevål og ved RH. Det er også klare økonomiske aspekter ved å unngå å behandle pasienter på "høyere" nivå enn de strengt tatt trenger.

Storbysykehusfunksjonen på Ullevål

De sentrale hovedtrekkene i ideen med virksomheten i område- og lokalsykehuset på Ullevål (kalt Storbysykehuset i OUS styrevedtak) fremgår av de utredninger, premisser og vedtak som foreligger og kan oppsummeres slik:

- Det komplette sykehuset i bredde og dybde når det gjelder vanlige diagnoser og de store pasientgrupper som omfatter lokal- og områdefunksjoner (og i enkelte tilfeller også regionfunksjoner).
- Det komplette akuttstusykehuset både med hensyn til kirurgiske og indremedisinske funksjoner og med tilgang til nødvendig støtte innen billeddiagnostikk, laboratoriefag og patologi.
- Det tyngste utdanningsstedet for praktisk medisin og helsefag i Norge
- Det viktigste senter for klinisk forskning og translasjonsforskning på utbredte sykdommer og store pasientgrupper
- Kompetansesentrum for innovasjon, fagutvikling og kunnskapsformidling
- Samhandlingssykehus – planmessig utredning, forbygging i nært samspill med førstelinje i helsevesenet.

Strategiske problemstillinger for videre detaljering av Storbysykehuset på Ullevål

Innenfor rammen av denne ideen er det fremdeles en del uavklarte spørsmål. Disse spørsmålene er ikke minst knyttet til at det er flere uavklarte grensesnitt, dels mellom land- og regionsykehuset og lokal- og områdesykehuset, og dels mot kommunehelsetjenesten, blant annet:

1) Hvordan bygge opp under Storbysykehusets forutsetning for å kunne fungere som et komplett akuttstusykehus

Storbysykehuset på Ullevål vil være et av Norges største og viktigste steder for akuttmedisin. For å utforme denne delen av dette sykehusområdet i OUS, må disse spørsmålene tas opp:

- Lokalisering av Multitraume er en avgjørende strategisk faktor for dimensjonering av Storbysykehuset

Storbysykehuset som idé er ikke avhengig av lokalisering av multitraume, men dersom funksjonen forblir på Ullevål vil det vil forsterke OUS/Ullevål i rollen som landets mest komplette akuttstusykehus.

- Konsekvenser av Storbylegevakten på Ullevål.

Økt nærhet mellom sykehus og legevakt kan endre samvirke mellom dem – enten at en slik legevakt bidrar til å "stoppe" flere pasienter før innleggelse, eller motsatt at terskelen

blir mindre. En må tilrettelegge for det første, men til en viss grad være forberedt på det andre.

2) **Hva er hensiktsmessig dynamikk rundt regionale funksjoner mellom Ullevål og RH, og utvikling av dette**

Med hensyn til funksjonsfordeling er det utført en del arbeid allerede, men i forhold til mer detaljert utforming av storbysykehusfunksjonen på Ullevål, er det behov for å gå nærmere inn på disse spørsmålene:

- Fornuften i å løsrive regionfunksjoner innen indremedisin og enkelte andre fag- og behandlingsområder: Innen en del fag- og behandlingsområder er det en kan kalle regionfunksjon relativt få tilfeller, og det å bli god til å identifisere og behandle disse pasientene kan samtidig være avhengig av at en har et stort antall mer vanlige pasienter. I disse tilfellene er det ikke nødvendigvis klokt å trekke regionfunksjon vekk fra det stedet som har lokal- og områdepasienter og legge dem sammen med andre pasientgrupper på RH.
- Hvordan sikre kritisk pasientmasse for regionfunksjonene ved RH? Et argument for arbeidsdeling og lokalisering har vært at regionfunksjoner trenger virksomhet ut over det spesielle for å kunne drifte rasjonelt. Bak dette ligger to momenter. Det ene handler om å fylle opp arbeidskapasiteten ved regionsykehuset. Det andre handler om å opprettholde en variert tilgang på arbeidsoppgaver for de som arbeider der. Det første kan være et reelt argument selv om faren kan være at pasienter trekkes opp på et høyere og mer kostbart omsorgsnivå enn nødvendig, mens det andre bør kunne løses ved at de som arbeider ved RH også kan tjenestegjøre ved Ullevål.
- Hvordan skal en over tid sikre en dynamisk desentralisering av virksomhet som utvikles på lands- og regionsykehuset, og hvordan skal det også komme til uttrykk i forhold til lokal- og områdesykehusfunksjonen i OUS? Vi vet at på mange områder bidrar teknologiske endringer, kompetanseutvikling og kostnadsutvikling til at behandlinger som bare er gjort ett eller få steder, flyttes ut og kan desentraliseres. Fordi nye, kostbare og mer avanserte behandlinger hele tiden kommer til, blir det viktig å ha mekanismer som sikrer at mulighetsrommet for slik desentralisering hele tida utnyttes. Det må gjenspeile seg også i dynamikken i arbeidsdeling mellom virksomheten ved RH og Ullevål innen Oslo universitetssykehus.

3) **Forutsetninger for å ha et sterkt områdesykehus innen indremedisin:**

OUS er trolig landets mest komplette sykehus innen indremedisin. Dette er viktig både for å opprettholde rollen som kunnskaps nav og for å kunne fylle rollen vi har i utdannings- og forskningssammenheng. Men forutsetningen for å fylle en slik rolle innen indremedisin er at avklaring og behandling av sjeldnere og mer spesielle tilstander er en integrert del av en virksomhet med betydelig innslag av lokalsykehuspasienter. Det er derfor ingen god løsning at en bygger framtidige arealbehov for OUS på et mindre lokalsykehusgrunnlag enn i dag.

4) **Hvordan håndtere utvikling av arbeidsdeling i pasientforløpene for Oslo pasienter?**

Det har vært en utvikling i retning av at pasienter som undersøkes og behandles ved lands- og regionsykehuset (RH og Radiumhospitalet) stadig raskere sendes til lokal- og områdesykehus for videre oppfølging. Vi må avklare hvordan vi skal håndtere denne utviklingen i forholdet mellom lands- og regionsykehus og lokal- og områdesykehus innad i OUS. Skal vi dimensjonere for at Oslo sykehusområdes egne pasienter skal få bli liggende lenger ved lands- og regionsykehuset eller at disse lik som pasienter fra andre sykehusområder, flyttes over på lokalsykehuset, dvs. Ullevål (evt. Aker – se eget punkt om Aker).

5) **Konsekvenser av samhandlingsreformen.**

Denne reformen vil kreve betydelig av sykehuset med hensyn til å bidra til å bygge opp kompetanse, prosedyrer og systemer i kommunehelsetjenesten. I Oslo vil disse forventningene ikke minst rette seg mot virksomheten i lokal- og områdesykehusfunksjonen (til

en viss grad, men bare til en viss grad, kan dette møtes ved etablering av Samhandlingsarena Aker). Hensikten er å flytte mer behandling over på kommunalt nivå, men samtidig er det en sjanse for at økt kunnskap ute også kan føre til økt etterspørsel etter både faglig støtte og pasientrettede sykehustjenester.

Ideen om en felles "Campus Oslo" (se senere) vil kunne være en styrke i forhold til å finne gode svar på flere av disse problemstillingene. For selv om en ser all virksomhet i akse Rikshospitalet/Ullevål i sammenheng, vil en måtte finne noen helhetlige ideer for den virksomheten innen akse som ligger fysisk tett på hverandre – enten på Ullevål eller Rikshospitalet.

Bygningsmessige konsekvenser av utvikling og samling av storbysykehusfunksjoner på Ullevål

Innenfor dagens bygningsmessige rammer på Ullevål vil det være store utfordringer både med hensyn til pasientforløp, fagutvikling, forskning utdanning og effektiv drift. Flere forhold bidrar til denne konklusjonen:

- Stort behov for langt mer rasjonelle og framtidsrettede løsninger for lokal- og områdesykehusfunksjonene ved Ullevål

En stor del av dagens arealer på Ullevål har store begrensninger i forhold til å kunne utvikle mer rasjonell drift både innen avdelinger, men ikke minst på tvers av dem. De er dessuten av en slik karakter at det er små muligheter for bygningsmessige justeringer som bøter på dette. Ny bygningsmasse kan gi betydelige effekter med hensyn til:

- mer effektiv arealutnyttelse innen alle funksjonsområder,
 - mer fleksibel arealutnyttelse, mer rasjonell beliggenhet av ulike fag og funksjoner i forhold til hverandre,
 - bygninger som langt mer enn i dag tilrettelegger for dagens og framtidens teknologiske muligheter,
 - lokaler som langt mer enn i dag kan møte brukernes forventninger og behov,
 - lokaler som er langt mer egnet til å møte utfordringer og krav til behandlingskvalitet, pasientsikkerhet og samhandlingsaktiviteter.
- Svært stor andel i en slitt bygningsmasse
 - Det er en risiko i seg selv å fortsette drift over lengre tid i en de lav de bygninger en nå driver i på Ullevål. Risiko handler både om fare for store vedlikeholdskostnader og fare for at de ikke vil holde mål i forhold til krav til pasientsikkerhet og arbeidsmiljø (ref. Arbeidstilsynets pålegg).

Vurdering og anbefaling

Det bør startes et strategisk arbeid som på en klarere måte tegner bildet av lokal- og områdefunksjonen på Ullevål. Dette arbeidet bør gjennomføres i forbindelse med en idéfase for nytt pasientbygg i 2012, og det bør også trekke inn arbeidet med Storbylegevakt og utvikling av psykisk helse og avhengighet. Indremedisin vil på grunn utvikling i demografi forventes å vokse også i forhold til kirurgiske spesialiteter og bør ha en førende rolle i utviklingen av storbysykehusfunksjonen på Ullevål.

4.8 Strategiske avklaringer 6: psykisk helse og avhengighet (PHA)

Styrevedtak 108/2008 i HSØ har vært et styrende premiss for arbeidet med lokalisering og utvikling av PHA, og man har således i idéfase psykisk helse og avhengighet kun arbeidet med scenarier der regionsfunksjoner fra Dikemark og Ullevål samles på Gaustad. Idéfase viser ulike alternativer der plassering av regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst, Psykiatrisk avdeling for personer med utviklingshemming/autisme (PPU) og Avdeling for spesialisert døgnbehandling (ASD), sikkerhetsenhetene (SPE A og B) er på Gaustad.

Idéfase somatikk ble planlagt ut fra et vedtak om bare å utrede nybygg på Gaustad/Rikshospitalet, men som en del av arbeidet med Arealutviklingsplan 2025 kom det tidlig fram at man også må inkludere de andre lokalisasjonene i en slik vurdering. En lignende utviding av perspektiv har ikke vært gjort med idéfase for PHA, men vurderes som en del av Arealutviklingsplan 2025 før konseptfase for PHA igangsettes.

Det presiseres at arbeidet med idéfase PHA uansett har vært nyttig, selv om man endrer overordnede premisser for lokalisering. De tre spesialiserte enhetene man har fokusert

på vil kreve noenlunde samme fysiske løsninger uansett hvor de lokaliseres, og synergiene ved å samlokalisere dem vil være de samme.

Konkret vil dette bety at man også vurderer forslaget under:

- Er det fysisk mulig – og ønskelig – å samlokalisere all aktivitet i PHA (utenom DPS) på Ullevål?
 - Fordelene ved dette kan være: Full faglig samling av PHA, samt at det tillater at Gaustad sykehus frigjøres til andre formål (bygningene er i svært liten grad egnet til å drive sykehus, og kombinasjonen av fredning og stort bygningsmessig oppgraderingsbehov vil være en betydelig økonomisk belastning for Oslo universitetssykehus som i dag er Norges største eier av verne- de bygninger). Samtidig er det et ønske om å knytte PHA og somatikk tettere sammen, noe som videre utvikling av Ullevål som lokal/område og akuttssykehus vil tjene på.
 - Ulempene er primært knyttet til de krevende utfordringene knyttet til å samle alle de forsterkede plassene inne på Ullevåls område.

Anbefaling: de forslag til løsning for PHA som fremkommer i rapport for idéfase psykisk helse og avhengighet, bør vurderes sammen med alternative utviklingsmodeller for somatikk i et helhetsperspektiv. Det vurderes som mest realistisk at forsterkede plasser fra Dikemark og langtids avhengighetsbehandling samles på Gaustad, mens resten av virksomheten (utenom DPS) samles på Ullevål. DPS inkl BUP poliklinikker samles på to steder (Mortensrud og Aker/Sinsen). Det bør raskt vurderes om det er fornuftig med en felles løsning for forsterkede plasser f.eks. for Ahus, Vestre Viken og OUS.

4.9 Strategiske avklaringer 7: Videre utvikling av Aker og håndtering av gjenværende klinisk aktivitet

Konsekvensen av overføring av opptaksområdene Follo og Alna til Ahus og OUS styrets vedtak om å utvikle lokalsykehusfunksjonen i OUS innenfor rammen av ideen om storby-sykehuset (bl.a. samling av lokal- og områdefunksjoner), ble at sykehusfunksjonene ved Aker sykehus skulle bygges ned. Nedbygging av akuttfunksjoner og størstedelen av døgnvirksomheten er i den forbindelse gitt prioritet. I løpet av våren 2011 ble det klart at det neppe er mulig å flytte alle sykehusfunksjoner som ønsket fra Aker før det finnes nybygde arealer på Ullevål. Det ble også klart at en koordinert nedbygging av døgnvirksomheten er ønskelig av driftsmessige hensyn, det vil si at planlagt utflytting vil skje relativt samtidig, tidspunktet er imidlertid ikke endelig avklart. Akuttfunksjoner søkes flyttet ut så snart som mulig. Koordineringen av videre utflytting og samtidig utnyttelse av Aker innen rammen av ny funksjonsdeling ble sommeren 2011 lagt til et nytt prosjekt kalt Prosjekt helsearena Aker.

Parallelt med arbeidet med planlegging av utflytting av akutt og størstedelen av døgnvirksomheten fra Aker begynte man høsten 2010 en prosess for å se på bruk av Aker til andre sykehusformål (eks samling av visse deler av rehabilitering, dagkirurgi og DPS-funksjon). Denne prosessen endte med et ønske om å definere Aker som en arena der det skal utvikles samhandlingsrettede, byovergrepene helsetilbud for Oslo befolkning. På forsommeren 2011 førte dette til at Helse Sør-Øst RH og Oslo kommune nedsatte et felles prosjekt, Prosjekt Samhandlingsarena Aker. OUS fikk her i oppgave å koordinere Oslo-sykehusenes interesser inn i dette prosjektet. Prosjekt Helsearena Aker har også fått i oppgave å samordne sykehusets egen ut- og innflytting på Aker med behovene som kommer opp i fellesprosjektet med kommunen. Samtidig skal Prosjekt Helsearena Aker ivareta sykehuset interesser i en aktiv utnyttelse av de muligheter for samhandling og avlastning som kan ligge i å være en partner i Samhandlingsarena Aker (eks. intermedisærfunksjoner og forebyggende virksomhet).

Skisserte målsetningen for Samhandlingsarena Aker er:

- etablere og utvikle felleskapsarena der eksisterende helsevirksomhet samhandler på en måte som gir en økt merverdi for byens befolkning
- utvikle og etablere nye helsetilbud til byens befolkning
- møte fremtidens helseutfordringer med nyskapende forsknings- og læringsmiljøer, utviklet i felleskap mellom sykehusene og kommunen

- være en arena der alle parter, lokal-/områdesykehusene, etatene og bydelene bidrar aktivt i utviklingen

Oppsummert planlegger OUS slik:

- All akuttvirksomhet og sengevirksomhet som krever døgnberedskap flyttes til Ullevål (eventuelt også til Rikshospitalet) så raskt som mulig.
- OUS fortsetter å drive, og til dels samler noe sykehusvirksomhet som ikke er avhengig av akutt og døgnberedskap på Aker inntil egnede bygg er tilgjengelig på Ullevål.
- OUS utnytter dessuten Aker til å samle intermediærvirksomhet og annen virksomhet som dels ligger nær opp til det kommunale ansvaret og kommunale deler av pasientforløpene og dels kan bidra til å virkeliggjøre ambisjoner i Samhandlingsreformen.
- OUS tilrettelegger for at Oslo kommune og evt. andre partnere i Oslo kan drive virksomhet på Aker innenfor rammen som gis av tilgjengelig areal og av ideen med Samhandlingsarena Aker.
- Det forventes at det samlede framtidige tilbudet på Aker vil bidra til å redusere kapasitetsbehovet en ellers ville hatt andre steder i Oslo universitetssykehus. Det planlegges 100 senger i helsearena Aker, og de er tatt hensyn til på følgende måte: kapasitet i nytt klinikkbygg på Ullevål er redusert med 50 senger, mens de resterende 50 forventes å inngå i kapasitetsberegningene på Radiumhospitalet og Rikshospitalet.⁶

Det gjøres spesielt oppmerksom på at estimert investeringsbehov for Aker/helsearena Aker ikke er tatt med i arealutviklingsplanen. Dette skyldes dels at arbeidet med å definere innhold og samarbeidsform ble startet nesten et år etter arealutviklingsplanen og dermed ikke har kommet så langt, men kanskje i hovedsak at det gjenstår noen prinsipielle avgjørelser før et investeringsbehov kan defineres; hvordan skal bygningsmassen på Aker utvikles, hvem skal eie hvilke deler og hvem skal stå for investeringene. Det arbeides nå med eiendomssiden av dette parallelt med at det faglige innholdet defineres.

4.10 Strategiske avklaringer 8: Effekt av samhandlingsreformen

Det er per i dag vanskelig å kvantifisere en kommende effekt av samhandlingsreformen. Nedenfor summeres status og de data som gir indikasjoner på ventet effekt.

Samhandlingsreformen - status

08.04.11 la regjeringen frem forslag til lov om folkehelsearbeid, forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og stortingsmeldingen om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Her er et sammendrag av regjeringens ambisjon:

Nasjonal helse- og omsorgsplan legger den politiske kursen for de neste fire årene. Planen inneholder juridiske, økonomiske, organisatoriske og faglige grep som skal til for å sette samhandlingsreformen ut i livet, og ruste helse- og omsorgstjenesten for fremtiden.

Regjeringen vil videreutvikle en helse- og omsorgstjeneste som er blant verdens aller beste. Samhandlingsreformen innebærer målrettet satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. En større del av helsetjenestene skal leveres i kommunene.

Det skal lønne seg å bygge opp tjenester der folk bor og behandle sykdom så tidlig som mulig. Kommunene vil få flere oppgaver, og de vil få midler til å utføre dem.

Regjeringen vil foreslå at fem milliarder kroner flyttes fra staten til kommunene.

Forebygging er en viktig del av samhandlingsreformen. Folkehelseloven skal sikre at samfunnet fremmer helse, forebygger sykdom og utjevner sosiale helseforskjeller.

Med den nye loven om kommunale helse- og omsorgstjenester får kommunene og sykehusene plikt til å inngå samarbeidsavtaler.

⁶ 50 sengeplasser er trukket ut av nytt klinikkbygg på Ullevål for å korrigere for dette. Øvrige korrigeringer ift kapasiteten på Radiumhospitalet og Rikshospitalet er ikke foretatt, og må skje i den neste planfasen (da vil også profilen for Helsearena Aker være mer utviklet).

Avtalene skal forhindre at pasienter blir liggende på sykehus fordi hjemkommunen ikke har noe tilbud til dem. Samarbeidsavtalene skal legge til rette for at pasientene behandles i kommunene hvis de der får et like godt eller bedre tilbud som på sykehus.

Bedre samhandling mellom kommuner og sykehus, og bedre samarbeid mellom sykehus skal bidra til bedre og raskere behandling. Kvalitet skal være i fokus. Lokalsykehusene skal ha en viktig rolle i det nære helsetilbudet, særlig for de som trenger helsetjenester ofte, og flere tjenester må tilbys i pasientens nærmiljø. Ny teknologi og nye metoder krever samtidig ytterligere spesialisering. For å sikre god og riktig kompetanse vil det bygges sterke fagmiljøer.

Finansiering

Om finansiering framkommer bl.a. følgende fra regjeringens dokumenter:

Kommunene vil få flere oppgaver og midler til å utføre dem. Regjeringen vil for neste år foreslå å flytte fem milliarder kroner fra staten til kommunene for å dekke kommunenes utgifter til sykehusbehandling og til å bygge opp tilbud for utskrivningsklare pasienter.

Det skal lønne seg for kommunene å forebygge sykdom og bygge opp egne tilbud. Derfor tar vi nå flere grep, sier helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Kommunal medfinansiering: Kommunene skal betale en del av regningen når innbyggerne legges inn på sykehus. Når kommunene er med på å betale for innleggelsene vil det føre til at de blir mer bevisste på viktigheten av å fremme helse og forebygge sykdom. Målet med kommunal medfinansiering er å få kommunene til å ta større ansvar for innbyggernes helse. De vil få overført midler i størrelsesordenen 4,2 milliarder kroner fra sykehusene til å betale sin del av sykehusregningen.

Utskrivningsklare pasienter: For mange utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus og vente fordi kommunen deres ikke har et tilbud til dem. Det er ikke bra for pasientene og det er kostbart for fellesskapet. Kommunene overtar ansvaret for utskrivningsklare pasienter på sykehus fra første dag. De får overført rundt 560 millioner kroner fra sykehusene til å etablere tilbud for disse pasientene.

Spleiselag: Krav om at sykehus og kommuner skal undersøke muligheter for å lage "spleiselag" – lokale samarbeidsprosjekter som kan erstatte behandling på sykehus.

Rammene styrkes: Kommunenes økonomiske rammer skal styrkes. En større del av veksten i helsebudsjettene skal komme i kommunene i årene fremover.

Øyeblikkelig hjelp i kommunen: Kommunene får plikt til å etablere tilbud med øyeblikkelig hjelp og døgntilbud for pasienter som har behov for behandling eller observasjon. Plikten skal fases inn i perioden 2012-2015. Tilbudene skal fullfinansieres. For 2012 vil dette beløpe seg til om lag 260 millioner kroner. Flere kommuner har allerede i dag etablert døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Blant dem er Fosen distriktsmedisinske senter. Tilbudet ved senteret har blant annet vært til nytte for KOLS-pasienter som ikke er så dårlige at de må legges inn på sykehus, men som likevel trenger hjelp og oppfølging. I statsbudsjettet for i år økte regjeringen satsingen på samhandling med ytterligere 200 millioner kroner til totalt 580 millioner kroner. Dette inkluderer midler til forebygging i kommunene.

Forventet effekt på sykehuskapasiteten

Det foreligger ikke noe helt konkret om hva som er forventet effekt på sykehuskapasiteten av Samhandlingsreformen. I arbeidet med Nye Molde sjukehus ble det gjort en analyse for å se på effekten i de områder i landet der man har gjennomført modeller som er nær opp til det som forventes i Samhandlingsreformen. Der kom det fram følgende:

Referanse knyttet til sykestuemodellen i Finnmark er benyttet
 Referanse til "Sonjatun-kommunene" knyttet til UNN-området (Narvik sykehus)
 Referanse til Ørlandet og Fosen-kommunene
 Referanse til "Ål Sjukestugu" i Hallingdal.

Disse enhetene er valgt ut fordi de uttrykker en praksis retning av det som samhandlingsreformen peker på med forsterkede enheter som skal avlaste sykehusene, og aktive samarbeidsmodeller mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten for å få fram disse effektene.

Sonjatun helsesenter

Dette er et helsesenter etablert som et samhandlingstiltak mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for kommunene Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa og Kvæangen. Sonjatun har tjenester som radiologi, sykestue, observasjonsplasser og rehabiliteringsplasser.

Disse kommunene hadde i 2008 et gjennomsnittlig forbruk av liggedager i somatiske sykehus på 663 per 1000 innbygger per år, mens gjennomsnittet for hele UNN-området var 898. Dvs. at de lå på 74 % av gjennomsnittsforkbruket i dette området. Dersom disse tallene tolkes bokstavelig, indikerer de at opp til 25 % av behovet for liggedøgn i sykehus kan dekkes dersom enheter tilsvarende Sonjatun etableres. Det er imidlertid grunn til å tolke tallene med forsiktighet. De indikerer imidlertid at man kan forvente redusert sykehusforbruk ved etablering av slike løsninger.

Sykestuemodellen i Finnmark

Finnmark har ca. 40 sykestueplasser som dekker de fleste kommuner utenom sykehusernes vertskommuner (Kirkenes og Hammerfest). Sykestuenes virksomhet sammenlignet med sykehusene er vist i tabellen nedenfor. Det er ikke mulig å vite om dette er innleggelser eller liggedager som uten sykestuene ville ha endt med sykehusinnleggelse. Men det er grunn til å anta at en del av virksomheten alternativt ville ført til opphold i sykehus. Det samme gjelder dagoppholdene.

Tallene fra Finnmark kan indikere at i størrelsesorden 5-15 % av virksomheten muligens kan dekkes opp gjennom sykestuedrift. Hvilken kvalitativ og kostnadmessig effekt dette har er ikke kjent.

Tabell 3. Sykehusvirksomhet sammenlignet med sykestuevirksomhet i Finnmark

| Sykestuevirksomhet i Finnmark | I sykestue | I sykehus | Totalt | Sykestue i % av total |
|-------------------------------|------------|-----------|--------|-----------------------|
| Liggedager per 1000 innb | 145 | 949 | 1094 | 13 |
| Døgnoophold per 1000 innb | 19 | 212 | 231 | 8 |
| Dagopphold per 1000 innb | 19 | 104 | 123 | 15 |

Fosen DMS

Det er gjort en analyse for perioden 2002-2009 av forbruket av tjenester ved St. Olavs Hospital fra kommunene Ørland, Bjugn og Åfjord sammenlignet med Hitra, Frøya og Snillfjord⁷. Disse har til felles at de har sognet til Orkdal sykehus, og vært relativt sammenlignbare. Sammenligningen gjelder antall liggedøgn, sykehusopphold og DRG-poeng (for alle pasienter, pasienter over 70 år og pasienter med muskel- og skjelettlidelser)⁸. Dette materialet gir ikke grunnlag for å konkludere med at Fosen DMS har påvirket pasientstrømmen til St. Olavs Hospital.

Fosen DMS har 1-2 senger for prehospitaal observasjon. Innleggelse i disse sengene skjer av primærlege på vakt etter kriteriet at pasienten ellers ville blitt innlagt i sykehus men vurderes til å kunne observeres prehospitaalt når muligheten finnes. 70 % av disse pasientene sendes ikke videre til sykehus. De utskrives til direkte hjemmet eller til kommunal omsorg etter videokonferanse med relevant spesielt i St. Olav, Orkdal sykehus før beslutning.

⁷ Presentasjon utarbeidet av Helse Midt-Norge på oppdrag fra arbeidsgruppen for dimensjonering

⁸ Tall fra NIMES

Hallingdal sjukestugu

Hallingdal sjukestugu har ca. 4000 liggedager på årsbasis. Det er gjort en sammenligning mellom de kommuner i Ringerike sykehus sitt opptaksområde som sogner til Hallingdal sjukestugu (Flå, Gol, Hemsedal, Hol, Ål) og de øvrige kommunene i opptaksområdet (Hole, Jevnaker, Krødsherad, Modum, Nes Ringerike og Sigdal). Hovedtallene er slik som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 4. Sammenligning av sykehusforbruk i kommuner som sogner til Hallingdal sjukestugu og de som ikke gjør det i Ringerike sykehusområde

| Kommuner i opptaksområdet for Ringerike sykehus som sogner til Ål sjukestugu | | | | | | |
|--|---------------|----------------------|---------------|-------------------------|-----------------------|-------------------|
| Kommune | Liggedøgn | Gj.snitt liggetid | Befolkning | Liggedøgn /innbygger | Ant. inn- leggelse | Innl/1000 innb |
| Flå | 543 | 3,9 | 1 011 | 0,54 | 138 | 136 |
| Gol | 2 078 | 3,5 | 4 516 | 0,46 | 594 | 132 |
| Hemsedal | 474 | 2,9 | 1 995 | 0,24 | 163 | 82 |
| Hol | 1 516 | 3,4 | 4 430 | 0,34 | 445 | 100 |
| Ål | 1 736 | 3,2 | 4 640 | 0,37 | 537 | 116 |
| SUM | 6 347 | 3,4 | 16 592 | 0,38 | | 113 |
| Øvrige kommuner i opptaksområdet for Ringerike sykehus | | | | | | |
| Hole | 2 421 | 2,9 | 5 861 | 0,41 | 847 | 145 |
| Jevnaker | 3 245 | 2,4 | 6 251 | 0,52 | 1 379 | 221 |
| Krødsherad | 870 | 1,8 | 2 114 | 0,41 | 497 | 235 |
| Modum | 5 765 | 3,0 | 12 872 | 0,45 | 1 927 | 150 |
| Nes | 1 194 | 3,1 | 3 461 | 0,34 | 386 | 111 |
| Ringerike | 17 013 | 3,0 | 28 645 | 0,59 | 5 757 | 201 |
| Sigdal | 638 | 3,6 | 3 534 | 0,18 | 179 | 51 |
| SUM | 31 146 | 3,3 | 62 738 | 0,50 | | 185 |

Tallmaterialet viser i sum en vesentlig forskjell både i liggedager per innbygger (24 % lavere i "sjukestugu-kommunene") og innleggelse per 1000 innbyggere (39 % lavere i "sjukestugu-kommunene"). Men dette er gjennomsnittstall som inneholder sykehusets vertskommune i gruppen "øvrige kommuner" (Ringerike). Det er en kjent sak at vertskommunene for et sykehus har høyere forbruk av sykehusets tjenester enn øvrige kommuner. Derfor bør denne analysen følsomhetstestes ved å ta ut Ringerike. Når dette gjøres minsker forskjellene til hhv 7 % (liggedager) og 26 % (innleggelse). Det kan også være feilkilder i form av behovsindikatorer og bruk av andre sykehus, som skaper noe usikkerhet i fortolkningen av tallene. Men samlet sett indikerer tallene at "sjukestugu-kommunene" bruker sitt sykehus noe mindre enn de øvrige kommunene.

Anvendelse av disse effektene

Oppsummert gir tallene ovenfor følgende bilde i form av reduserte liggedager i sykehus som følge av sykestuer/ DMS-enheter:

| | |
|-----------------------|--------------------------|
| Sonjatun | 25 % |
| Finnmark - sykestuer | 13 % |
| Fosen | Ingen dokumentert effekt |
| Hallingdal sjukestugu | 7 % |

Tallene er ikke direkte overførbare av flere grunner. Avstandene til sykehus langt større i Nord-Troms og Finnmark, det reduserer innleggesrate i sykehus fra kommuner i ytterkantene. Dette gir derfor ikke noe entydig grunnlag for å konkludere med en forventet effekt andre steder. Men det gir en indikasjon på at det bør være mulig å oppnå en effekt, og at denne bør kunne være i størrelsesorden rundt 10-15 %.

Størrelsesorden gjelder den delen av OUS som omfatter lokal- og områdefunksjoner. Ikke den delen som omfatter lands- og regionfunksjoner. Det er derfor naturlig å anbefale at denne effekten bare gjøres gjeldende for "Ullevål-delen" av somatisk virksomhet. Innenfor psykisk helse og avhengighet forutsetter overføringene til DPS-nivå at DPSene kan over-

føre noe videre til kommunen. Dette er ikke konkretisert så langt, men prinsipielt lagt til grunn ved dimensjonering av DPSene.

Anbefaling

I dimensjoneringen av OUS legges det til grunn at Samhandlingsreformen kan redusere kapasitetsbehovet knyttet til lokal- og områdefunksjoner (i praksis virksomheten ved Ullevål) med i størrelsesorden rundt 10-15 %.

4.11 Strategiske avklaringer 9: Viktige dimensjoneringsfaktorer

Arealbehovet for Oslo universitetssykehus i 2025 beregnes gjennom at nåværende aktivitet først framskrives demografisk. Deretter legges det inn eventuelle korrigeringer for særskilte epidemiologiske forhold og ulike omstillingsfaktorer. Dette er beskrevet i kapittel 6.7.2-6.7.3. Dette er de viktigste faktorene som Oslo universitetssykehus så langt har lagt til grunn:

Epidemiologi:

Det er lagt inn korrigering på to konkrete områder:

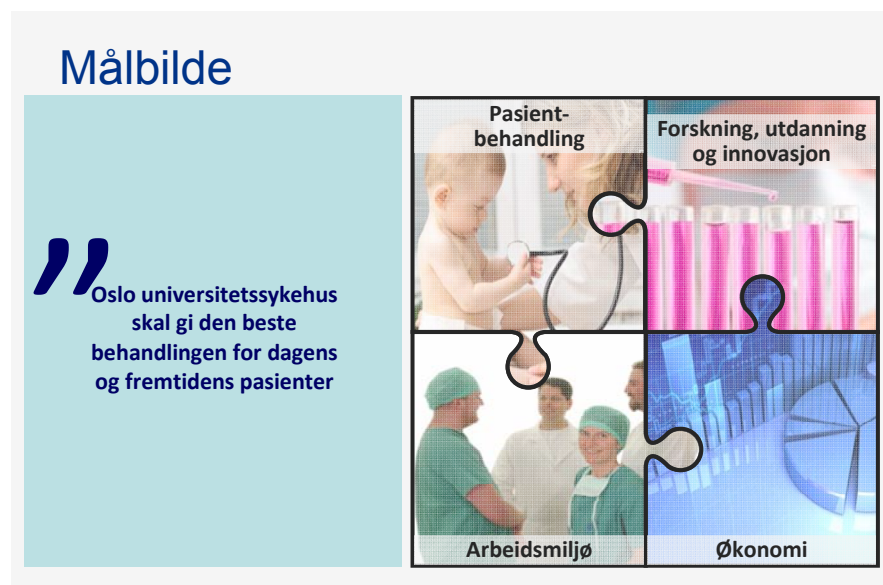
- Kreftbehandling (økning 0,7 % per år ut over den demografiske effekten, dvs. ca 10 % per aldersstandardisert befolkning)
- Dialysebehandling (fordobling).

Det er flere fagområder der slike korrigeringer er aktuell, for eksempel vil hjerneslag, KOLS og diabetes være tunge diagnosegrupper de nærmeste årene, og der i alle fall diabetes øker i forekomst.

De omstillingsfaktorene som er lagt inn er følgende:

- Fra døgn til dagbehandling for elektive mottak (en andel av 0-2 døgn oppholdene flyttes over til dagbehandling, definert ut fra pasientgrunnlag fra: Aker 75 %, US 50 %, DnR/RH 40 %).
- Overgang fra ordinær innleggelse til observasjon/korttid for akutte pasienter (ca. 70 obs/korttidssenger).
- Mer bruk av pasienthotell (god bruk i dag, planlagt kapasitetsøkning)
- Generell reduksjon i liggetiden på 20 % for pasienter fra US og Aker og 10 % for RH og DnR i perioden (dette gjelder i forhold til den liggetiden den nye pasientmiksen vil ha etter øvrige tiltak).
- For psykisk helse og avhengighet er det lagt inn 10 % reduksjon i liggedager etter demografisk framskrivning, samt overføring av 10 døgnplasser fra "forsterkede plasser psykiatri" til DPS.
- For forskning og utdanning er det ikke lagt inn noen tilsvarende omstillingsfaktorer. Antall forskere er forutsatt økt med 5 % i perioden.
- Samhandlingsreformen: Rundt 10-15 % redusert kapasitet/liggetid for Ullevål sin pasientpopulasjon innen 2025. For RH og DnR, rundt 5 % reduksjon for pasienter, liggedager, dagbehandling og poliklinikk som følge av nærmere samspill mellom lands-/regionssykehus og område/lokalsykehus.
- Bemanning: Det er lagt til grunn at bemanningen følger aktivitetsutviklingen, men korrigert for en årlig effektivisering på knapt 1 %, dvs. 10 % over hele perioden. Dette betyr en reduksjon på 9 % fra 2009 (dvs. før Ahus og VVHF-pasientene ble trukket ut) til 2025. Bemanningstallene benyttes i denne sammenheng bare som grunnlag for å dimensjonere kontorareal, garderobe og kantinefunksjoner.

4.12 Strategiske avklaringer 11:Trender for den framtidige helsetjeneste applisert på OUS – ambisjoner for morgendagens Oslo universitetssykehus



Figur 18. Målbilde

Oslo universitetssykehus har ikke gjennomført noe komplett strategiarbeid. Et målbilde om å gi dagens og fremtidens pasienter den beste behandling, er utviklet fra fire elementer som beskrevet i bildet over der alle er nødvendige forutsetninger for å lykkes

Et nøkkelspørsmål knytter seg til skalering. Er det riktig å anta at Oslo universitetssykehus i 2025 vil være omtrent like stort som det er i dag? OUS mener det, men den viktigste delen av denne setningen er kanskje "omtrent". Omtrent betyr at ingen vet med sikkerhet. Usikkerheten knytter seg i størst grad til om det er riktig at vi ikke skal bli større, i mindre grad om Oslo universitetssykehus blir for stort i 2025.

Det finnes ingen måte å beregne seg frem til riktig svar. Usikkerheten ivaretas best ved at vi utvikler en fleksibel bygningsmasse der størst mulig grad av standardisering åpner for at arealene vil være hensiktsmessige uansett hvilken aktivitet som drives i dem. Samtidig må det være plass for videre utvikling, inkludert nybygg, når denne planperioden er fullført. En av utfordringene her blir å få til en omregulering av Rikshospitalet slik at også dette området tillater videre utvikling.

Ambisjoner

Oslo universitetssykehus har som sin ambisjon å leve opp til vår egen og andres forventning om at OUS skal være navet i fagutvikling, forskning, innovasjon og utdanning i regionen og til dels nasjonalt. Det handler i mindre grad om bygg enn om tankesett og arbeidsmåte. Ledergruppen ved OUS tror at omstillingene OUS går gjennom etter hvert vil hjelpe OUS å nå dette målet. Den samme type nettverk som etableres internt i OUS virksomhet vil samtidig være viktige redskap for å arbeide bedre med alle aktørene rundt helseforetaket. Det ligger et stort potensial for hele norsk helsevesen i å jobbe bedre i nettverk og på tvers, og OUS har et særlig ansvar her. Sykehuset bør ha en rolle som utviklingslaboratorium for norsk helsevesen, altså et sted der nye metoder og behandlinger prøves ut og valideres. Den dagen Oslo universitetssykehus i tillegg er kjent for villig å dele sin kunnskap er et viktig mål nådd.

Campus Oslo

OUS' tankesett og arbeidsmåte vil altså være viktigere enn bygg, men i bygg ligger også en betydelig mulighet for utvikling i Oslo-regionen. Gjennom oppfylging av styrevedtak 108 i HSØ med dets premisser om samling i funksjonell bygningsmasse og OUS' nærhet til Universitetet i Oslo og Høgskolene ligger en vesentlig utviklingsmulighet.

Universitetet i Oslo satser på utvikling av livsvitenskap og planlegger sitt største byggeprosjekt noensinne med et "lifescience" bygg på om lag 60.000 kvm rett ved siden av Rikshospitalet. Ved å forstå området mellom Ullevål og Rikshospitalet som en felles campus med universitetet, definerer man et tyngdepunkt i nasjonal og internasjonal livsvitenskap. Her finnes 30.000 ansatte, 30.000 studenter, 3500 doktorgradstudenter, 5000 vitenskapelige ansatte, vårt eget kommersialiseringselskap inven2 og 170 teknologibedrifter i Forskningsparken – alt innenfor 2 km avstand.

Når Oslo universitetssykehus skal utvikles videre frem mot 2025, vil et felles perspektiv og nært samarbeid med Universitetet i Oslo være sentralt. Det bør åpenbart også omfatte en vurdering av felles utvikling av bygningsmasse. Samarbeid med Høyskolene er på samme måte en forutsetning for å sikre at vi sammen utdanner og utvikler de ansatte morgendagens helsevesen vil trenge.

Et Campus Oslo har også betydning for hvordan vi utvikler Oslo universitetssykehus. I en slik modell vil det være noe større fleksibilitet med hensyn på hvor et behandlingstilbud er lokalisert kombinert med en klar forventning om at personale som arbeider her vil kunne flytte seg innenfor Campus etter sykehusets behov. Slik vil man kunne adressere en av de største utfordringene ved å utvikle et rent lands- og regionssykehus på Rikshospitalet; behovet for at det personalet som håndterer det sjeldne har tilgang på en rimelig mengde av det alminnelige. Til nå har vi forsøkt løse det ved å flytte med en bit vanlig aktivitet – det betyr at belastningen på Rikshospitalet blir arealmessig uforholdsmessig stor hver gang noe flyttes. I et Campus Oslo vil man kunne finne nye måter å løse dette på – men en forutsetning vil være at personalet arbeider på tvers. Det betyr ikke at man skal ha sitt daglige virke på to steder, men at tjenesteplaner legger opp til rotasjon.

4.13 Utviklingstrekk ved medisinsk teknologi

I dette avsnittet beskrives noen detaljer med hensyn til utfordringene knyttet til den raske og til dels uforutsigelige utviklingstakten i medisinsk teknologi. Utviklingstakten er raskere enn de levetider som ligger til grunn for de regnskapsmessige avskrivningene av kapitalkostnadene. Det er to hovedutfordringer ved planlegging av fremtidige reinvesteringer (og også nyinvesteringer) i medisinsk teknisk utstyr (MTU) i helseforetakene:

- Å se de generelle utviklingstrekkene og den store utviklingstakten innen medisinsk teknologi og tilgjengelige metoder for å satse på "riktig" teknologi
- Å skaffe det finansielle grunnlaget for investeringene

4.13.1 Teknologikutviklingen

Det har vist seg svært vanskelig å fremskrive og å forutsi eksakt hvilke trender og utviklingstrekk som preger den medisinske utvikling selv over en horisont på bare 3 – 7 år. Faktisk skjer det ofte brudd og knekk i mange utviklingstrender fordi overraskende teknologiske oppdagelser endrer premisene. Et klassisk norsk eksempel som illustrerer vanskelighetene med å forutse nyttig teknologi er Lønning-utvalgets beskrivelse i 1986 («Lønning-I») av hvilken påstått marginal nytte MRI ville medføre for bare små og sjeldne diagnosegrupper⁹. Utvalgets mandat var å finne støtte for prioriteringer av ulike sykdommer og dermed teknologier, og feilet fundamentalt med hensyn til å se hva som i nær fremtid ville bli rådende teknologi.

Rådet for Medisinsk forskning (RMF) under NAVF forsøkte i 1980-årene å gjennomføre en analyse av trender for å beskrive fremtidens medisin i et 10 års perspektiv. I en retrospektiv analyse 10 år senere viste Piene¹⁰ at nesten ingen av rapportens konklusjoner om den medisinske og teknologiske utvikling viste seg å finne sted som antatt. I første rekke ble implementeringshastigheten av introduksjon av ny, kjent teknologi feilbedømt. Noe av det mest påfallende var at ingen av de norske medisinske fagspesialistene som uttalte seg i midten av 1980-årene, forutså hvilken betydning IT-utviklingen ville få.

⁹ Forskjellige begreper benyttes synonymt: MRI - magnetic resonance imaging eller bare MR, og MRT - magnetisk resonans tomografi.

¹⁰ Piene H. Kan vår medisinsk-teknologiske fremtid forutsees? Helse Medisin Teknikk 5, 1994: 14-16.

Investeringer og reinvesteringer skal anskaffe både ny, men kjent teknologi – og ny, ukjent teknologi (ikke oppfunnet). I en utredning fra Helse Sør om økonomisk handlingsrom kommenteres dette slik på utredningens side 48, sitat:

«Både den jevne utviklingen (løpende gjenanskaffelse) og den disruptive utviklingen (førstegangsanskaffelser som følge av teknologisk og medisinsk utvikling eller nye behov, samt utskiftning av særskilt kostnadskrevende utstyr) må ivaretas. Det er viktig å være oppmerksom på at tilnærmet samtidig anskaffelse av særskilt kostnadskrevende utstyr fører til tilnærmet samtidig behov for utskiftning, og dermed topper i investeringsbehovet.»

Noen hovedtrekk i den medisinske teknologiske utviklingen er nå:

- Analog bildediagnostikk avløses av digitale bilder med stadig bedre oppløsning og kortere opptakstid. Tradisjonell anatomisk avbildning suppleres med biologisk, funksjonell og "molekylær" avbildning. Rask digital bildebehandling og stor regnekraft skaper nye måter for visualisering og bildeframstilling med informasjonsverdi. IKT-utviklingen er allment kjent svært rask.
- Genteknologi og molekylærbiologi gir grunnlag for ny behandlingsteknologi og diagnostiske prosedyrer og utrustning. Biosensor teknologi muliggjør nye diagnostikkmetoder. Utviklingen er svært rask og har mange overraskelser.
- Diagnostikk og behandling, kirurgi inkludert, skjer mindre invasivt og mer minimal- eller noninvasivt. Robotisert kirurgi vil spille en større rolle. Teknologier smelter sammen - konvergens. Dette fører til økende tverrfaglig integrasjon og at de tradisjonelle medisinske grenspesialitetene endrer karakter. Ett eksempel: de siste årene viste det seg at nye generasjoner 2-rørs CT med høy rotasjons hastighet og mange snittplan gir et endret grunnlag for hjertediagnostikk i en medisinsk avdeling ved at iskemiske områder i hjertet (dvs. områder med dårlig oksygenering) kan avbildes direkte. Dette kan dramatisk redusere behovet for medisinske observasjonsposter – det kan spissformulert sagt simpelthen «lønne seg» å erstatte sengposter med et CT-rom; liggetid elimineres og pasientflyten øker.
- Ny materialteknologi muliggjør utvikling av helt nye metoder som mikromaskinering og nanoteknologi. Konsekvensene viser seg trolig i alle hoveddisipliner i faget medisinsk teknologi. Det introduseres nå (2007) faktiske produkter basert på disse teknologiene, ikke bare prototyper.
- Generasjonslevetiden for nye metoder og utstyr blir stadig kortere, utviklingen følger en eksponentiell lovmessighet og endringen går stadig fortere. Utstyret blir faglig utdatert før det blir teknisk utdatert eller kondemnabelt. Når det som eksempel lanseres et billedannende ultralydapparat med 4 ganger så mange piksels oppløsning som tidligere modell, blir det gamle apparatet umiddelbart faglig utdatert selv om det fortsatt fungerer slik det gjorde dagen før.

For di de fleste av de nye metodene er sterkt knyttet til datautstyr, mikroelektronikk og digital signalbehandling, følger generasjonslevetiden til metodene sterkere og sterkere generasjonene i mikroelektronikken og halvlederindustrien. Det foregår samtidig en konvergens mellom tradisjonelt medisinsk utstyr og IKT-utstyr. Den generelle teknologiutviklingen i samfunnet er akselererende og kunnskapsmengde og muligheter vokser eksponentielt, raskere og raskere – og det går kortere tid mellom de store fremskrittene. Dette gjelder for teknologiutviklingen generelt, og derfor for medisinsk teknologi og informasjonsteknologi.

I halvlederindustrien benyttes fortsatt den såkalte Moores lov fra midten av 1960-årene som en indikator på utviklingstakten: databrikkenes bit-tetthet, som stort sett er proporsjonal med regnekraften i mikroprosessorene, fordobles hver 18. måned. Et eksempel er DNA-analyseutstyr, som i slutten av 1990-årene hadde en generasjonslevetid på under ett år.

Grunnet korte generasjonslevetider for utstyret blir opplæring og vedlikehold av kunnskap hos brukere av medisinsk-teknisk utstyr en utfordring. Ved anskaffelse av ny utrustning må det derfor i økende grad inngås opplæringskontrakter for ulike personellkategorier. Alternativer for kontinuerlig kompetansevedlikehold kan være etablering av treningssentra med simulatorer av ulike slag. Der kan brukeren trene uten at dette får følger for pasienten, og man kan benytte kommersielt tilgjengelige treningssystemer.

Arbeidsformen i de tradisjonelle medisinske grenspesialitetene vil trolig endre seg fra at legen har en rolle som håndverker til en rolle som sterkere likner industriproduksjonen.¹¹ Et slikt skifte i prosess-betingelser og organisering av arbeidsstrømmen innvirker indirekte på utstyrsbehov og hvilket utstyr som kommer inn i sykehuset. Det er overveiende sannsynlig at kravene om effektivitet og kostnadsbegrensning vil tvinge aktørene i dagens helsevesen til en målrettet endring i arbeidsprosesser og rolleinnhold. Et sykehus må ha bygningsmessige strukturer som gir fleksibilitet for endringer, utstyrsteknologien må være så fleksibel at systemene lett lar seg tilpasse nye muligheter og metoder. Dette medfører krav om implementering av modularitet, standardløsninger som kan byttes, kompatibilitet bakover. Konkret betyr dette for eksempel bruk av en gjennomgående standard som DICOM for sykehusets bruk av digitale modalitetsbilder. Nytt utstyr som i fremtiden utvikles, vil i stor grad være bakover kompatibelt med forrige generasjons standard. Nytt utstyr kan dermed settes rett i et nettverk, uten at også nettverket som transporterer bildene må skiftes.

Det er en pågående tendens at grensesnittet bygg/utstyr vil endres noe spesielt i forhold til IKT og elektromedisinsk utstyr. En ser at mer og mer utstyr som har behov for kommunikasjon med annet utstyr bruker IP-basert kommunikasjon. Bruk av trådløs teknologi vil øke i omfang. Spesielt vil en merke dette for MTU som tidligere har vært avhengig av egne proprietære kabelløsninger.

I Helse Øst sin «Strategi 2025. Utvikling av arbeidsprosesser og teknologi»¹² benyttes i sammendraget følgende formulering av utviklingen innen medisin og teknologi slik (sitat):

«Det er overveiende sannsynlig at 20-årsperioden fram mot 2025 vil by på kunnskaps økning og teknologiske framskritt i et omfang som vi ikke har sett tidligere på så kort tid. Det kan argumenteres for at utviklingen generelt viser en eksponentiell sammenheng med tid, slik at all utvikling går fortere og fortere. Det går kortere tid mellom de store utviklingsstegene. Dette gjelder for kunnskapsutviklingen, og også for teknologi generelt, medisinsk teknologi og informasjonsteknologi.»

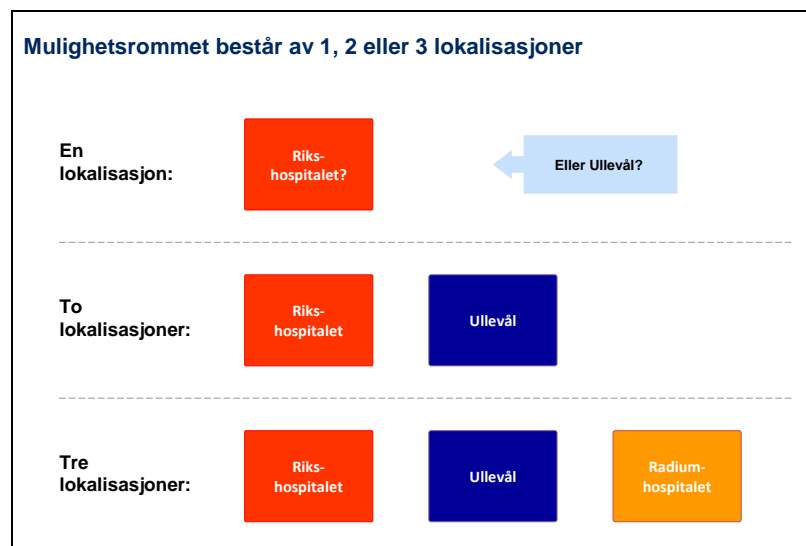
4.14 Strategiske avklaringer 12: Samlet vurdering, mulighetsstudier

De strategiske avklaringene fra dette kapitlet definerer de overordnede premisene for mulighetsstudiene. I sin enkleste form har Oslo universitetssykehus valgt mellom å utvikle sin virksomhet fremover på en, to eller tre lokalisasjoner; det vil si en, to eller tre hovedlokalisasjoner for somatikk og psykisk helse/avhengighet. Dette er en betydelig forenklet fremstilling fordi Oslo universitetssykehus reelt har virksomhet på langt flere steder. Den dominerende del av virksomheten finner etter overføring til AHUS (og i mindre grad Vestre Viken) sted på Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål. Skal det fortsatt være slik?

¹¹ Fosse E. Teknologi forandrer helsevesenet. Helse Medisin Teknikk 2, 2006: 5-6.

http://www.helsemedisinteknikk.no/pdfartikler/HMT%202006/HMT-2-2006/HMT02-06_s_5-6.pdf

¹² Borthne K. Helse øst. Strategi 2025. Utvikling av arbeidsprosesser og teknologi. www.cardiac.no



Figur 19. Antall lokalisasjoner for somatisk virksomhet ved OUS

Oslo universitetssykehus – en lokalisasjon?

Det er fysisk mulig å samle hele Oslo universitetssykehus (det betyr at det som i dag er Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Statens Senter for Epilepsi, psykisk helse og avhengighet bygges nytt på Ullevål-tomten sammen med nytt Ullevål). Totalt arealbehov er 620.000 kvm.

Dette kan la seg realisere dersom man bygger høyt og fullt ut benytter tomten. Et alternativ kunne være å samle all psykisk helse i Rikshospital/Gaustad-området, men det fremstår som lite fremtidsrettet å skulle fagene på denne måten.

En full samling vil løse utfordringene med dubleringer, men vil skape et svært kompakt og svært stort sykehus på om lag 1.500 senger. Dette er antagelig for stort til å være hensiktsmessig. Når prosjektet er gjennomført, vil det heller ikke være videre utvidelsesmuligheter i dette området.

Driftsøkonomisk vil det være rimeligere å drive på en lokalisasjon. Samfunnsøkonomisk ser regnestykket annerledes ut. En gradvis prosess der man i første omgang baserer seg på Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål vil ha en investeringskostnad på 16-17 milliarder over 15 år. Et samlet Oslo universitetssykehus på Ullevåltomten vil koste om lag 30 milliarder, et tall som nærmer seg det man bruker på nye sykehusbygg samlet i Norge i en 10 års periode. Differansen mellom de to alternativene utgjør til sammenligning rundt kostnaden for et nytt St. Olavs Hospital.

En full samling vil også bety at man fraflytter ny bygningsmasse på om lag 220.000 kvm. En gradvis samling er likevel ønskelig og mulig over tid. Selv om man starter med tre lokalisasjoner, er dette ikke til hinder for at man senere kan endre dette til et ett-lokalisasjonsalternativ om det skulle vise seg ønskelig og investeringsmessig mulig.

I modellen med to lokalisasjoner for somatikken er Radiumhospitalet og SSE flyttet til Rikshospitalet. I modellen med tre lokalisasjoner for somatikken (evt. + SSE) flyttes ca. 60 døgnplasser knyttet til regionfunksjoner fra Ullevål til Rikshospitalet.

"Campus Oslo" modellen er en hybrid, der man i første omgang lokaliserer på tre driftsteder men med fortsatt sentralisering. Denne måten å tenke på har kommet frem gjennom arbeidet som opprinnelig ble basert på 1, 2 eller 3 lokalisasjoner.

4.15 Ramme for mulighetsstudier – disse scenariene ønsker Oslo universitetssykehus belyst

Scenarie 1 – psykisk helse og avhengighet

All virksomhet utenom DPS samles på ett sted (i praksis Ullevål som er det eneste aktuelle stedet hvor dette er realistisk). DPS samles på to steder.

Scenarie 2 – psykisk helse og avhengighet

All virksomhet utenom DPS samles på to steder (Ullevål og Gaustad). DPS samles på to steder.

Det er ett "unntak" fra det som står her, som gjelder plassering av enhet for førstegangspsykososer på en egen lokalisering (Majorstua). Videre avklares muligheten for en eventuell felles lokalisering av forsterkede plasser (primært sikkerhetsavdelinger og PPU) mellom VVHF, Ahus og OUS.

Scenarie 1 - somatikk

Oslo universitetssykehus samles på en lokalisasjon, enten på Rikshospitalet eller på Ullevål. Dette scenarium er bare kortfattet beskrevet og tegnes ikke ut i detalj.

Scenarie 2 - somatikk

Oslo universitetssykehus vil i 2025 ha hovedlokalisasjon ved Rikshospitalet og Ullevål. Det skjer ved at Radiumhospitalet og SSE i eller etter 2025 flytter til Rikshospitalet.

Hva skjer fra nå til 2025:

Ullevål: samler lokal- og områdefunksjon inkludert "akutfunksjoner for kirurgi, ortopedi og andre spesialiserte funksjoner" for Oslo. Multitraumebehandlingen vil uansett modell lokaliseres sammen med denne de neste fem årene. Anslagsvis 60 senger regionfunksjoner flyttes til Rikshospitalet.

Vesentlige deler av aktiviteten til psykisk helse og avhengighet skal utvikles på Ullevål sammen med og som del av sykehusets "storbyfunksjon" og mulighetsstudien skal belyse om hele klinikk for psykisk helse og avhengighet kan finne plass på Ullevål.

Rikshospitalet: flytting av 60 senger regionsfunksjoner fra Ullevål. Eventuelt også flytte kreftbehandling som krever tung infrastruktur fra Radiumhospitalet i løp av perioden – 40 senger før 2025. Det vektlegges å benytte utbyggbart areal til å innpasse dette, samt sikre kapasitet på diagnostikk, operasjon og intensiv.

Radiumhospitalet: utvikle sykehuset i perioden frem til 2025 men med det siktemål at det da kan flyttes. I denne perioden vil noen av de funksjoner som krever tyngst infrastruktur flyttes til Rikshospitalet. Driftskonseptet på Radiumhospitalet bør være samling til færre diagnosegrupper enn i dag og basert på pasientgrupper som skal tilbys integrert multimodal behandling og der virksomheten gjennomgående ikke er intensivkrevende. Sentralt for virksomheten bør være bryst/endokrinsenter og bekkensenter. Det siste er på Radiumhospitalet i dag og inkluderer spesialitetene gynekologi, gastrokirurgi, urologi og plastikk kirurgi i tillegg til onkologi og diagnostiske spesialiteter.

Ny bygningsmasse (forskningsbygg, pasienthotell og strålebunker på Radiumhospitalet) skal utnyttes fullt ut i perioden.

I perioden vil det være behov for å oppgradere deler av bygningsmassen, anslagsvis 40.000 – 50.000 kvm. Øvrig bygningsmasse bør evakueres og delvis eller helt rives som tidligere beskrevet.

Scenarie 3 - somatikk

Oslo universitetssykehus skal fortsatt utvikles på tre hovedlokalisasjoner; Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål (samt SSE i Sandvika) – altså en forutsetning om at Radiumhospitalet fortsetter som spesialisert kreftsykehus også etter denne planperioden. Det betyr at tung kreftkirurgi forblir på Radiumhospitalet. Øvrige forutsetninger vil være som for mulighetsstudie 2.

4.16 Hvilke strategiske avklaringer er ikke belyst i dette kapitlet?

Statens senter for Epilepsi (SSE) i Sandvika inneholder lands- og regionsfunksjoner, og bør som sådan på sikt være en del av Rikshospitalet. Dagens areal er ca. 17.000 kvm. Selv om dette sikkert kan reduseres ganske betydelig ved samlokalisering med annen klinisk aktivitet, er det ikke mulig å finne plass til SSE på Rikshospitalet innen dagens reguleringsplan. Eneste alternativ for hurtig "innflytting" av SSE i Campus er da lokalisering

på Ullevål, noe som vurderes som faglig mindre ønskelig. Det ser derfor ut til at flytting av SSE ikke kan planlegges før en eventuell ny reguleringsplan for Rikshospitalet er vurdert, og dette er derfor knyttet til Scenario 2.

Kvinne- og barneklubben har lenge utredet en mulig samling av sin virksomhet geografisk. Barnesykehuset på Karolinska har vært holdt frem som mulig modell. Klubben har de samme utfordringer som øvrig deler av Oslo universitetssykehus' virksomhet ved på den ene side å ønske faglig samling og på den andre side etablere tydelig skille mellom lands-/regionsfunksjon versus lokal/område. En betydelig del av klubbens virksomhet er regionsfunksjoner og man vil arbeide mot størst mulig grad av samling på Rikshospitalet. En slik utvikling sammenfaller med internasjonale trender om å etablere "barnesykehus" knyttet til tredje-linje tjeneste, og bør være del av den videre tenkningen for Oslo universitetssykehus. Det langsiktige målbildet for klubben medfører en sterkere forankring til Rikshospitalet, for eksempel vil fordelingen av fødesenger mellom Rikshospitalet og Ullevål derfor bli endret i forhold til hva som fremkommer i Vedlegg 8, 21.1.1 (arealberegning knyttet til Scenario 2). Videre samlokalisering av behandlingen av store barn vil bli vurdert nå i fase 1 av samlokaliseringen, og også ses i sammenheng med behov for nye arealer til barnehabilitering.

Ideelt burde dette arbeidet vært utført sammen med de private sykehusene slik at kapasitet kunne vurderes mer samlet. Dette må gjøres i neste fase gjennom at det etableres et tettere samarbeid med de private sykehusene og med Oslo Kommune om ytterligere funksjonsfordelinger mellom aktørene. Dette har potensial både for bedre pasientforløp og bedre driftsøkonomi for alle parter.

5 Virksomhetsbeskrivelse, situasjonen nå og i framtid (2025)

5.1 Overordnet beskrivelse

Det har vært utfordrende å få fram aktivitetstall for OUS som beskriver nåsituasjonen slik at de kan brukes i framskrivning av aktivitetsnivå 2025. Dette skyldes at det har foregått en fusjon til Ahus/Vestre Viken parallelt med fusjonen av Ullevål, Aker og Rikshospitalet. Det rådet en del usikkerhet med hensyn til hvor stort uttrekket skal være for de pasientgruppene som overføres til Akershus Universitetssykehus HF og til Vestre Viken HF. Det har vist seg for vanskelig å identifisere pasientgrupper i datagrunnlaget entydig i forhold til lands-, regions-, område- og lokalsykehusfunksjon. Metoden som er lagt til grunn forutsetter at forbruksraten (dvs. forbruk av tjenester i OUS korrigert for innbyggertallet) i referansekommuner der Ahus respektivt Vestre Viken i 2009 hadde eneansvaret for område- og lokalsykehusfunksjon, skal reflektere det som skal være igjen i OUS fra overføringsområdene. Det vil imidlertid også inneholde noe fritt sykehusvalg fra disse områdene, men erfaringen er at tilstøtende deler av sykehusområdene fra Ahus/Vestre Viken har noe høyere andel av fritt sykehusvalg enn de mer fjerntliggende, spesielt fødsler.

5.2 Befolkningsutvikling

Oslo universitetssykehus har lands-, regions-, område- og lokalsykehusfunksjon. Det er derfor av interesse å se på befolkningsutviklingen på alle nivåene.

5.2.1 Befolkningsutviklingen i Norge fram mot 2025

I dag bor det ca. 4,9 millioner mennesker i Norge. I 2009 var befolkningsøkningen på landsbasis 58 947. Levealderen har økt nesten uavbrutt i omtrent 200 år. Økningen er særlig sterk de siste 20 årene, spesielt for menn. I 2009 kunne nyfødte jenter forvente å leve i 83 år og nyfødte gutter vel 78,5 år. For tjue år siden var de tilsvarende tallene 79 og 73 år. Gjennomsnittsalderen i befolkningen er 39 år, men det er store forskjeller mellom de ulike delene av landet. Av folkemengden i hele landet var 25,5 prosent under 20 år, 61,5 prosent var i aldersgruppen 20-66 år, og 13 prosent var over 66 år.

Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre i Norge utgjorde 11,4 prosent av folkemengden per 1. januar 2010, i alt 552 000 personer, og består av personer med bakgrunn fra over 200 forskjellige land.

Statistisk Sentralbyrås (SSB) framskrivninger viser at folketallet vil fortsette å stige de neste 50 årene, fra 4,9 millioner i 2010 til rundt 7 millioner i 2060. Hvor sterk befolkningsveksten vil bli i kommunene og fylkene, varierer med antakelsene om deres fruktbarhet, levealder og nettoinnvandring, samt med det innenlandske flyttemønsteret og dagens aldersstruktur i kommunene. De nærmeste årene vil folketallet vokse i alle landets fylker ifølge hovedalternativet MMMM¹³. Fram til 2015 forventes veksten å være sterkest i Oslo, Rogaland og Akershus.

Tabell 5. Befolkningsframskrivning Norge til 2025

| | 2009 | 2020 | 2025 | % 2009-2020 | % 2009-2025 |
|-------|---------|---------|---------|-------------|-------------|
| 0-17 | 1109156 | 1173556 | 1228225 | 6 | 11 |
| 18-44 | 1786698 | 1852253 | 1898284 | 4 | 6 |
| 45-66 | 1337202 | 1491730 | 1523382 | 12 | 14 |
| 67-74 | 272265 | 418802 | 430787 | 54 | 58 |
| 75-79 | 132856 | 173707 | 229866 | 31 | 73 |
| 80-84 | 109151 | 110311 | 141075 | 11 | 29 |
| 85+ | 110868 | 114033 | 120252 | 3 | 8 |
| Sum | 4858196 | 5334392 | 5571871 | 10 | 15 |

5.2.2 Befolkningsutviklingen i Helse Sør-Øst fram mot 2025

Helse Sør-Øst består av fylkene: Østfold, Akershus, Hedemark, Oppland, Oslo, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder. SSBs framskrivning av befolkningsveksten viser at helseregionens befolkningsutvikling stort sett følger landet for øvrig. Se tabell under.

Tabell 6. Befolkningsframskrivning Helse Sør-Øst mot 2025

| | Sum 2009 | Sum 2020 | Sum 2025 | % 2009-2020 | %2009-2025 |
|----------|----------|----------|----------|-------------|------------|
| 0-17 år | 599676 | 645898 | 674376 | 8 | 12 |
| 18-44 år | 999153 | 1054944 | 1084418 | 6 | 9 |
| 45-66 år | 749240 | 841699 | 863060 | 12 | 15 |
| 67-74 år | 150732 | 236365 | 241352 | 57 | 60 |
| 75-79 år | 74211 | 97562 | 126537 | 31 | 71 |
| 80-84 år | 61181 | 61313 | 77088 | 0 | 26 |
| 85+ | 61434 | 61480 | 64696 | 0 | 5 |
| Totalsum | 2695627 | 2999261 | 3131527 | 11 | 16 |

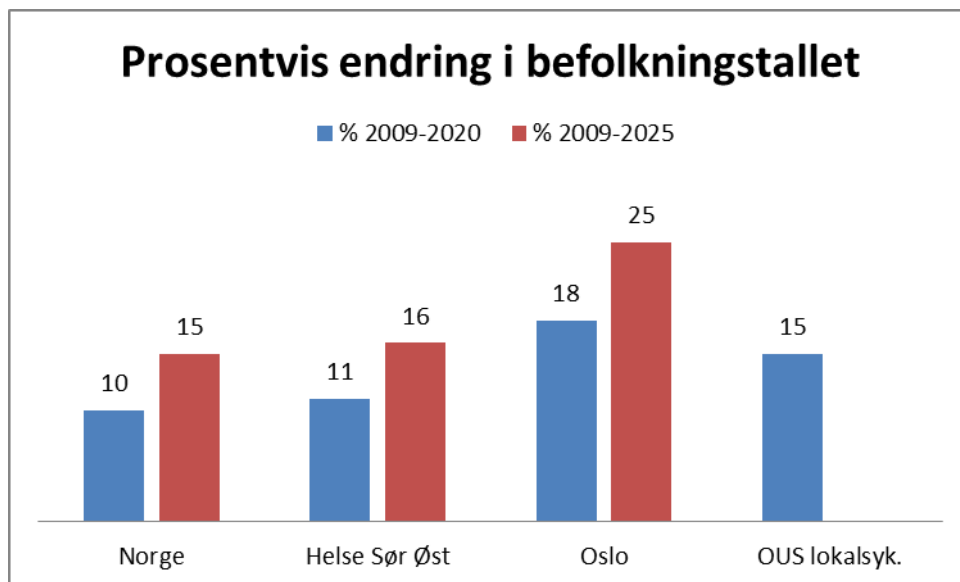
5.2.3 Befolkningsutviklingen i Oslo fram mot 2025 (2020)

Det siste tiåret har det skjedd en endring i utvikling av Oslos folketall. Fra å ha vært relativt stabilt i mange år, skjer det nå en betydelig økning. Langtidsprognoser tilsier at dette vil fortsette. I 2025 vil folketallet i OUS' sykehusområde være omtrent det samme som det var før de ga fra seg Follo-kommunene og Alna til Akershus universitetssykehus. Veksten er også større enn landsgjennomsnittet i Oslo og kommunene og fylkene rundt Oslo. Det gir altså en vekst i grunnlaget også for regionoppgaver. Veksten skyldes en kombinasjon av relativt høy fødselsrate, redusert dødelighet og innflytting til området både fra utland og resten av landet.

¹³ MMMM: mellomnivået for fruktbarhet, levealder, innenlands flytting og nettoinnvandring

Aldersprofilen på befolkningen endrer seg også. For Oslo skjer det en sterk vekst i gruppen mellom 65 og 80 år i det første tiåret. Økningen av pasienter over 90 år kommer først fra 2020, men da vil veksten være svært høy. I områdene rundt Oslo kommer veksten av folk over 90 tidligere. Oslo vil også ha en vekst av barn og unge over den gjennomsnittlige veksten i perioden fram til 2025¹⁴.

OUS har områdefunksjon for Oslo med unntak av følgende bydeler: Grorud, Stovner og Alna. Når det gjelder framskrivninger av befolkningen i Oslos bydeler, går tilgjengelige data kun fram til 2020.



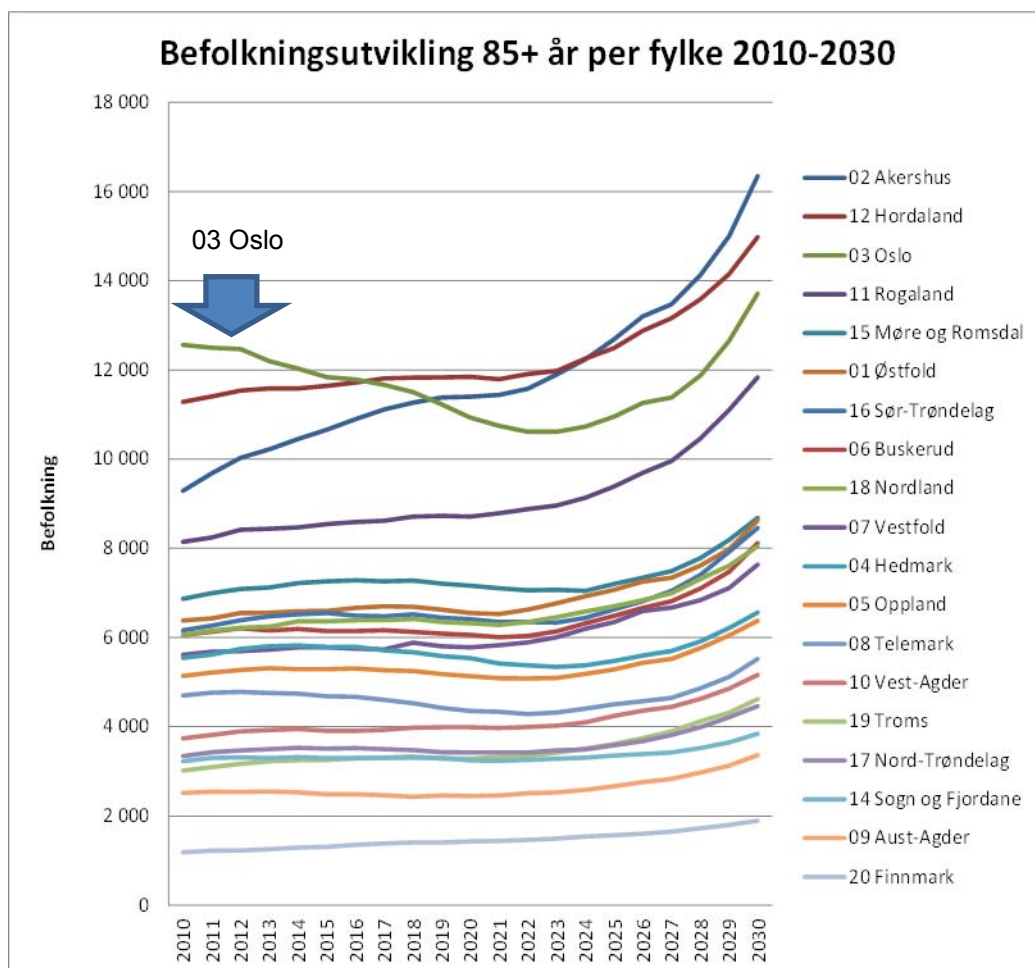
Figur 20. Sammenlikning av befolkningsutviklingen i Norge, Helse Sør-Øst og Oslo

Tabell 7. Framskrivning befolkning Oslo kommune

| | SUM 2009 | SUM 2020 | SUM 2025 | % 2009-2020 | % 2009-2025 |
|----------|----------|----------|----------|-------------|-------------|
| 0-17 år | 114777 | 138448 | 147543 | 21 | 29 |
| 18-44 år | 263407 | 304401 | 316816 | 16 | 20 |
| 45-66 år | 137743 | 158096 | 167858 | 15 | 22 |
| 67-74 år | 23502 | 41069 | 42578 | 75 | 81 |
| 75-79 år | 12632 | 16782 | 22211 | 33 | 76 |
| 80-84 år | 10978 | 9737 | 13453 | -11 | 23 |
| 85+ | 12436 | 10220 | 10350 | -18 | -17 |
| Totalsum | 575475 | 678753 | 720809 | 18 | 25 |

Oslo har en avvikende utvikling for de aller eldste sammenliknet med resten av landet. Figur 21 under sammenlikner utviklingen for Oslo med resten av fylkene i landet. Oslo vil ha et synkende antall av personer i alderen 85+år fram mot 2025 for deretter å stige dramatisk.

¹⁴ Hentet fra: "Hvor går vi mot 2025. Strategiske utfordringer, valg og satsingsområder." OUS 2011.



Figur 21. Sammenlikning av utvikling av antall personer alder 85+.15

Tabell 8. Framskrivning befolkningsgrunnlag OUS områdefunksjon

| | SUM 2009 | SUM 2020 | % 2009-2020 |
|----------|----------|----------|-------------|
| 0-17 år | 90653 | 111686 | 23 |
| 18-44 år | 222952 | 259065 | 16 |
| 45-66 år | 110789 | 128930 | 16 |
| 67-74 år | 18457 | 33338 | 81 |
| 75-79 år | 10107 | 13365 | 32 |
| 80-84 år | 9092 | 7750 | -15 |
| 85+ | 10614 | 8548 | -19 |
| Totalsum | 472664 | 562682 | 19 |

*Gjelder Oslo minus bydelene Grorud, Stovner og Alna

¹⁵ Figuren er laget av Dag Refvem, OUS

Tabell 9. Framskrivning befolkningsgrunnlag OUS lokalsykehusfunksjon**

| | SUM 2009 | SUM 2020 | % 2009-2020 |
|----------|----------|----------|-------------|
| 0-17 år | 47424 | 55841 | 18 |
| 18-44 år | 77519 | 86264 | 11 |
| 45-66 år | 50560 | 58203 | 15 |
| 67-74 år | 8820 | 14632 | 66 |
| 75-79 år | 5492 | 5868 | 7 |
| 80-84 år | 4855 | 3811 | -22 |
| 85+ | 4842 | 4676 | -3 |
| Totalsum | 199512 | 229295 | 15 |

**Gjelder bydelene: Nordre Aker, Bjerke, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand og Marka

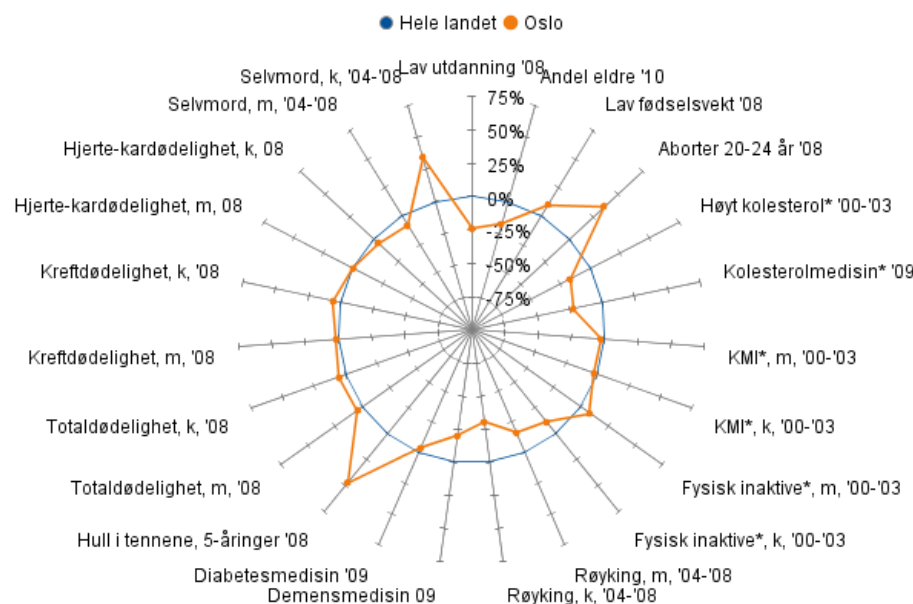
Det forutsettes i kapasitets- og arealberegningene for OUS mot 2025, at funksjonsfordelingen mellom Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og OUS fortsetter stort sett som den var i 2010. Lovisenberg diakonale sykehus har hatt det indremedisinske ansvaret for Sagene bydel. Dette overføres til OUS og data for denne befolkningsgruppen skal inn i beregningen for framskrivning av aktivitet 2025.

Tabell 10. OUS lokalsykehus med Sagene bydel

| | SUM 2009 | SUM 2020 | % 2009-2020 |
|----------|----------|----------|-------------|
| 0-17 år | 51875 | 61720 | 19 |
| 18-44 år | 98253 | 110263 | 12 |
| 45-66 år | 56650 | 65596 | 16 |
| 67-74 år | 9701 | 16344 | 68 |
| 75-79 år | 5924 | 6505 | 10 |
| 80-84 år | 5264 | 4114 | -21 |
| 85+ | 5476 | 4960 | -9 |
| Totalsum | 233143 | 269502 | 15 |

5.2.4 Epidemiologi

Nedenfor vises Nasjonalt Folkehelseinstituttets fylkesbarometer for helsetilstand (Figur 22). Det epidemiologiske bildet for Oslo skiller seg positivt ut fra resten av landet når det gjelder røyking, demens og andel med lav utdanning, men skiller seg negativt ut når det gjelder selvmord blant kvinner, aborter hos 20-24 åringer og barns tannhelse. Bildet omhandler bare nå-tilstanden. Den epidemiologiske utvikling fanges opp senere.



Figur 22. Fylkesbarometer. Epidemiologisk bilde av Oslo sammenliknet med resten av landet.¹⁶

Forventet levealder varierer fra landsdel til landsdel og fra fylke til fylke, og innen samme fylke og kommune. Det er store geografiske forskjeller i Oslo med hensyn til helsetilstand og forventet levealder med bedre helse og høyere forventet levealder i vest sammenliknet med øst. Folk som bor i ytre Oslo vest blir vesentlig eldre enn de som bor i indre østlige bydeler. Kvinnene i bydelene i ytre vest lever lengst og kan forvente en levealder på 83 år. Mennene kan forvente å leve til de blir 78-80 år. Til sammenligning er forventet levealder i indre østlige bydeler beregnet til snaut 72 år for menn og vel 78 år for kvinner. Forskjellene mellom vestkant og østkant har økt i tiårsperioden fra 1991-95 til 2002-2004. Menn i ytre vest kan nå regne med å leve 7,3 år lenger enn menn på østkanten. For ti år siden var forskjellen 6,2 år. For kvinner har forskjellen økt med et snaut halvår; fra 4,3 til 4,7 år.

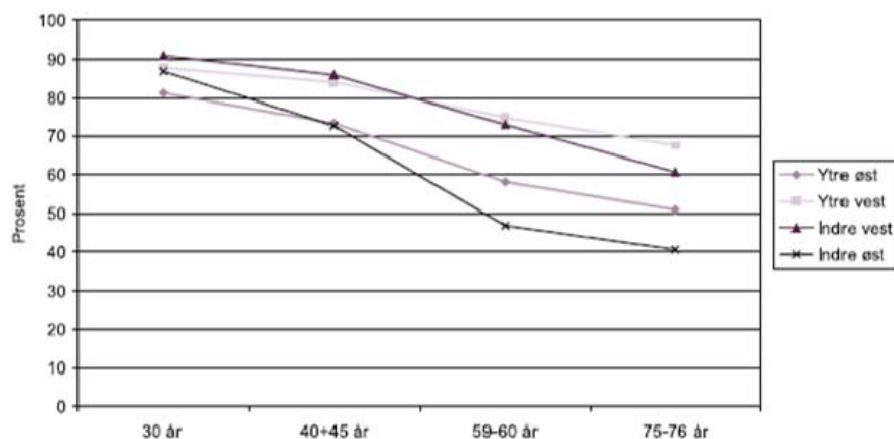
Til tross for høy forventet levealder i Oslo vest, er Oslo et av de fire-fem fylkene som har lavest forventet levealder i Norge. For menn har bare Finnmark, Hedmark og Østfold lavere levealder. For kvinner er også Vestfold bak Oslo. Kvinnene i Oslo ytre vest lever lenge, men er ikke det området med høyest forventet levealder i Norge. I noen bydeler i Bergen og andre større byer har kvinnene samme eller litt høyere levealder enn i Oslo vest.

Det området med lavest forventet levealder for menn i Norge er trolig Sagene bydel i Oslo. Sagene inngår i gruppen indre østlige bydeler sammen med Grünerløkka og Gamle Oslo. Sagene har en forventet levealder for menn på 68,4 år. Beregninger fra 1990-tallet viser at denne bydelen også da kom svakest ut. Menn i Sagene bydel har nå samme forventede levealder som menn i Finnmark fylke hadde på 1970-tallet. Kvinnene i bydelene Gamle Oslo og Sagene er de som har kortest levetid blant Oslokvinnene. Deres leveutsikter er på nivå med den leveutsikt kvinner i Finnmark hadde omkring 1980.¹⁷

Figuren under viser kvinners vurdering av egen helse i Oslo.

¹⁶ Figuren er hentet fra www.norghelsa.no.

¹⁷ Kilde: www.fhi.no (Folkehelseinstituttet) "Oslo: Levealder for menn på Sagene er 68 år"

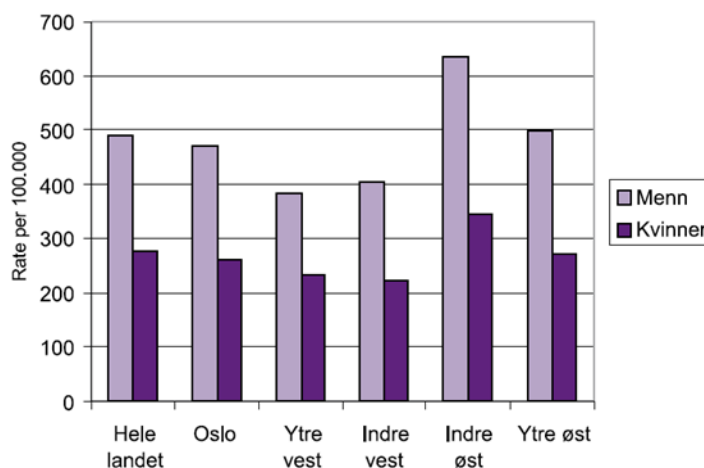


Signifikans: 30 år: * 40+45 år: *** 59-60 år: *** 75-76 år: ***

Kilde: HUBRO

Figur 23. Andel kvinner som vurderer egen helse som god eller svært god. Oslo 2000-2002.¹⁸

Gjennomsnittet i Oslo med hensyn til dødelighet av hjerte- og karsykdommer er nokså likt for resten av Norge. Men som figuren under (Figur 24) viser, er det stor forskjell mellom ytre vest og indre øst i Oslo.



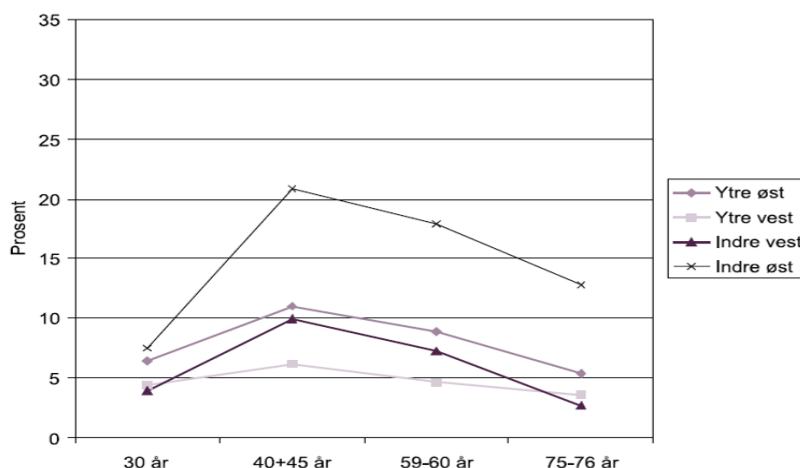
Kilde: Statistisk sentralbyrå 2001

Figur 24. Dødelighet av hjerte- og karsykdommer 1994-98. Aldersjusterte rater per 100 000 innbyggere.

Tall fra Helseundersøkelsene i Oslo og Nord-Trøndelag viser en høyere andel med symptomer på psykiske problemer i Oslo enn i Trøndelag både blant kvinner og menn. Menn hadde mest symptomer på slike plager i 40-årsalderen, mens kvinner hadde mer plager i 60-årsalderen. Uttalte øst-vest forskjeller innen Oslo (Figur 25) påvirkes i noen grad av en høy andel innvandrere i østlige bydeler. Også for den delen av befolkningen som har Norge som fødeland, var det imidlertid en høyere andel med psykiske plager i østlige enn i vestlige regioner.¹⁹

¹⁸ Hentet fra Liv Grøtvedt: "Helseprofil for Oslo. Voksne". Nasjonal folkehelseinstitutt. Juli 2002

¹⁹ Hentet fra Liv Grøtvedt: "Helseprofil for Oslo. Voksne". Nasjonal folkehelseinstitutt. Juli 2002



Signifikans: 30 år: ns 40+45 år: *** 59-60 år: *** 75-76 år: ***

Kilde: HUBRO

Figur 25. Andel menn med symptomer på psykiske problemer. Oslo 2000-2001. Prosent.

5.2.5 Utviklingen av sykdomsbildet framover:

Utviklingen av sykdomsbildet framover vil påvirkes av følgende forhold:

- Kunnskap om forventet endring av sykdomspanorama og forekomst av sykdommer. Dette er til dels vanskelig i et langsiktig perspektiv siden "nye" sykdommer og "epidemier" dukker opp, noen bekjempes igjen mens andre forblir over lang tid (f.eks. tuberkulose 1880, polioepidemien 1930, hjerteepidemien 1960, HIV, AIDS 1980, kreftepidemien 2000, og psykiatrien var for eksempel ikke et fag før etter Sigmund Freud ca. år 1900). Dette betyr at en langsiktig vurdering av sykdomsbildet vil inneholde betydelig usikkerhet, men noen tendenser kan beskrives, jf. punktene nedenfor.
- Aldersutviklingen – omfanget av sykdommer og tilstander med økt forekomst over 65 år vil øke. Dersom en tar hensyn til befolkningsvekst og endring i aldersprofil tilsier prognosen at Oslo universitetssykehus vil stå overfor en økning på totalt nærmere 50 % i forekomst av de fire vanligste krefttypene i løpet av de neste 20 årene. Prognoser for sykehusinnleggelse i Oslo universitetssykehus for alle hoveddiagnosene gir 20 – 50 % økning på fram til 2030.²⁰
- Utvikling av intensivmedisinsk behandling og kapasitet øker overlevelse for akutt sykdom, også hos kornisk syke pasienter. Det bidrar til øket overlevelse hos nyfødte og hos eldre pasienter.
- Ytterligere økt overlevelsesgrad fra livstruende sykdommer og skader. Dette vil føre med seg økt behov for rehabilitering, oppfølgende behandling, håndtering av bivirkninger og omfang av andre ikke livstruende sykdommer som pasienter som overlever i større grad vil være utsatt for.
- Det er en viss forutsigbar økning i degenerative sykdommer ("slitasjesykdommer") som hjerte- og karsykdom, hjerneslag, kreft, slitasjegikt, demens, geriatriske sykdommer.
- Det er et økende krav til spesialisert behandling som gjør presset på sentrum sterkere versus periferi svakere. En politisk ønsket dreining fører til en sentralisering av spesialisert behandling. Det er også en tendens til at aldersgrensen og sykdomskompleksiteten for hvilke pasienter som får tilbud om f.eks. transplantasjoner øker. Det medfører antall pasienter som søkes til Rikshospitalet for behandling vil øke i årene framover. Dette vil snarere øke behovet for senger enn å redusere det.
- Endret livsstil fører til endret sykdomsbilde. Konsekvensene her er sammensatte. Livsstilendringene er sterkt påvirket av sosial bakgrunn, arbeid og utdanning. Særtrekk ved sykdomsframkallende livsstil i OUS' opptaksområde vil gjenspeiles av den sosioøkonomiske profilen i dette området (se neste punkt). Fedme og livsstil som ligger bak dette, ser ut til å være hovedutfordringen framover. Videre er depresjoner i befolkningen økende, noe som fører til at flere trenger behandling.
- For Oslo kommer dessuten spesielt utfordringer knyttet til særskilte forhold som stor konsentrasjon av enslige, stort antall mennesker med annen kulturell bak-

²⁰ Hentet fra "Hvor går vi mot 2025. Strategiske utfordringer, valg og satsingsområder." OUS 2011.

grunn, sterk økning i antall barn og unge, mange innbyggere som er sosioøkonomisk ressursvake og folk med midlertidig opphold. Sykdomsmessig kan disse forholdene slå ut i form av relativt større utfordringer når det gjelder f.eks. psykisk helse og rus og omfang og risiko for infeksjonssykdommer. I tillegg kan det bety større utfordringer når det gjelder samarbeid om omsorgsansvar mellom pasientenes hjemmemiljø og helsevesen. Det kan argumenteres for at denne typen utfordringer kan vokse i åra framover.

- Alkohol er den industrialiserte verdens 3. største sykdomsfremkallende faktor og står for 9,4 % av alle tapte leveår. Inntil 20 % av pasientene innlagt i somatiske senger er bruken av rusmidler årsak til deres somatiske lidelse.
- Innenfor rusomsorgen ser man en økning av syntetiske stoffer på narkotikamarke- det. Disse stoffene gir til dels andre utfordringer enn de tradisjonelle narkotiske stoffene som kokain, heroin og amfetamin.

5.2.6 Andre utviklingstrekk

Befolkningsøkningen i Oslo vil være relativ stor for barn (0-17 år) og for personer i fertil alder (18 - 44 år) sammenlignet med landet forøvrig. Dette vil ha betydning for utvikling av fødetilbudet og for pediatrik service.

Fødselstallet i Oslo var i 2009 ca. 10.250. For de bydelene hvor OUS i dag har ansvaret (Oslo minus Grorud, Stovner og Alna) var antallet ca. 8.500 fødsler. I tillegg kommer ca. 700 fødsler hvor OUS har regional- eller landsfunksjon. I 2010 hadde OUS ca. 9.400 fødsler og det forventes økende antall fødsler med ca. 200 per år. Prognose over antall fødsler:

Tabell 11. Forventet antall fødsler i Oslo

| År | Middels vekst | Høy vekst |
|------|---------------|-----------|
| 2015 | 11100 | 12600 |
| 2020 | 12000 | 14000 |
| 2025 | 12500 | 14800 |
| 2030 | 12700 | 15300 |

Fødepopulasjonen har endret seg med et økende antall gravide med kroniske og alvorligere sykdommer. Denne tendensen vil sannsynligvis fortsette. Dette vil øke antall fødende som vil benytte OUS' region- og landsfunksjoner.

5.3 Nåsituasjon sykehusfunksjoner

5.3.1 Organisasjon

Oslo Universitetssykehus (OUS) består av de tidligere helseforetakene Aker Universitetssykehus, Rikshospitalet og Ullevål Universitetssykehus. Geografisk er sykehuset lokalisert i fire store, overveiende somatiske enheter: Aker, Rikshospitalet på Gaustad, Radiumhospitalet og Ullevål.

Innen psykisk helsevern og avhengighet er tidligere helseforetaks virksomheter lokalisert mange steder, der Ullevål, Dikemark, Aker, Gaustad og Sogn (SSBU) representerer de fem store stedene.

OUS har følgende klinikker:

- Klinikk A: Klinikk psykisk helse og avhengighet
- Klinikk B: Medisinsk klinikk
- Klinikk C: Klinikk for kirurgi og nevrofag
- Klinikk D: Kvinne- og barneklubben
- Klinikk E/G: Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon
- Klinikk F: Hjerte-, lunge- og karklubben
- Klinikk H: Akuttklubben
- Klinikk I: Klinikk for diagnostikk og intervensjon

- Klinikk J: Oslo sykehusservice

I tillegg kommer en rekke stabsenheter.

5.3.2 Pasientgrunnlag og aktivitet i 2009

Den nåværende pasientaktiviteten er basis for framskrivning og dimensjonering av sykehusfunksjonene. OUS har forestått datainnhenting, som er NPR-data for somatikk og psykiatri i 2009. Årsaken til at 2009 velges som basisår, var at 2010 ikke kunne leveres tidlig nok til å danne grunnlag for analysen.

Innen somatikk er pasientdata strukturert slik:

- Avdelingsopphold, liggedager, dagopphold og polikliniske besøk fordelt på
 - Sykehusenhet: Aker, Gaustad, DnR, Ullevål
 - Klinikker
 - Avdeling/spesialitet
 - Opptaksområde (Oslo sykehusområde, Ahus sykehusområde, Vestre Viken sykehusområde, øvrig HSØ, andre)
 - Aldersgrupper: 0-17 år, 18-44 år, 45-66 år, 67-74 år, 75-79 år, 80-84 år, 85 år+.

For psykisk helse og avhengighet er det innhentet pasientdata fra 2010 oppdelt etter sted, avdeling/spesialitet og opptaksområde.

Dessuten er det behov for andre aktivitetsdata knyttet til pasientbehandlingen for hver av de fire lokalisasjoner, for eksempel:

- Akutfunksjonen: antall akutte pasientankomster, skadepoliklinikk, innleggelser i observasjonsseng
- Operasjon: operasjoner for inneliggende pasienter og dagkirurgi fordelt på spesialiteter
- Intensiv: antall liggedøgn og antall døgn med bruk av spesialisert behandling, eks. respiratordøgn.
- Billeddiagnostikk: antall undersøkelser fordelt på type (konvensjonell røntgen, UL, CT, MR)
- Nukleærmedisinske undersøkelser.

De innhentede data er et uttrykk for den samlede aktiviteten i OUS i 2009. Dette er korrigert for den aktivitet som skal overføres til Ahus og Vestre Viken (VVHF), slik at det er differansen som legges til grunn for en framskrivning av OUS-aktiviteten til 2025. Alle pasientdata er eksklusiv nyfødte innlagt i barselavsnitt. Resultatet av disse beregningene er oppsummert nedenfor:

Tabell 12. Beregnet somatisk aktivitet ved OUS etter overføring til Ahus og Vestre Viken HF

| Klinikker i OUS | 2009 | | | | | | 2009 etter overføring til Ahus/VV | | | | | |
|-----------------|----------------|---------------------------|----------------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------|---------------|----------------|
| | Avd-opphold | Ligge-dager i normal seng | Ligge-dager i hotell | Opph i obs seng | Dag-opphold | Poli-klinikk | Avd-opphold | Ligge-dager i normal seng | Ligge-dager i hotell | Opph i obs seng | Dag-opphold | Poli-klinikk |
| B | 19.980 | 112.156 | | 2.957 | 33.065 | 96.697 | 11.053 | 65.944 | | 2.904 | 20.409 | 68.607 |
| C | 22.469 | 93.683 | | | 28.770 | 259.790 | 21.132 | 81.314 | | | 24.771 | 224.624 |
| D | 27.085 | 89.222 | | | 23.071 | 136.373 | 27.758 | 75.291 | | | 20.006 | 117.362 |
| E | 20.292 | 100.430 | | | 18.484 | 117.480 | 17.408 | 87.879 | | | 14.780 | 89.911 |
| F | 13.016 | 41.693 | | | 6.654 | 28.433 | 13.675 | 40.679 | | | 6.591 | 25.292 |
| G | 7.158 | 40.753 | | | 13.396 | 62.909 | 6.917 | 38.781 | | | 8.929 | 55.137 |
| H | | | | 4.215 | | | | | 3.899 | | | |
| I alt | 110.000 | 477.937 | 65.050 | 7.172 | 123.440 | 701.682 | 97.942 | 389.887 | 65.050 | 6.803 | 95.484 | 580.934 |

Det er dermed aktiviteten 2009 etter overføring til Ahus/VVHF som danner grunnlag for framskrivning til 2025.

For psykisk helse og avhengighet er aktiviteten i 2010 henholdsvis i 2011-13 etter overføring til Ahus/VVHF vist nedenfor:

Tabell 13. Beregnet aktivitet psykisk helse og avhengighet etter overføring til Ahus og VVHF

| Psykisk helse og avhengighet | 2010 | | | | 2011-13 etter overføring til Ahus/VV | | | |
|------------------------------|---------------|----------------|--------------|----------------|--------------------------------------|----------------|--------------|----------------|
| | Utskrivninger | Liggedager | Dag | Poli | Utskrivninger | Liggedager | Dag | Poli |
| Voksenpsykiatri | 755 | 19.707 | 0 | 21.839 | 1.127 | 29.417 | | 26.697 |
| Forsterkte plasser psykiatri | 163 | 34.595 | 0 | 1.344 | 33 | 25.214 | | 1.344 |
| Alderspsykiatri | 140 | 8.392 | 2.690 | 3.364 | 140 | 8.392 | 2.690 | 3.364 |
| Rus akutt & avgiftning | 2.741 | 21.113 | 65 | 1.761 | 2.500 | 15.850 | | 2.250 |
| Avhengighet | 269 | 18.425 | 247 | 15.963 | 243 | 22.887 | 2.000 | 14.080 |
| BUP | 184 | 6.951 | 4.998 | 43.956 | 103 | 4.468 | 1.679 | 39.627 |
| DPS | 318 | 26.426 | 687 | 39.929 | 285 | 17.960 | 687 | 39.599 |
| I alt | 4.570 | 135.609 | 8.687 | 128.156 | 4.431 | 124.188 | 7.056 | 126.961 |

5.3.3 Overføring av aktivitet til Ahus og Vestre Viken HF

OUS har beregnet hvor stor aktivitet som skal overføres fra OUS til Ahus og VVHF. Denne beregning er basert på forbruksrater for område- og lokalsykehusfunksjonen. Den overførte somatiske aktiviteten fordelt på de fire sykehusenheter er som følger:

Tabell 14. Overført somatisk aktivitet fra OUS til Ahus og Vestre Viken

| | Aker | DNR | RH | US | OUS i alt |
|---------------------|--------|-------|--------|--------|-----------|
| Avdelingsopphold | 12.638 | -50 | 1.369 | 5.578 | 19.534 |
| Liggedager | 62.884 | -755 | 7.432 | 20.684 | 90.244 |
| Opphold observasjon | | | | 369 | 369 |
| Dagopphold | 13.057 | 575 | 4.841 | 10.430 | 28.904 |
| Poliklinikk | 50.062 | 2.306 | 20.177 | 51.737 | 124.283 |
| Antall senger *) | 198 | -2 | 26 | 67 | 289 |

*) 70 % utnyttelse av senger for barn og 85 % for øvrige

De overførte liggedagene er omregnet til senger med 70 % belegg for barnesenger og 85 % belegg for øvrige senger. Hoveddelen av den overførte aktiviteten kommer fra Aker sykehus. Sammenlagt overføres ca. 290 senger (Tabell 14). Dette skal imidlertid motregnes for noen fødsler som tilbakeføres til OUS fra Vestre Viken. Det dreier seg om 1.000 fødsler i 2009 med tilknyttede liggedager, poliklinikk og dagopphold. For psykisk helse og avhengighet utgjør den overførte aktiviteten til Ahus/VVHF ca. 11.000 liggedager, som svarer til ca. 33 senger med 90 % belegg.

5.3.4 Sengekapasitet 2009

For å illustrere sengebevegelsene som et resultat av overføringen av pasientaktivitet til Ahus og Vestre Viken, vises en oppstilling av senger basert på antall liggedager. For omregning til senger er det benyttet 85 % belegg for normale senger ved Aker og Ullevål, 80 % for normale senger ved DnR og Rikshospitalet, 70 % for hotellsenger og 80 % for observasjonssenger til akutte pasienter. Det regnes med et lavere belegg for DnR og Rikshospitalet fordi de i overveiende grad har elektive pasienter knyttet til region- og landsfunksjoner.

Tabell 15. Forbrukte somatiske senger basert på liggedagsforbruket omregnet til senger med 70 % belegg for barn og 85 % for normale senger i Aker og Ullevål, 80 % for DnR og Rikshospitalet, 70 % for hotellsenger og 80 % for observasjonssenger

| Senger OUS, somatikk | 2009 | | | | Overført til Ahus og VV 2009 | | | | 2009 etter overføring til Ahus/VV | | | |
|----------------------|----------------|---------------|------------|--------------|------------------------------|---------------|------------|--------------|-----------------------------------|---------------|------------|--------------|
| | Normale senger | Hotell senger | Obs senger | Senger i alt | Normale senger | Hotell senger | Obs senger | Senger i alt | Normale senger | Hotell senger | Obs senger | Senger i alt |
| Aker Sykehus | 323 | | | 323 | 198 | | | 198 | 125 | | | 125 |
| Radiumhospitalet | 177 | 66 | | 243 | -3 | | | -3 | 180 | 66 | | 246 |
| Rikshospitalet | 466 | 132 | | 598 | 27 | | | 27 | 440 | 132 | | 571 |
| Ullevål Sykehus | 641 | 57 | 20 | 718 | 67 | | | 67 | 574 | 57 | 20 | 651 |
| OUS i alt | 1.607 | 255 | 20 | 1.882 | 290 | | | 290 | 1.318 | 255 | 20 | 1.592 |

Sammenlagt var sengeforbruket i OUS i 2009 ca. 1.880 senger, hvorav 255 var hotellsenger. Til Ahus og Vestre Viken overføres aktivitet tilsvarende ca. 290 normale senger, hvorav de fleste går fra Aker sykehus. Tilbake i OUS blir det etter dette ca. 1.590 senger (beregnet 1.592), inkl. hotellsenger.

Det nåværende sengeforbruket (2010) innen psykisk helse og avhengighet samt antallet i 2011-13 etter overføring til Ahus/VVHF er vist i tabellen nedenfor. Sengetallet er beregnet med belegg 73 % for BUP og 90 % for øvrige fagområder.

Tabell 16. Forbruk av senger for psykisk helse og avhengighet

| Psykisk helse og avhengighet | Senger 2010 | Senger 2011-13 etter overføring til Ahus/VV |
|---------------------------------|-------------|---|
| Voksenpsykiatri | 60 | 65 |
| Forsterkte plasser psykiatri *) | 105 | 78 |
| Alderspsykiatri | 26 | 20 |
| Rus akutt & avgiftning | 64 | 58 |
| Avhengighet | 56 | 79 |
| BUP | 26 | 17 |
| DPS | 80 | 60 |
| I alt | 418 | 377 |

Senger er beregnet med 73 % belegg for BUP og 90 % for øvrige fagområder

*) Data inkluderer 16 senger til førstegangspsykosier på Majorstuen

Ovennevnte tabell viser forbruket i OUS inkl. 16 senger på Majorstuen. Ut over dette er det et relativt betydelig forbruk innen avhengighetsområdet i private institusjoner i Oslo området. Ifølge en oppsummering foretatt av Klinikk for psykisk helse og avhengighet utgjør dette forbruket ca. 100 senger.

5.3.5 Nåsituasjon psykisk helse og avhengighet

Psykisk helse og avhengighet er spredt over mange adresser og i dårlig egnede bygg. Dette gir en fragmentert klinisk virksomhet, der organisering av og antall stillinger ved poster og avdelinger må kompensere for bygningers plassering og dårlig egnethet. En del bygninger er så lite egnede at det er nødvendig å anvende mer tvang i døgnbehandling enn det en kan oppnå i en funksjonell bygningsmasse. Det er utført funksjonell egnethetsvurdering på aktuelle deler av bygningsmassen der store deler av denne er vurdert til lite egnede/uegnet, spesielt for døgnopphold:

- Dikemark: Det har lenge vært vedtak om nedleggelse av Dikemark. Her befinner noen av de tyngste pasientgruppene seg, inkludert RSA og PPU.
- Ullevål sykehus har lokal, byomfattende og regional virksomhet, inkludert akuttpsykiatri. Akuttpsykiatrisk avdeling på Ullevål befinner seg i gamle bygninger. Egnethetsanalyser viser at eksisterende bygninger generelt er lite egnede for dagens døgnbehandling, og det kompenseres for dette gjennom organisering og ulike tiltak.
- Gaustad: Det er full drift på Gaustad, der bygninger og store deler av området er anbefalt fredet i landsverneplanen. Tilbudet som er lokalisert på Gaustad er Nasjo-

nalt senter for hørsel og psykisk helse, Forskning innen psykisk helse, deler av Avdeling spesialisert døgnbehandling og Avdeling behandling unge fra Senter rus og avhengighet.

- Aker: Avhengighet og rusakuttmottak er nå beliggende både på Aker og Gaustad og har et viktig og gjensidig grensesnitt både mot somatikk og psykisk helse.
- Sogn: BUPA befinner seg i stor grad på sykehusområdet på Sogn senter for barn og ungdomspsykiatri (tidligere SSBU), der nåtilstands- og egnethetsvurderinger kommer til dels meget dårlig ut.
- DPSene har mange adresser og ønskes samlokalisert i henholdsvis Nordre og Søndre Oslo DPS for å kunne drifte mer samordnet og effektivt.
- Tre BUP'er er lokalisert i bydelene.

Idéfase for Ullevål HF i 2006 konkluderte med at en flytting og erstatning gjennom ny, egnet bygningsmasse både ville styrke forutsetningene for å gi et kvalitativt godt tilbud, være driftsøkonomisk gunstig og ville redusere arealbehovet.

5.3.6 Nåsituasjon somatikk

Den somatiske virksomheten ved OUS er lokalisert ved mange adresser. De fire store hoved-lokalisasjonene er Aker, Ullevål, Rikshospitalet og Radiumhospitalet. Det er disse fire som er tatt med i beregningene i denne rapporten. I tillegg kommer blant annet SSE (Statens senter for epilepsi) i Sandvika og Geilomo barnesykehus. Disse to er ikke med i beregningen av framtidens arealbehov, men det er gjort en kort vurdering av arealbehovet ved SSE, basert på tidligere analyser²¹. I kapittels 8 omtales bygningsmassen ved de ulike lokalisasjonene i forhold til nåtilstand teknisk og funksjonelt samt egnethet for framtidig sykehusdrift.

5.3.7 Integrering psykisk helse og somatikk.

Det er klare politiske og faglige føringer for at man ønsker større grad av integrering mellom psykisk helse og avhengighet med somatikken. Faglig begrunnes det med at man må se hele mennesket – dvs. både psyke og soma. I dagens OUS er det ikke en optimal integrering mellom disse fagområdene. Noe er blitt bedre, blant annet med flytting av rusakutt og avgiftning til Aker. Det er et sterkt ønske og behov for at disse følger resten av aktiviteten fra Aker når denne flytter til Ullevål.

5.4 Nåsituasjon forskning og utdanning - FoU

5.4.1 Generelt

Forskning og utdanning er blant de lovpålagte oppgavene som krever areal i et sykehus, og i særlig stor grad i et region- og landssykehus. Arealbehovet genereres av de oppgaver og arbeidsprosesser som er knyttet til forskning og utdanning, herunder utstyr og mennesker målt i antall årsverk. Antall årsverk forsker, forskningsstøtte og administrasjon, samt antall samtidige studenter, er dimensjonerende faktorer som arealberegningen bygger på, og som derfor kartlegges initialt.

5.4.2 Grunnlagsdokumenter

Beskrivelse og beregning av funksjoner og aktiviteter er hentet fra:

- OUS prosjektrapport P2 med vedlegg 25.5.2009 - Organisering av forskning og utdanning.
- OUS prosjektrapport P6 januar 2010 - Aktivitets- og arealprosjektet.
- Regnskap FoU 2009, Forskningsstøtteavdelingen OUS.
- Finansiering FoU årsverk og Biotek 2009, Forskningsstøtteavdelingen OUS.
- Klinikkenes rapportering av aktivitet i 2009 til Norges forskningsråd
- Studiehåndbøker og timeplaner våren 2011 for 12 semestre på medisinstudiet ved UiO

²¹ Oslo universitetssykehus HF. Idéfaseutredning. Epilepsisenteret – SSE.

- Praksisplassfordeling 2010-11, HiO Avdeling for helsefag, kontoret for studieadministrasjon
- Arealutviklingsplan 2025 Biobanker ved OUS – 2025, notat fra seksjonsleder for biobank og registerstøtte, 6.4.2011.

5.4.3 Forskning og utvikling - årsverk

Oslo universitetssykehus er en tung forskningsorganisasjon som representerer mer enn 50 prosent av all medisinsk og helsefaglig forskning i norske helseforetak. Foretaket har mange forskningsmiljøer i internasjonal toppklasse, og høy forskningsaktivitet med om lag 1500 vitenskapelige artikler i norske og utenlandske forskningstidsskrifter. I 2009 ble det avlagt mer enn 100 doktorgrader i Oslo universitetssykehus.

1174 årsverk var knyttet til forskning og utvikling i OUS i 2009²², av disse utgjorde stab knapt 90 årsverk (dvs. ca. 13 %). I følge klinikkenes egenrapportering av aktivitet i 2009 ble ovennevnte årsverk bemannet av 1259 personer²³. Fra UiO var ytterligere 367 personer tilknyttet forskning og utvikling ved OUS i 2009. Det forutsettes at disse i hovedsak var heltidsstillinger²⁴. Gitt også her en forutsetning om 13 % andel administrativt FoU personell, så utgjør dette 49 av de 367 stillingene. I *årsverk forskning og undervisning* inngår professor I og II, postdoc., doktorgrad studenter, forskere, seniorforskere, klinikere med doktorgrad som underviser studenter (D-stillinger), samt teknisk og administrativ støttepersonell. I antallet inngår også alt forsknings- og utviklingspersonell som utfører sitt arbeid i OUS lokaler, uavhengig av ansettelsesforhold, dvs. også personell ansatt i OUS, i UiO og via eksterne finansieringskilder.

Tabell 17. Antall årsverk innen FoU i OUS i 2009

| Årsverk, forskning og utvikling | UiO | OUS | Totalt |
|---------------------------------|------------|--------------|--------------|
| Forskere | 318 | 1 085 | 1 403 |
| Stab | 49 | 89 | 138 |
| I alt | 367 | 1 174 | 1 541 |

5.4.4 Utdanning - antall samtidige studenter

Oslo universitetssykehus har viktige og omfattende utdanningsoppgaver innen medisin og helsefag. Sykehuset samarbeider med universiteter og høyskoler om undervisning og tilrettelegging av praksis for studenter innen profesjonsutdanninger og videre- og etterutdanning i medisin, sykepleie og en rekke andre helsefag. Sykehuset samarbeider blant annet med Universitetet i Oslo, Høgskolen i Oslo, Høgskolen i Akershus, Diakonhjemmet Høgskole, Lovisenberg diakonale høgskole, Diakonova Høgskole, Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Buskerud. Utover dette har OUS ansvar for å vedlikeholde og videreutvikle kompetanse i relasjon til den øvrige helsetjenesten i regionen. Samhandlingsreformen påvirker OUS rolle og øker helseforetakets ansvar for veiledning og bistand overfor både primærhelsetjenesten og andre sykehus i regionen.

Kartleggingen i dette dokumentet er avgrenset til å omfatte medisinstudenter, psykologistudenter, høgskolestudenter, studenter i spesialistutdanninger og videreutdanninger innen helsefag.

Medisinstudentene er en stor studentgruppe i OUS. Medisinstudiet varer i 6 år og består av 12 semestre, hvert på 20 uker. Det opptas 110 studenter per halvår. 1. til halve 4. semester er felles for medisinstudenter, odontologistudenter og klinisk ernæringsfysiologstudenter, totalt 210 studenter på hvert semester. Undervisning i basal- og laboratoriefag dominerer de første 3 ½ semestrene, og undervisningen foregår i all hovedsak i prekliniske bygg, utenfor OUS. For medisinstudentene øker pasientkontakten gradvis utover i studiet. I andre halvdel av 4. semester og 5.-9. semester foregår det meste av undervis-

²² Kilde: Sammendrag finansiering årsverk og biotek 2009. Forskningsstøtte, OUS.

²³ Kilde: Klinikkenes egenrapportering til Norges forskningsråd 2009.

²⁴ Oversikt over antall årsverk fra UiO i OUS er ikke fremskaffet.

ningen på de store universitetssykehusene. I 8. semester er det 3 ukers utplassering i psykiatrisk poliklinikk eller institusjon, mens 10. semester omfatter 6 ukers utplassering i allmennpraksis og 6 uker i sykehus i praksis utenfor universitetssykehusene. Både i 8. og 11. semester er det avsatt 6 uker til arbeid med fordypningsoppgave. Medisinstudentenes tilstedeværelse i OUS lokaler varierer gjennom året. Høyeste antall samtidige medisinstudenter i 2011 er 940.

Undervisningsformer i medisinstudiet:

- *Forelesninger* - Foregår oftest i auditorier, og omfatter hele kullet av studenter.
- *Klinikker* - I somatikk presenteres en eller flere pasienter for større grupper av studenter, eventuelt hele kullet. Alternativt kan pasienten presenteres på video e.l. Innen faget psykiatri, foregår klinikkene i grupper på 7-9 studenter (basisgrupper).
- *Seminar* - En undervisningsform for alle studenter, som benyttes i flere semestre og som kombinerer forelesninger med studentaktiviserende tiltak (praktiske øvelser/ presentasjoner forberedt av studenter/ gruppearbeid/ summegrupper/ diskusjoner i plenum)
- *Kurs* - Laboratorie-, mikroskopi-, disseksjon-, og annen ferdighetstrening i ferdighetslaboratorier. En eller flere basisgrupper.
- *PBL (problembasert læring)* - Læring i 8-10 samtidige smågrupper á 5-8 studenter, som arbeider med en oppgave i regelmessige møter (to per uke/oppgave).
- *Klinisk smågruppeundervisning* - Lærer underviser studenter i små grupper (2 - 8 studenter) i pasientsituasjoner ved sykehusavdeling, poliklinikk, eller i helseinstitusjon utenfor sykehus.
- *Utplassering/praksis* - Studentene er utplassert på sykehus, andre helseinstitusjoner eller hos praktiserende leger enkeltvis eller i små grupper.
- *Avdelingstjeneste* - Tilstedeværelse i sykehusavdeling eller poliklinikk, enkeltvis eller i små grupper. Arbeider med tildelte oppgaver (f.eks. journalskriving, praktiske prosedyrer, annet arbeid i avdelingen) og/eller får anledning til å assistere og observere leger i deres arbeid.
- *Journalskriving* - Dokumentasjon i forbindelse med mottak, behandling, kontroll osv. av pasient
- *Hospitering* - Studentene kan frivillig være med på organisert, klinisk aktivitet som tilskuer eller medhjelper, f. eks. legevaktkjøring, ambulansetjeneste.

Psykologistudiet ved UiO har halvårige opptak og går over 12 semestre. OUS har 28 plasser til psykologistudenter i hovedpraksis, og 20 plasser til studenter i forpraksis²⁵. I tillegg er enkeltstudenter fra Universitetene i København og Göteborg i praksis ved OUS, men det foreligger ikke overordnet avtale om praksisplasser for utenlandsstudentene. Studentene er hovedsaklig i praksis i klinikk A Psykisk helse og avhengighet, men noe praksis er også lagt til klinikk G Kirurgi og nevrofag. Psykologistudentene har forpraksis 4 timers praksis per uke i 11 uker og i 3 perioder. I forpraksis får studentene veiledning i grupper á 4. Hovedpraksis gjennomføres på fulltid over et halvt år, og er lagt til 10. semester. I denne perioden arbeider studentene relativt selvstendig som behandlere. For psykologistudentene forutsettes kontinuerlig maksimalt 35 samtidige praksisplasser i OUS.

Høyskolestudentene er en annen stor studentgruppen, som omfatter sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, bioingeniør, radiograf, sosionom, vernepleie og barnevern. Disse studentene har en betydelig andel praktisk undervisning i OUS. Studentene har noe veiledningssamtaler og teoretisk fordypning i praksis, mens mesteparten av den teoretiske undervisningen foregår i høyskolen. På samme måte som medisinstudentene varierer høyskolestudentenes tilstedeværelse i OUS. Maksimalt antall samtidige høyskolestudenter i somatisk praksis i OUS i 2011 er 369. høyskolestudentene og psykologistudentene er i samtidig praksis i Klinikk for psykisk helse og avhengighet, og samlet antall samtidige studenter er da 139.

Leger i spesialistutdanning (LIS) er ansatt i sykehuset og utfører ordinær legejobb parallelt med videreutdanningen. Spesialistutdanningen gjennomføres over 4-5 år. OUS er godkjent utdanningsinstitusjon for 42 spesialiteter, og i 2009 var det ved OUS registrert minst 737 leger under spesialistutdanning. Undervisningen består av løpende klinisk veiledning, faste veiledningssamtaler, internt opplæringsprogram og egenstudier, utstrakt

²⁵ OUS prosjektrapport P2 med vedlegg 25.5.2009 - Organisering av forskning og utdanning.

bruk av "lærer-svenn" modellen. Aktiviteten forutsettes å kunne finne sted innenfor klinikkens behandlingsarealer i kombinasjon med de kontorfasiliteter LIS eller veileder har tilgang på.

Bachelorprogram helseledelse og helseøkonomi tar årlig opp 40 studenter, mens 230 studenter tas opp til **7 ulike mastergradsprogram** (ernæring, sykepleievitenskap, helsefagvitenskap, International Community Health, rus og selvmordsforebyggende arbeid, Health economics, helseadministrasjon). Ved de ulike studieprogrammene gjennomfører anslagsvis 10-25 % av studentene sine masteroppgaver i samarbeid med ulike miljøer ved OUS, og ansatte ved OUS er ofte veiledere for kandidatene. OUS mottar også noen masterstudenter fra andre utdanningsinstitusjoner.

Masterprogrammet i klinisk ernæring tar opp 20 studenter til 5-årig studium en gang per år²⁶. Studentene har fire ukers praksis i OUS.

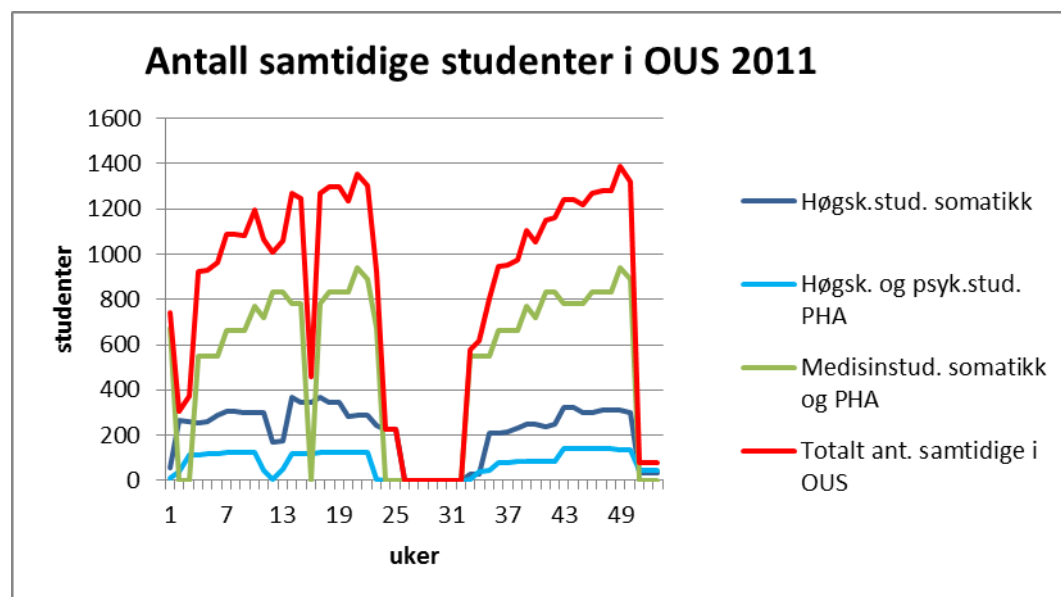
Institutt for spesialpedagogikk ved UiO tar årlig opp 40-80 studenter til **masterutdanning med fordypning i audiopedagogikk og logopedi**. Utdanningen benytter praksisplasser ved OUS, men neppe i stort omfang.

Farmasøytisk institutt har et **deltids masterstudium i klinisk farmasi** som årlig omfatter 10-15 studenter, og hvor praksisveiledning foregår ved ulike avdelinger ved OUS.

Hospitanter med studieplass i utlandet er økende. Det foreligger ingen oversikt over omfanget av disse, og hospiteringen foregår hovedsakelig om sommeren når annen studentaktivitet er lav i OUS. Hospitantene forutsettes følgelig ikke å kreve særskilt areal. Leger fra andre sykehus og utenlandske leger hospiterer også i OUS. Heller ikke her foreligger oversikter som viser antall eller frekvens. Det anslås i denne omgang maksimal 2-3 samtidige hospitanter pr klinikk, dog ikke i alle klinikker samtidig.

Flere av gruppene ovenfor er for små til å gi store arealmessige utslag hver for seg. Samlet sett vil de imidlertid representere et betydelig arealbehov, og kapasitetsberegnes derfor med et prosentvis påslag på beregnet areal til medisin-, psykologi- og høyskolestudenter.

Kartleggingen av antall samtidige studenter i OUS viser at det maksimale antall samtidige studenter i OUS 2011 er i underkant av 1 400.



Figur 26. Antall samtidige studenter i OUS

²⁶ Studiet legges om fra studieåret 2011/2012.

Den grafiske fremstillingen viser en teoretisk beregning av toppbelastning, og store variasjoner i antall samtidige studenter. Både ukentlige variasjoner, sykefravær, permisjoner og andre individuelle forhold tilsier at det er riktig å benytte et korrigert tall for videre beregning. Det er gjort en gjennomsnittsberegning av samtidige studenter i uker med studenttall over et visst nivå. Gjennomsnittsberegningen er gjort per studentgruppe, fordi det er store variasjoner mellom gruppene. For å fange opp et ikke presist angitt arealbehov knyttet til hospitanter, studenter i videre- og etterutdanning, er det gjort et generelt påslag på 10 %.

Tabell 18. Gjennomsnittlig antall samtidige studenter per hovedgruppe

| Antall samtidige studenter i praksis i OUS | Høyskolestudenter somatikk | Høyskole og psykiologistudenter PHA | Medisinstudenter somatikk og PHA |
|--|---|--|---|
| | Gjennomsnitt av alle uker med > 160 studenter | Gjennomsnitt av alle uker med > 80 studenter | Gjennomsnitt av alle uker med > 550 studenter |
| Gjennomsnitt antall studenter i definerte uker | 280 | 116 | 743 |

5.4.5 Andre funksjoner i dag

Kjernefasiliteter

For å holde forskning og innovasjon på et internasjonalt nivå, forutsettes forskningsinfrastruktur og kjernefasiliteter. Det er i 2010 identifisert 15 kjernefasiliteter i Oslo universitetssykehus. Utvalget av kjernefasiliteter endres jevnlig, og med unntak av PET scan og lignende utstyr, har neppe kjernefasilitetene så store arealmessige konsekvenser at det er formålstjenlig å ta hensyn til disse i denne fasen av arealplanleggingen.

Biobank

Oslo universitetssykehus er landets største sykehus og utfører omtrent halvparten av all medisinsk forskning i Norge. Anslagsvis 40 % av alle forskningsprosjekt benytter humant biologisk materiale. Biologisk materiale lagres i ulik nærhet til den daglige virksomheten (som oftest laboratoriefunksjoner). Nærhetsbehovet kan deles inn i tre nivåer, som også vil være relevante i et 2025 perspektiv:

- Nærlager - i laboratoriet
- Intermediærlager/mellomlager - i samme bygg eller nærliggende bygg
- Fjernlager - fortrinnsvis på organisasjonens område, men kan under noen rammebetingelser være lengre unna.

I en gjennomgang av nær- og intermediærlagre (diagnostiske biobanker, behandlingsbiobanker og forskningsbiobanker) på Rikshospitalet - Radiumhospitalet i 2007, oppsummerer man arealbehovet til i underkant av 1 400 kvm. Tilsvarende oversikt foreligger ikke for Ullevål og Aker. Samlet sett estimeres dagens arealer for nærlagre og mellomagre for OUS til 2 500 kvm.

I denne fasen av planleggingen inngår biobank i arealstandardene for FoU og sykehusarealer, og fremkommer ikke som eksklusivt areal i arealoppstillingene.

Forsøksdyr

Det er to avdelinger for komparativ medisin ved Oslo universitetssykehus:

- dyrestallene på Montebello og Gaustad
- seksjon for komparativ medisin

Samlet kapasitet ved avdelingene var i 2009 3700 bur og 17 plasser til større dyr. Eksisterende areal til dyrestall anslås til ca. 3 700 kvm netto, fordelt på 3 ulike adresser ²⁷.

²⁷ Fra Helse Sør-Østs romdatabase.

Medisinsk bibliotek

UiO og OUS har en gjensidig intensjon om at medisinsk bibliotek skal virksomhetsoverdras til UiO, og en avtaleprosess er startet²⁸. Uavhengig av eierstruktur for medisinsk bibliotek, forutsettes funksjonen å ha så tette bånd til klinisk virksomhet, at den skal inngå Arealutviklingsplan 2025 for OUS. Medisinsk bibliotek er en viktig tjeneste for klinisk praksis, og klinikken er en viktig ressurs for utviklingen av medisinsk bibliotek. Det bør derfor være lav terskel for å benytte seg av biblioteket, hvilket tilsier at det må være lett tilgjengelig, og lokalisert der klinisk virksomhet drives. I følge Helse Sør-Øst's romdatabase har OUS i dag ca. 1 700 kvm netto areal til medisinsk bibliotek. I tillegg er trolig satellitter lokalisert i de enkelte klinikker og enheter i OUS.

5.4.6 Overføring av aktivitet til Ahus HF og Vestre Viken HF

For di pasientgrunnetaget som overføres til Ahus og Vestre Viken HF i all hovedsak er lokalsykehustilknyttet, mens forskningsfunksjoner oftest er knyttet til regions- og landsfunksjoner, har overføringen til Ahus og Vestre Viken HF knapt medført noen reduksjon i antall forskerårsverk i Oslo Universitetssykehus HF. Heller ikke OUS studenttall reduseres som følge av overført pasientaktivitet til Ahus og Vestre Viken. Klinisk aktivitet på Aker universitetssykehus er planlagt nedtrappet over tid, og studentmassen innplasseres i gjenværende avdelinger i OUS.

5.5 Nåsituasjon ikke-medisinsk service, personalservice, pasientservice og sentraladministrasjon

Det er etablert servicefunksjoner ved alle de somatiske sykehuslokalisasjonene, og så langt er det laget en oversikt over det nåværende areal (netto og brutto) til disse funksjonene for de fire sykehusenheter Aker, Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål. Oppstilling av disse arealer er vist i vedlegg 5, og er basert på en romliste fra OUS. I tillegg kommer denne typen arealer ved bygg knyttet til psykisk helse og avhengighet.

5.6 Bemanning

Bemanningen i 2009 baseres på innhentede data fra OUS, som er strukturert etter sykehusenheter, klinikker og avdelinger svarende til pasientaktiviteten.

Tabell 19. Bemanning OUS 2009 (ekskl. forskere, SSE og Kreftregisteret)

| Funksjonsområde | Aker 2009 | RH & DNR 2009 | US 2009 | OUS 2009 |
|---|--------------|------------------|--------------|---------------|
| Klinikk A, psykisk helse og avhengighet | 1.202 | | 1.684 | 2.885 |
| Klinikk B-G, somatikk | 992 | 3.686 | 3.450 | 8.127 |
| Klinikk H og I | 616 | 1.427 | 2.100 | 4.144 |
| Service | 524 | 873 | 1.001 | 2.398 |
| I alt | 3.334 | 5.985 | 8.235 | 17.554 |

Den samlede bemanning i hele OUS til somatikk og psykisk helse og avhengighet (ekskl. stillinger til forskning, SSE og Kreftregisteret) utgjorde på dette grunnlag ca. 17.500 stillinger i 2009.

²⁸ Ref. Forskningsdirektør Erlend Smeland og Ove Sundby, leder medisinsk bibliotek OUS/UiO

5.7 Framtidig virksomhet (2025) sykehusfunksjoner

5.7.1 Demografisk framskrivning

OUS har foretatt den demografiske framskrivningen, hvor det har vært framskrevet tilsvarende befolkningsutviklingen fra 2009 til 2025 i de relevante opptaksområdene for hver av de valgte aldersgruppene. Det er pasientaktiviteten i OUS etter overføring til Ahus og Vestre Viken HF som er framskrevet.

5.7.2 Realvekst

Neste trinn i framskrivningen er å ta hensyn til realveksten, dvs. den vekst som kommer ut over den demografiske utviklingen. Realveksten er en konsekvens av epidemiologiske forhold, medisinsk teknologisk utvikling og generelle trender i etterspørsel etter sykehus-tjenester. Disse forholdene betyr erfaringsmessig økt aktivitet, men økningen er på mange områder vanskelig å kvantifisere. I den pasientframskrivning som presenteres her er det tatt hensyn til realvekst for kreftsykdommer, ved at det er tillagt 10 % til aktivitets-data for spesialitetene i DnR samt onkologi, gynekologisk kreft, og endokrin brystkirurgi i Ullevål. Dessuten er det tatt høyde for en øking innenfor dialyse, som svarer til en fordobling frem til 2025. Det forventes en fordobling i antall nyre- og levertransplantasjoner fram mot 2025. Dette som følge av økende alder, aksept av flere eldre på venteliste, mer diabetes, mer nonalkoholisk fettleversykdom, flere pasienter med avansert hepatitt C og flere retransplantasjoner.

5.7.3 Omstilling og effektivisering - somatikk

Det skjer stadig en forbedring og forenkling av dagens diagnostikk og behandling som gir muligheter for effektivisering. Samtidig kommer det fortløpende nye og bedre behandlingsmuligheter som gir økt etterspørsel etter tjenester. Dette kapittelet omhandler hvordan omstilling og effektivisering i pasientbehandlingen påvirker de demografisk framskrevne pasientdata – og er det siste trinnet i framskrivningen.

En Arealutviklingsplan 2025 skal se inn i framtiden. Det betyr at man må bygge beregningene på det man vet noe om samt de erfaringer som er gjort tidligere med hensyn til utviklingen generelt og spesielt. Det er viktig at man tar med i betraktning de historiske endringer som er store innenfor enkelte fagområder, og som ingen forutså omfanget av for 15-20 år siden. Dette gjelder f.eks. utviklingen innenfor dagkirurgi og dagbehandling, endringer i behandling av aldersbetinget makula degenerasjon (AMD) og innenfor hjerte-/karbehandling. Videre vil endringene fra store, åpne kirurgiske inngrep til mini-invasive, til dels kateterbaserte prinsipper for behandlinger fortsette. Det må tas høyde for oppgradering av medisinsk teknisk utstyr og viktige (ofte kostbare) teknologiske nyvinninger, f.eks. PET-scannere.

Generelle trender:

Teknologiske nyvinninger innen laboratoriemetodikk og billeddiagnostikk vil i stor grad få stor betydning for utformingen av OUS frem mot 2025. De fleste pasienter som er til utredning i OUS, vil bli undersøkt og behandlet ved laboratorieavdelingene og radiologienhetene. OUS. IKT-løsninger som håndterer logistikk av pasientflyt på tvers av organisatorisk grenser og mellom forskjellige IKT systemer er nødvendig. Sømløs informasjonsflyt innad i sykehus, i regionen og i landet vil være viktig bidrag til effektivisering. Behandlingstiden vil kortes ned ytterligere og det blir viktig for laboratorie- og radiologienhetene å ha gode logistikksystemer som til enhver tid kan vise hvor i systemet en pasientundersøkelse eller prøve befinner seg.

Helsetjenesten får trolig en utvikling mot mer individualisert medisin, hvor blant annet storskala undersøkelse av DNA/RNA vil spille en stor rolle. Dette vil sette store krav til informatikk delen av fagene i bl.a. Klinikk for diagnostikk og intervensjon (KDI). Dette aktualiserer også samling av sykehusets ressurser i spesialiserte sentre hvor man også bør se på samarbeidsflater mot særlig universitetet. Den individualiserte behandlingen vil også kreve investeringer i mer avansert billeddiagnostikk og kompetanseoppbygging på disse områdene.

Samling av dyrt og høyspesialisert utstyr/spesialtrent personale

Klinikk for diagnostikk og intervensjon er investeringstunge og kompetansetunge. Det er klare tendenser mot å samle tungt utstyr/spesialtrent personal på tvers av avdelingsgrenser. Den samme tendensen gjelder organisatorisk samling av lands/regionsykehusfunksjoner. For billeddiagnostikk, vil det i varierende grad være nødvendig med tilstedeværelse av alle personellkategorier på alle fysiske lokalisasjoner, da man kan tenke seg at maskiner og spesialtrent personale kan befinne seg der hvor pasienten er, mens tolkning kan utføres av spesialister som sitter samlet.

Nye behandlingsformer:

- Spesialister innen hjerte, kar og lunge vil dels initiere, dels utvikle og ta i bruk nye og bedre teknikker for behandling av hjerte, kar og lungesykdommer.
- Det vil bli en overføring av behandling fra åpen kirurgi til minimalinvasiv og intervensjonell behandling, til dels som kombinerte prosedyrer innen alle fagfeltene.
- Miniatyriserte systemer for diagnostikk (f.eks. ultralyd) vil være tilgjengelig for "bedside" bruk.
- Kombinerte operasjonsenheter og intervensjonslaboratorier (hybrid) vil få økende betydning og forutsetter integrasjon av utstyr for billediagnostikk. Disse behandlingseenhetene vil da tillate samtidig intervensjonsbehandling og operasjon. Eksempler på dette er kateterbasert implantasjon av hjerteklaffer og behandling av aortasykdom som begge allerede er etablert. Disse pasientgruppene vil øke, både som følge av aldring, men også redusert risiko ved behandling, bedret medisinsk teknologi og større krav til behandling i den aldrende befolkningen.
- Avanserte operasjonsstuer må være en fellesressurs for alle kirurgiske spesialiteter.
- Nye behandlingsmetoder som genterapi vil sette store krav til laboratorienes medvirkning.

Behov for døgnplasser - sengeplasser:

- Overgang til mindre og til dels kateterbaserte inngrep for å behandle hjerte-, kar- og lungesykdom vil kunne bidra til å redusere behovet for sykehussenger. Den samme virkning vil økning av polikliniske konsultasjoner og dagopphold gi.
- Samtidig vil utredning av eldre pasienter med mer komplekse sykdomstilstander på sin side øke behovet for senger, også i forbindelse med dagutredning. De kateterbaserte og mini-invasive behandlingsteknikkene fordrer sengearealer før og etter prosedyre – ofte er det behov for flere dagers behandling og observasjon etter et slikt inngrep.
- En forventer derfor ikke vesentlig reduksjon i behovet for pasientsenger, sannsynligvis vil behovet kunne øke.

Overvåkningsbehov:

De tyngste pasientgruppene vil forventes å øke i størrelse. Dette gjelder spesielt pasienter med mange parallelle medisinske problemer med behov for avansert behandling. Behovet for avanserte overvåkings- og intensivenheter vil derfor øke sterkt. Det vil derimot være behov:

- Generelle, organsystemrettede, spesialiserte enheter for koronarpasienter som fortsatt vil være en stor gruppe, så vel som multisyke pasienter med hovedproblemer i thoraxorganer eller karsystem.
- Mer spesifikke tverrfaglig orienterte enheter. Et eksempel på dette er enheter for avansert hjertesviktbehandling hvor skolering, medikamentell behandling, implantasjoner med henblikk på resynkronisering og rytmekontroll, mekanisk understøttelse eller transplantasjon.
- Flere intensivsenger. Dagens eksisterende underkapasitet og fremtidig øket etterspørsel vil øke behov for intensiv- og overvåkningssenger i nye enheter. I forbindelse med redesignprosjektet ved OUS 2010-2011, ble dette behovet beregnet til 50 % økning fra dagens nivå i 2025.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling:

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er under omstilling og opptrapping. Siden rusreformen i 2004 har det vært arbeidet med å vri behandlingstilbudet fra langtid til korttidstilbud og fra døgn til dag/poliklinikk. Feltet er fortsatt preget av et fragmentert pasienttilbud og lang ventetid til døgnbehandling. Omstillingsarbeidet vil fortsette frem mot 2025. Dette

innebærer i praksis at veksten innenfor tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) vil komme på poliklinikk/dagbehandling, mens sengetilbudet beholdes på nåværende nivå. Senter for rus- og avhengighetsbehandling har en områdefunksjon innenfor TSB, dvs. at hele Oslo unntatt bydelene Grorud, Stovner og Alna er opptaksområdet. Avdeling rus-akuttmottak har derimot hele Oslo som opptaksområde.

Metodisk er det foretatt en vurdering av følgende omstillingsparametre:

1. Omstilling fra behandling under innleggelse til dagbehandling, inkludert konsekvenser for vekst i den polikliniske aktivitet som følge av dette.
2. Anvendelse av observasjonssenger ved akuttmottak for å unngå innleggelser i normal seng og for å effektivisere innleggesforløpet ved rask observasjon/utredning/behandling i observasjonspost
3. Bruk av pasienthotell eller sykehotell
4. Reduksjon av liggetiden
5. Tiltak fra redesign-rapportene²⁹ som er relevante i dette perspektivet.

Fra døgn til dag

Det er her forutsatt at noen av elektive korttidsinnleggelser med en liggetid på maksimum 2 dager kan endres til dagbehandling. Dette gjelder alle korttidsinnleggelser med følgende unntak:

- Innleggelser i akuttmottak, anestesi, postoperativ og intensiv
- Innleggelser i fødeavdelinger, nyfødtavdelinger
- Observasjonsavsnitt og dagavdelinger
- Hotell.

Det er anvendt følgende prosentsetser for omstilling til dagbehandling:

- Pasientgrunnlag fra Rikshospitalet og DnR: 40 %
- Pasientgrunnlag fra Ullevål: 50 %
- Pasientgrunnlag fra Aker: 75 %.

Samtidig forutsettes det at pasienter som i stedet for døgnopphold får dagbehandling, også får en poliklinisk konsultasjon, og at halvdel av dem overnatter en gang i hotell.

Fra medvirkningsgruppe somatikk er det påpekt følgende; sitat:

Forutsetninger for overføring fra døgn til dagbasert behandling ved OUS:

En slik overføring betinger en klar bedring av logistikken på sykehus slik at man unngår flaskehalsen noe sted i pasientforløpet. Dette inkluderer god flyt i de pasientadministrative systemene, alle undersøkelser og behandlinger utføres til avtalt tid, tilstrekkelig personale er tilstede for å håndtere pasient og informasjon uten ventetid, tilstrekkelig kapasitet i sykehotell/pasienthotell, etc.

En overføring i stor skala fra døgn- til dagbasert behandling ved OUS er ikke mulig i dagens situasjon. Det vil kreve en betydelig gjennomgang av organiseringen av de enkelte pasientforløp og det må stilles ressurser til disposisjon for å gjøre de nødvendige endringer i organisasjonen.

Mer bruk av observasjons/korttidssenger

Det er forutsatt at 75 % av de akutte korttidsinnleggelsene på Aker Sykehus og Ullevål Sykehus kan legges inn i en observasjonspost i tilknytning til akuttmottak med henblikk på utredning, observasjon og eventuelt ferdigbehandling. Det forutsettes at 60 % av disse pasientene kan utskrives fra observasjonsposten. Resten overføres til normalsengeavsnitt. Her gjelder de samme unntak som for dagpasienter, jf. ovenfor. For pasienter som skrives ut, spares alle liggedagene i de normale sengene. For de pasientene som overføres til sengepost forutsettes at det totalt sett spares 0,5 liggedag. For pasienter som skrives ut fra observasjonspost tillegges et poliklinisk besøk. Det er her forutsatt at det ikke kan omstilles til observasjon på DnR og Rikshospitalet, dels fordi disse sykehusene kun har få akutte innleggelser, dels på grunn av den store andel av lands- og regionsfunksjoner.

²⁹ Redesign var en prosess som hver av klinikkene gjennomførte i forbindelse med fusjonen av sykehusene som i dag er OUS for å planlegge framtidig virksomhet og organisering

Mer bruk av pasient/sykehotell

Hotell til pasienter benyttes av Ullevål, DnR og Rikshospitalet (sykehotell eller pasienthotell). Benyttelsen av hotell er noe spredt, og forutsettes å kunne økes noe. Det er ved framskrivningen forutsatt at avdelinger på Ullevål som stort sett ikke benytter hotell i dag kan benytte noe, og for de øvrige sykehus er det forutsatt en begrenset øking på 5-10 % av liggedagene. Forutsetningene er vist nedenfor:

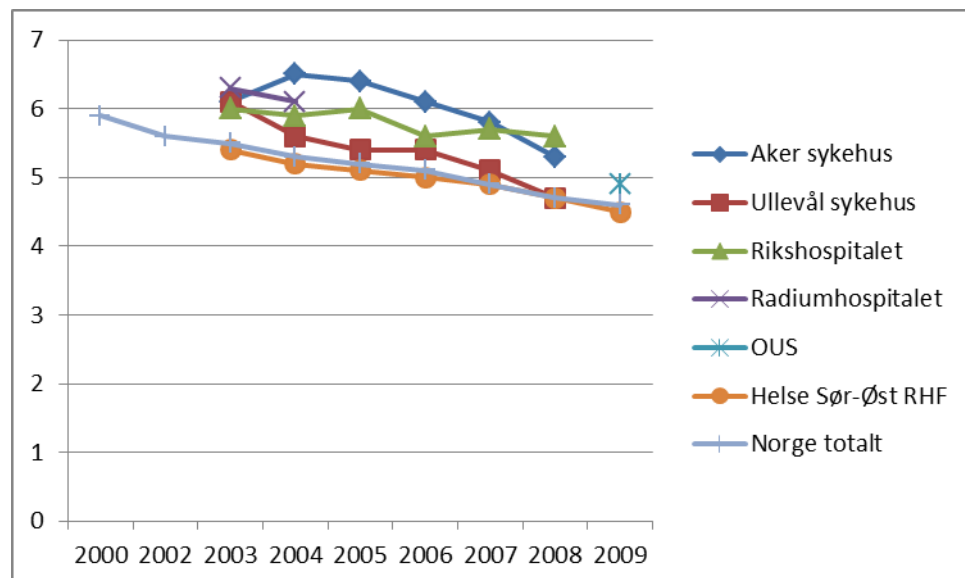
- Ullevål: Det er generelt regnet med at 5 % av liggedagene innen de medisinske og kirurgiske fag som i dag ikke bruker hotell kan flyttes. For øye er det regnet med 10 %. Ingen omstilling for nyfødtmedisin
- Aker og DnR: det er regnet med omstilling på 5 % for alle fagområder
- Rikshospitalet: Det er regnet med 10 % omstilling av liggedager til hotell innen ØNH og føde, og 5 % for øvrige fagområder. Det er ikke lagt inn omstilling for nyfødtmedisin.

I vedlegg 1-4 er det for hvert sykehus vist hvilken omstillingsprosent som er anvendt for hotellbruk, og hvor mange liggedager som flyttes.

Kortere gjennomsnittlig liggetid

De gjenværende liggedagene forventes å bli redusert, slik utviklingen har vært over lang tid. Fra andre prosjekter regnes det med en liggetidsreduksjon på 16-25 %. I arealplan for Stavanger Universitetssjukehus ble det regnet med en generell liggetidsreduksjon på 16-19 % fra 2009 til 2025. For nytt østfoldsykehus ble det regnet med en reduksjon på 25 % fra 2007 til 2020. For Helse Nordmøre og Romsdal ble det regnet med 20 % reduksjon.

Ut fra historiske tall, er det urealistisk at Rikshospitalet vil komme ned på samme gjennomsnittlige liggetid som lokal-/områdesykehusene ligger på. Figuren under viser utviklingen i gjennomsnittlig liggetid for døgnopphold. Endringene over tid, tyder på at det bør skilles mellom OUS som lokal- og områdesykehus og som sykehus med lands- og regionsfunksjoner. Dette er gjort ved at man i omstillingene beskrevet over har brukt en lavere prosentsats for aktiviteten ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet.



Figur 27. Utvikling av gjennomsnittlig liggetid ved OUS i perioden 2000-2009. Y-aksen viser døgn.

Som uttrykk for en generell sykehuseffektivisering er det her regnet med 10 % liggetidsreduksjon for DRN og Rikshospitalet og 20 % for Aker og Ullevål. Deretter er det regnet med konsekvenser av samhandlingsreformen, som forventes å gi en reduksjon i antall pasienter, liggedager, dagbehandling og poliklinikk. Dette gjelder område- og lokalsykehusfunksjonen (Aker og US) hvor det er regnet med ytterligere 5 % reduksjon av antall pasienter og liggedager i normale senger.

Det ble fra medvirkningsgruppen understreket at premissene for at dette skal være realistisk er at Oslo kommune både bygger opp kapasitet og kompetanse til å løse disse oppgavene.

Dessuten er det lagt inn 5 % reduksjon for pasienter, liggedager dagbehandling og poliklinikk innen regionfunksjonene (RH/DnR) som følge av nærmere samspill mellom regionssykehuset og sykehus på lavere nivå.

Det ble fra medvirkningsgruppen pekt på at kravet til desentralisering sett ut fra det nye inntektssystemet i HSØ trolig er av større omfang enn dette. Derfor kan dette komme til å tvinge seg fram uavhengig av om det vurderes som riktig fra et pasient- og fagståsted eller ikke.

I vedlegg 1-4 er det vist framskrivning for hver av de fire somatiske sykehusene etter ovennevnte prinsipper, hvilket kan sammenfattes i tabellen nedenfor:

Tabell 20. Framskrivning av den somatiske aktiviteten ved OUS

| Klinikker i OUS | 2009 | | | | | | 2009 etter overføring til Ahus/VV | | | | | | Framskrivning til 2025 - samhandling | | | | | |
|--|----------------|---------------------------|----------------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------|-----------------|---------------|----------------|--------------------------------------|---------------------------|----------------------|---------------|----------------|----------------|
| | Avd-opphold | Ligge-dager i normal seng | Ligge-dager i hotell | Opph i obs seng | Dag-opphold | Poli-klinikk | Avd-opphold | Ligge-dager i normal seng | Ligge-dager i hotell | Opph i obs seng | Dag-opphold | Poli-klinikk | Avd-opphold | Ligge-dager i normal seng | Ligge-dager i hotell | Opph i seng | Dag-opphold | Poli-klinikk |
| B | 19.980 | 112.156 | | 2.957 | 33.065 | 96.697 | 11.053 | 65.944 | | 2.904 | 20.409 | 68.607 | 10.682 | 55.744 | | 6.350 | 32.507 | 82.782 |
| C | 22.469 | 93.683 | | | 28.770 | 259.790 | 21.132 | 81.314 | | 24.771 | 224.624 | 19.208 | 71.359 | | 2.064 | 31.707 | 264.849 | |
| D | 27.085 | 89.222 | | | 23.071 | 136.373 | 27.758 | 75.291 | | 20.006 | 117.362 | 26.843 | 74.754 | | 1.489 | 25.025 | 143.771 | |
| E | 20.292 | 100.430 | | | 18.484 | 117.480 | 17.408 | 87.879 | | 14.780 | 89.911 | 17.594 | 86.051 | | 1.937 | 22.789 | 119.734 | |
| F | 13.016 | 41.693 | | | 6.654 | 28.433 | 13.675 | 40.679 | | 6.591 | 25.292 | 12.936 | 38.160 | | 1.205 | 10.136 | 33.434 | |
| G | 7.158 | 40.753 | | | 13.396 | 62.909 | 6.917 | 38.781 | | 8.929 | 55.137 | 6.573 | 36.148 | | 202 | 11.236 | 65.742 | |
| H | | | | 4.215 | | | | | 3.899 | | | | | | 4.788 | | | |
| I alt | 110.000 | 477.937 | 65.050 | 7.172 | 123.440 | 701.682 | 97.942 | 389.887 | 65.050 | 6.803 | 95.484 | 580.934 | 93.836 | 362.216 | 99.961 | 18.035 | 133.401 | 710.313 |
| Endring 2009 - 2025 | | | | | | | | | | | | -15% | -24% | 54% | 151% | 8% | 1% | |
| Endring 2009 etter overføring til Ahus/VV - 2025 | | | | | | | | | | | | -4% | -7% | 54% | 165% | 40% | 22% | |

Tabellen viser først de konkrete 2009 tallene, deretter 2009 tall korrigeret for overføringen til Ahus/VVHF, og til sist resultatet av den samlede framskrivningen til 2025, basert på de forutsetninger som er vist ovenfor. De fødsler som tilbakeføres til OUS fra Vestre Viken HF er fremskrevet på samme måte som øvrige pasienter og inngår i de fremskrevne pasientdata for 2025. Under tabellen vises endringsprosentene fra 2009 til 2025 både før og etter overføring til Ahus/VVHF. Sammenlignes 2025 aktiviteten med den konkrete 2009 aktiviteten, ser man en samlet reduksjon av avdelingsopphold på 15 % og en reduksjon av liggedagene på 24 %. Aktivitet i hotell, observasjon, dagbehandling og poliklinikk øker. Sammenlignes 2025 med 2009 aktiviteten etter overføring til Ahus/VVHF kommer det fram en reduksjon i avdelingsopphold på 4 % og en liggedagsreduksjon på 7 %. Tendensen for hotell, observasjon, dagbehandling og poliklinikk er uendret.

5.7.4 Omstilling og effektivisering – psykisk helse og avhengighet

For psykisk helse og avhengighet er det for hvert av de ulike fagområdene foretatt en demografisk framskrivning til 2025 for de relevante aldersgrupper og opptaksområder, Akershus og Oslo. Det er foretatt en effektivisering med 10 % reduksjon av liggedager for DPS. På dette grunnlag fås følgende tall for psykisk helse og avhengighet:

Tabell 21. Framskrivning av aktivitet innen psykisk helse og avhengighet ved OUS

| Psykisk helse og avhengighet | 2011-13 etter overføring til Ahus/VV | | | | Framskrivning til 2025 | | | |
|------------------------------|--------------------------------------|----------------|--------------|----------------|------------------------|----------------|--------------|----------------|
| | Utskrivninger | Liggedager | Dag | Poli | Utskrivninger | Liggedager | Dag | Poli |
| Voksenpsykiatri | 1.127 | 29.417 | | 26.697 | 1.354 | 25.295 | | 11.641 |
| Forsterkte plasser psykiatri | 33 | 25.214 | | 1.344 | 39 | 29.565 | | 10.078 |
| Alderspsykiatri | 140 | 8.392 | 2.690 | 3.364 | 195 | 9.198 | | 9.128 |
| Rus akutt & avgiftning | 2.500 | 15.850 | | 2.250 | 3.097 | 16.352 | | 3.481 |
| Avhengighet | 243 | 22.887 | 2.000 | 14.080 | 301 | 22.065 | 3.096 | 21.800 |
| BUP | 103 | 4.468 | 1.679 | 39.627 | 141 | 6.128 | 2.196 | 51.828 |
| DPS | 285 | 17.960 | 687 | 39.599 | 348 | 21.665 | | 48.362 |
| I alt | 4.431 | 124.188 | 7.056 | 126.961 | 5.475 | 130.267 | 5.292 | 156.318 |

Endring 2011/13 - 2025

24% 5% -25% 23%

For psykisk helse og avhengighet er det en økning innen utskrivninger og en noe mindre økning innen liggedager som en konsekvens av en mer effektiv pasientbehandling. Det er

også en øking innen poliklinisk aktivitet. Aktivitet innen dagbehandling reduseres. Ovennevnte data er eksklusiv førstegangspysykoser på Majorstua.

5.7.5 Bemanning 2025

Forventet estimat for bemanning i 2025 er nødvendig å vurdere for å få frem arealbehovet, da personalet har behov for kontorer, møterom, garderobes og kantine. Fremtidig bemanning er også av betydning for fremtidig driftsøkonomi, men denne bemanningsberegningen har bare det avgrensede formål å anslå sannsynlig behov for personalrelaterte arealer. Dette må derfor ikke forstås som et forslag til bemanningsplan for 2025. Det er et estimat for bemanning basert på forutsetningene om virksomhetsutvikling som ligger i denne planen med all aktivitet i nybygg. Delvis bruk av gammel bygningsmasse vil normalt føre til et større areal- og personalbehov.

Bemanningen i 2025 er fremskrevet fra 2009 basert på pasientutviklingen til 2025. Det er lagt til grunn en samlet effektivisering på 10 % i perioden (knappt 1 % per år). Dette gir følgende resultat for det samlede OUS sammenlignet med 2009 bemanningen:

Tabell 22: Framskrivning av bemanning ved OUS (ekskl. forskere, SSE og Kreftregisteret),

| Funksjonsområde | OUS 2009 | OUS 2025 | Endring i % |
|---|---------------|---------------|-------------|
| Klinikk A, psykisk helse og avhengighet | 2.885 | 2.727 | -5% |
| Klinikk B-G, somatikk | 8.127 | 7.046 | -13% |
| Klinikk H og I | 4.144 | 3.943 | -5% |
| Service | 2.398 | 2.179 | -9% |
| I alt | 17.554 | 15.894 | -9% |

På dette grunnlaget får vi en samlet reduksjon på 9 %. Det understrekes at 2009 bemanningen er før overføring av omkring 290 somatiske senger og 35 senger innen psykisk helse og avhengighet til Ahus og Vestre Viken.

Bemanningen i 2025 er beregnet i forhold til aktivitetsendringen fra 2009, hvor det var en reduksjon i antall opphold på 13 % og i liggedager (inkl. observasjon) på ca. 18 %. Samtidig er det en øking i dagbehandling på 5 % og i poliklinikk på 4 %. Dette sammenholdt med en generell effektivisering betyr at den samlede bemanning i 2025 blir mindre enn den var i før overføring til Ahus og Vestre Viken. Dette er illustrert av tabellen nedenfor.

Tabell 23. Endring i aktivitet og bemanning

| OUS - aktivitet og bemanning | 2009/2010 | 2009/2011 etter overføring | 2025 | Endring 2009-2025 i % |
|------------------------------|-----------|----------------------------|---------|-----------------------|
| Avdelingsopphold | 114.570 | 102.373 | 99.311 | -13% |
| Liggedager inkl. obs | 620.718 | 520.878 | 510.518 | -18% |
| Dagopphold | 132.127 | 102.540 | 138.693 | 5% |
| Poliklinikk | 829.838 | 707.895 | 866.631 | 4% |
| Bemanning | 17.554 | | 15.894 | -9% |

5.8 Framtidig virksomhet (2025) forskning og utdanning

5.8.1 Forskningsstrategi og utvikling

Oslo universitetssykehus visjon for forskning er "Frontforskning for bedre helse", der klinisk virksomhet, forskning og utdanning er tett integrert og gjensidig kvalitetshevende. Et av hovedmålene med etableringen av Oslo universitetssykehus var å styrke forskning. For å nå dette målet er det vesentlig at det nye helseforetaket ivaretar både topp og bredde i forskningen. Forskning skal utføres i alle deler av foretaket, samtidig som sterke forskningsmiljøer videreutvikles. Oslo universitetssykehus skal fungere som et nav i Helse Sør-Øst, med forskningsmiljøene ved Universitet i Oslo og Høgskolen i Oslo som viktige samarbeidspartnere. Frontforskningen skal favne bredt og fremme forskningsbasert spesialisthelsetjeneste og kliniske spissfunksjoner. Forskningen ved Oslo universitetssykehus bygger på noen viktige prinsipper, hvorav et utvalg har direkte innflytelse på den strategiske utviklingen av bygg og utstyr:

- God forskningskultur og frontforskning skal prege virksomheten.
- Laboratiebasert og klinisk forskning forsterker og utfyller hverandre.
- Det er tette koblinger mellom forskning, utviklingsarbeid, innovasjon og utdanning.
- God ressursutnyttelse og sambruk av avansert utstyr er avgjørende for gode resultater.
- Nasjonal lovgivning, internasjonalt aksepterte retningslinjer, god forskningsetikk og personvern ligger til grunn for all forskning ved sykehuset.

En bredt sammensatt prosjektgruppe i OUS utredet i 2009 organisering av forskning og utdanning i foretaket. Gruppen foreslo i sin rapport å integrere universitetsinstituttene i klinikkene/divisjonene, for å sikre optimal plassering av de enkelte institutter. Prosjektgruppen anbefalte videre at forskningen organiseres i en integrert modell sammen med den kliniske og laboratiebaserte virksomheten.

Translasjonsforskning, eller "forskning i klinikk" krever funksjonell og geografisk nærhet til pasientbehandling, og nær kontakt mellom klinikk og preklinisk miljø. Konseptuelt kan man forestille at forskning og utvikling knyttes til klinikk via kliniske forskningsposter, akademiske etasjer i klinikkene, eller som søyler "vegg i vegg" med avdelinger og poster.

Oslo universitetssykehus har som mål å styrke forskning innen alle fagområder. For å sikre at forskningen har relevans for praksis og for å utvikle stimulerende fagmiljøer er det viktig at vitenskapelig personell er ansatt i kombinerte stillinger (OUS og UiO eller OUS og Høgskole).

5.8.2 Utdanningsbehov

Med referanse til Helse Sør-Øst's utredning *Arbeidskraft og kompetanse mot 2020* (januar 2011), ser situasjonen god ut fram mot 2020. Det utdannes tilstrekkelig antall innenfor de aller fleste faggruppene dersom nåværende utvikling og organisering fortsetter. Ser vi derimot utover 2020, vil vi stå overfor et økende gap mellom etterspørsel og tilgang på arbeidskraft og kompetanse.

Når det gjelder legedekningen, ser denne ut til å bli tilfredsstillende. Profilen på spesialiseringen blant leger samsvarer imidlertid ikke med kommende behov. Det vil eksempelvis bli behov for langt flere allmenn medisinere på kommunalt nivå og i den desentraliserte spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten er det særlig behov for bred kompetanse, særlig på aldersrelaterte sykdommer (blant annet aldersmedisin og/eller geriatri) og kreftrelaterte spesialiteter. Det er allerede registrert mangel på radiologer og psykiatere, kompetansebehov som også forventes å øke framover. Statistisk avgang innen ulike spesialiteter underbygger inntrykket av underskudd på viktig kompetanse framover. Andelen eldre leger er høy innen flere spesialiteter, blant annet innen geriatri.

Behovet for sykepleiere vil øke. Prognosene mot 2030 tilsier et underskudd på ca. 7.000 sykepleiere i Helse Sør-Øst. Det er allerede mangel på kompetanse innen anestesi- og

operasjonssykepleie, og gjennomsnittsalderen blant både anestesisykepleiere og jordmødre er høy.

De fagpolitiske signaler sier at klinisk, pasientnær undervisning, og økt andel klinisk avdelingstjeneste for studentene, bør forbedres og styrkes. Dette vil føre til flere studenttimer på avdelingene enn hva som er praksis i dag.

Medisinstudenter og studenter fra andre fakulteter i og utenfor Norge, og hospitering av leger fra andre sykehus og helseinstitusjoner, er et stort og uoversiktlig område som allerede i dag har konsekvenser for avdelingenes drift. Aktiviteten antas å øke i omfang i fremtiden, og også omfatte nye studentgrupper.

Helse Sør-Øst utredningen beskriver at behovet innen psykisk helse vil øke samt et generelt økende behov for kompetanse på endrings- og motivasjonsarbeid i kombinasjon med fagkunnskap. Dette vil føre til et økt behov for psykologer. Signaler tyder på at Danmark er i ferd med å stramme inn i forhold til opptak av nordmenn til psykologutdanningen.

Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet ved UiO, utdanner realister på masternivå som arbeider innen ulike deler av sykehusvesenet, herunder medisinske fysikere, biokjemikere/molekylærbiologer og farmasøyter. Utdanningene er i varierende grad innrettet mot helsevesenets behov og i hvor stor grad opplæringen er integrert med praksisfeltet. Fakultetet ønsker derfor å opprette en mer klinisk rettet masterutdanning innen områdene medisinsk fysikk, 'clinical engineering', radiokjemi, bioinformatikk og klinisk molekylærbiologi (ca.60 studenter årlig).

Både befolkningsveksten og dreiningen mot en stor andel eldre tilsier at behovet for utdanning av helsepersonell vil som et minimum øke i takt med befolkningsveksten.

5.8.3 Andre funksjoner mot 2025

Biobank

Krav til fysisk infrastruktur er ikke avhengig av hvorvidt det biologiske materiale befinner seg i en behandlingsbiobank eller en forskningsbiobank. Sett i lys av kostnadene knyttet til etablering av adekvat infrastruktur, er det derfor tidligere vurdert at det er hensiktsmessig å se på alle typer biobanker samlet i organisasjonen. Denne vurderingen av fysisk infrastruktur bør ligge til grunn videre fremover. Behovet fram mot 2025 stipuleres med en årlig vekst av diagnostiske patologiprøver på 2 %. Når det gjelder forskningsbiobanker vil man kunne anta en viss økt prosentandel av forskning med bruk av biobanker, ikke minst til genomikk-studier. Dette innebærer et behov for nærlagre og mellomlagre for biobank også i 2025. Behovet for lagre vil være noe større enn dagens behov. Samtidig kan en gjennomgang og sanering av gamle prøver friggi kapasitet opp mot 30 %. I tillegg kan fjernlagre redusere behovet for mellomlagring. Oppsummert forutsettes den samlede økningen å ligge innenfor 2 % per år.

Fjernlagre utredes ikke innenfor Arealutviklingsplan 2025 for OUS, men vil påvirke behovet for nær- og mellomlagre. Per i dag leier OUS og Helse Sør-Øst 800 kvm netto eksterne arealer. Disse arealene kan komme til å øke til i størrelsesorden 2 000 kvm netto innen 2025.

Medisinsk bibliotek

Digitalisering er en sentral utviklingsfaktor for medisinsk bibliotekstjeneste. Umiddelbart tilsier dette arealreduksjon. Samtidig er samhandling, problembasert læring, gruppearbeid, åpenhet og møteplasser viktige suksessfaktorer i moderne sykehusdrift, som igjen påvirker hus og fasiliteter. Denne tilnærmingen bør testes i den videre utredningen, også i påvente av samarbeidsprosessen mellom UiO og OUS, om en felles avtale om medisinsk bibliotek.

6 Arealstandarder og utnyttelsesgrader

Morgendagens pasienter vil sannsynligvis ha større krav til standard på og tilgjengelighet av helsetjenestene enn det som er tilfelle i dag. Et eksempel er spørsmål om enerom. Et annet er spørsmål med hensyn til åpningstider ved poliklinikker o.l. I dette avsnittet pre-

senteres de arealstandarder og utnyttelsesgrader som er lagt til grunn for beregning av arealbehovet. Dette vises i tabellene nedenfor. Til sammenlikning vises også forutsetningene fra ett av de nyeste store sykehusprosjektene i Norge som er Nytt Østfoldsykehus.

6.1 Arealstandard sykehusfunksjoner

De benyttede arealstandardene er vist i tabellen nedenfor:

Tabell 24. Arealstandarder

| Kvm netto | | OUS | Bemerkning | Nytt østfold-sykehus |
|---|--|-------|---|----------------------|
| Kliniske funksjoner | | | | |
| Senger (somatikk) | | 27,0 | Se eksempel på somatisk sengepost | 25,5 |
| Senger medisinsk overvåking | | 40,0 | | 30 |
| Barn | | 39,0 | | 39 |
| Infeksjonsmedisin | | 34,0 | | 32,5 |
| Døgnplass (VOP) | | 42,0 | Se eksempel på voksenpsykiatrisk sengepost | |
| | | | | 41,5 |
| Skjermet døgnplass (VOP) | | 50,0 | | 50 |
| Døgnplass BUP | | 53,0 | Se eksempel på ungdomspsykiatrisk sengepost | |
| | | | | 52,6 |
| Skjermet døgnplass BUP | | 55,0 | | 55 |
| Dagplass (somatikk) | | 15,0 | Inkl. andel i birom - se kommentarer | 15 |
| Dagplass dialyse og kreft | | 20,0 | | 20 |
| Dagplass (PHA) | | 20,0 | Inkl. andel i birom - se kommentarer | 20 |
| Poliklinikkrom, standard (somatikk & PHA) | | 30,0 | Inkl. andel i birom - se kommentarer | |
| | | | | 30 |
| Spesialrom (somatikk) | | 40,0 | Inkl. andel i birom - se kommentarer | 40 |
| Stråleterapi | | 200,0 | Inkl. birom | |
| Spesialrom (PHA) | | 30,0 | Inkl. andel i birom - se kommentarer | 30 |
| Hotellseng | | 23,0 | | 23 |
| Observasjonsseng | | 27,0 | | 22 |
| Medisinske servicefunksjoner | | | | |
| Intensivsenger og tung overvåking | | 50 | | 42,5 |
| Postoperativ | | 16 | | 16 |
| Operasjon, inneliggende | | 120 | Inkl. andel i birom - se kommentarer | 110 |
| Operasjon, dag | | 120 | | 110 |
| Billeddiagnostikk, angio, CT, MR, PET, nukleærmedisin | | 90 | | 90 |
| Billeddiagnostikk, UL | | 30 | Inkl. andel i birom - se kommentarer | 30 |
| Billeddiagnostikk, øvrige | | 70 | | 70 |
| Fødestue | | 60 | Inkl. andel i birom - se kommentarer | 60 |
| Arbeidsplass, laboratorier | | 15 | Ekskl. spesial laboratorier og birom | 12 |
| Donortapping | | 15 | Inkl. andel i birom | 10 |
| Ikke-medisinske servicefunksjoner | | | | |
| Kontorarbeidsplass | | 8,5 | Pr. kontorplass, inkl. printer/kopirom og toalett. Ca. 50 % av kontorplassene er i landskap | |
| | | | | 8,5 |
| Kontorarb.plass til administrasjon | | 9,0 | Pr. kontorplass, inkl. printer/kopirom og toalett | |
| | | | | 9 |
| Møterom | | 1,8 | Pr. plass | 1,8 |
| Garderobeskap | | 0,8 | Pr. skap | 0,8 |
| Overnattingsrom | | 15,0 | Inkl toalett og bad samt andel i fellesom | |
| | | | | 15 |
| Personalkantine og kafeteria | | 2,1 | Pr. plass | 2,1 |

Tabell 25. Eksempler på birom

| |
|--|
| <p>Birom til dagplasser omfatter: Gjennomsnittlig arealstandard for kir, med, dialyse mv. Skap, opphold/hvileplasser, overvåking/vakt Toalett, depoter, skyllerom, tekjøkken</p> <p>Birom til spesialrom og u/b-rom i poliklinikker omfatter Støtterom til spesialrom, f.eks. Forberedelsesrom Pasientområde (ekspedisjon, venteplasser, toaletter) Forsyningsområde (lager rent+urent, skyllerom, rengøringsrom) Personalområde (arbeidsplasser, personaleopphold, toaletter)</p> <p>Birom til OP omfatter Forutsetter operasjon til inneliggende. Dagkirurgi har færre støtterom Operasjonsområde (forberedelsesrom, legevask, skiftestue) Ekspedisjon/venteområde (ekspedisjon, venteplass til pas./senger) Forsyningsområde (rom til leier (reng. & lager), rom til anestesistyr (reng. & lager), Rom til kjørende materiel (reng. & lager), mottak/forsendelse av sterilgods, steriliseringsenhet Præparatom, rengøringsrom, lager rent+urent, lager sterilvarer (2-3 dages forbruk) Personalområde (arbeidsplasser, personalopphold, toaletter)</p> <p>Birom til billeddiagnostikk omfatter Forutsetter digital billeddiagnostikk Undersøkelsesområde (omkleddningskabiner, støtterom) Pasientområde (ekspedisjon, venteplasser, toaletter, hvileplasser) Granskning (begrenset) Forsyningsområde (lager rent+urent, skyllerom, rengøringsrom, depot til utstyr, verksted) Personalområde (arbeidsplasser, møterom, personalopphold, toaletter)</p> <p>Birom til fødestue Undersøkelsesområde (forberedelsesrom) Pasientområde (venteplasser/rom, toaletter, bad) Forsyningsområde (lager rent+urent, skyllerom, rengøringsrom) Personalområde (arbeidsplasser, personalopphold, toaletter)</p> |
|--|

I tillegg til de definerte arealstandardene vil det være behov for areal for pårørende, som eksempel i forbindelse med intensivavdelinger hvor det i dag er trange forhold. Det samme trengs ved avdelinger hvor de behandler pasienter som er foreldre og hvor et slags familieliv skal leves.

6.2 Utnyttelsesgrad sykehusfunksjoner; senger

Den fremtidige sengekapasiteten kan beregnes som en konsekvens av framskrivningen. Det er ved beregning av sengetallet benyttet de sengeutnyttelsesgrader som vist nedenfor.

Tabell 26. Sengeutnyttelse

| | OUS | Kommentarer | Nytt østfold-sykehus |
|------------------|-----|--|----------------------|
| Senger | | | |
| Somatiske senger | 85% | 80 % for DNR og Rikshospitalet pga. overveiende elektive pasienter i regionsfunksjoner | 90% |
| Hotell senger | 70% | Redusert utnyttelse, f.eks. ingen belegg i helg | 90% |
| DPS | 90% | 20-30% av DPS sengene er beredskapssenger som belegges ca. 60 % | |
| Voksenpsykiatri | 90% | Jf. Sintef's framskrivning av sengetall til Helse Øst | 90% |
| BUP | 73% | Redusert utnyttelsesgrad pga. få senger | 73% |
| Rus/avhengighet | 80% | | |
| Barn | 70% | Redusert pga. små grupper og sesongsvingninger | 70% |
| Observasjon | 80% | Redusert utnyttelsesgrad pga. ØHJ | 80% |

Disse tallene tilsvarer tallene for Nytt Østfoldsykehus bortsett fra at det ble benyttet 90% for somatiske senger i Østfold. På grunn av et stort innslag av elektiv virksomhet, velges i beregningen en utnyttelsesgrad på 85 % for somatiske senger for voksne i Aker og Ullevål og 80 % for DnR og Rikshospitalet. 70 % for barn og hotell senger, og 80 % for observasjonssenger. For St.Olavs hospital og Nye Ahus ble det benyttet 85 % for somatiske senger.

6.3 Utnyttelsesgrad sykehusfunksjon; undersøkelses- og behandlingsrom

I forbindelse med planleggingen av Nytt Østfoldsykehus ble det igangsatt et arbeid for å harmonisere arealstandard og utnyttelsesgrader i undersøkelses- og behandlingsområder i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst RHF har aldri formelt behandlet resultatet av dette arbeidet. Nytt Østfoldsykehus og Ahus har begge 240 dager per år og 10 timer per dag. Til sammenlikning har Stavanger Universitetssykehus og St. Olavs Hospital 230 dager per år og 10 timer per dag. Utnyttelsesgradene nedenfor representerer dagplasser, polikliniske standardrom, undersøkelsesrom innen billeddiagnostikk under medisinsk service, samt operasjonstuer til inneliggende pasienter og dagkirurgi. Rom til spesialundersøkelser i de kliniske fag, for eksempel spesialrom kardiologi, nevrofysiologi som enten har spesialutstyr eller andre spesielle krav kommer i tillegg.

Tabell 27. Utnyttelsesgrader i undersøkelses- og behandlingsområder

| Utnyttelsesgrader dag/poli/undersøkelser/behandlinger | Oslo Universitetssykehus | | | Kommentarer |
|---|--------------------------|-----------|----------------------------------|---------------|
| | Dager/år | Timer/dag | Minutter/undersøkelse-behandling | |
| Dagplass | 230 | | | |
| Polikliniske standardrom | 230 | 10 | | |
| Pediatri | 230 | 10 | 40 | |
| Gynekologi og føde | 230 | 10 | 30 | |
| Anestesiologi (smerte) | 230 | 10 | 40 | |
| Kirurgi og ortopedi | 230 | 10 | 30 | |
| Medisin og hjerte-lunge | 230 | 10 | 40 | |
| Nevrologi | 230 | 10 | 40 | |
| Revmatologi | 230 | 10 | 40 | |
| ØNH | 230 | 10 | 30 | |
| Øye | 230 | 10 | 30 | |
| Onkologi inkl. stråleterapi | 230 | 10 | 40 | |
| PHA og rehabilitering | 230 | 10 | 75 | |
| Billeddiagnostikk | 230 | 10 | | |
| Konv rgt | 230 | 10 | 20 | 90% i dagtid |
| Angiografi | 230 | 10 | 110 | 90% i dagtid |
| UL, CT, Nukleærmedisin | 230 | 10 | 30 | 90% i dagtid |
| PET | 230 | 10 | 70 | 90% i dagtid |
| MR | 230 | 10 | 60 | 90% i dagtid |
| Mammografi | 230 | 10 | 20 | 90% i dagtid |
| Operasjon | 230 | 10 | | |
| Kirurgi *) | 230 | 10 | 190 | 90% i dagtid |
| Ortopedi **) | 230 | 10 | 190 | 90% i dagtid |
| Nevrokirurgi **) | 230 | 10 | 190 | 90% i dagtid |
| Plastikkirurgi ***) | 230 | 10 | 160 | 90% i dagtid |
| Gyn/føde ***) | 230 | 10 | 160 | 90% i dagtid |
| ØNH ***) | 230 | 10 | 160 | 90% i dagtid |
| Øye | 230 | 10 | 60 | 90% i dagtid |
| Dagkirurgi (ekskl. øye) | 230 | 8 | 90 | 100% i dagtid |

*) gastrokirurgi, thoraxkirurgi, urologi, barnekirurgi. Basert på måling i RH: 175 min/OP

***) Basert på måling i RH: 178 min/OP

****) Basert på måling i RH: 144 min/OP

En stor del av de polikliniske konsultasjonene i nevro-fag gjelder ikke ordinær nevrologi, men nevrofysiologi. Dette må sees som poliklinikk idet det ikke er billeddiagnostikk selv om det altså er konkrete undersøkelser. F.eks. EMG med nevrografi, evoked undersøkelser, EEG, søvnutredning, autonom testing og smerteutredning. Snitt-tid på disse må regnes som 60 min, ikke 40 min. Trenden fremover er at undersøkelser som evoked er noe nedadgående, men vil fortsatt være viktige. Derimot er smerteutredning og autonom testing klart for oppadgående med raskt økende. Dette er tester som tar spesielt lang tid, typisk 2 timer. Per i dag gjøres dette i liten grad andre steder enn ved OUS. Når det da gjelder argumentasjon for lenger tidsbruk til nevrokonsultasjoner ved OUS enn i Stavanger og Østfold som det sammenlignes med, er det et viktig argument at slike undersøkelser ikke eller i liten grad gjøres der, en situasjon som man må forvente vil fortsette.

Undervisningsforpliktelsene ved flere polikliniske avdelinger i OUS er betydelige. Dette er det mindre av ved de sykehusene det sammenlignes med. Konsultasjoner der studenter skal være til stede er satt opp med 2 til 2,5 time i poliklinikk. Men dette dekkes opp gjennom arealer til FoU.

OUS har i mye større grad enn de sammenlignende sykehus "second opinion" pasienter og regions/landspasienter som krever mer tid.

Hvordan ulike pasientforløp, f.eks. slag og epilepsi, skal organiseres i fremtiden får også vesentlig betydning for behovet for undersøkelser og behandlingsrom, i tillegg til tidsbruk.

Klinikk F (Hjerte-, lunge- og karklinikken) utfører en rekke tidkrevende ultralydundersøkelser. Et estimat fra klinikken viser følgende tidsbruk:

- Transthorakal ekko 30-60 min
- Transøsfageal ekko: 60 min
- Stressekkokardiografi: 60 min
- Kontrastekkokardiografi 30-60 min

Klinikk F utfører i tillegg spesielle perprosedyre/peroperative ekko som kan variere mellom 1/2 t og 4 timer. Disse er økende i antall siden flere komplekse behandlingsmodaliteter trenger ekko som veiledning, eksempelvis kateterbasert plassering av kunstig aortaklaff, lukning av defekter i hjerteskillevæggen med så kalt paraplypropp, kateterbasert behandling av fortykket hjerteskillevegg (hypertrofisk kardiomyopati), peroperative undersøkelser under klaffekirurgi.

Medvirkningsgruppen somatikk har påpekt at tiden som er satt av til ultralydundersøkelser under "Billeddiagnostikk" (15 min) ikke er tilstrekkelig for de som arbeider med ultralyd i de kliniske avdelingene. Dette gjelder fostermedisin (Fødeavdelingen, Kvinne- og barneklubben) og kardiologi (både voksne og barn). Ultralyd for den ufaglærte kan virke som samme undersøkelse, men er svært forskjellig avhengig av omstendighetene (for eksempel som en undersøkelse innen radiologi hvor man ved Stavanger og Østfold sykehusene har dimensjonert til undersøkelser på 15 min eller inn i de kliniske avdelingene som nevnt over).

Tall fra Fostermedisinsk seksjon:

Rutine ultralyd ved jordmor: Hver konsultasjon tar ca. 30 min. Antall konsultasjoner vil følge antall fødende (en undersøkelse per fødende + noen kontroller). Antall: 9.400 (2010). Konsultasjon ved lege: Store variasjoner i tidsbruk. I 1998 ble det utført en undersøkelse på tidsbruken (over 2 mnd.) som viste et snitt på 56 min per konsultasjon. Antall: 6.900 konsultasjoner (2009).

I tillegg kommer all ultralydbruk ved poliklinikken i den generelle fødeavdelingen og gynekologisk avdeling som inngår i konsultasjoner oppsatt til 30 min i skjemaet fra Stavanger og Østfold (Tabell 27).

6.4 Forskning og utdanning

Sist benyttede arealstandarder foreligger fra arealplan for Stavanger Universitetssykehus, der følgende prinsipper for dimensjonering ble brukt:

- Undervisning studenter: 6 kvm netto per student, ekskl. garderobes og kantine
- Forskning: ca. 23 kvm netto per forskerårsverk, ekskl. kantine.

Ved planlegging av nytt Rikshospital og St Olavs Hospital ble følgende dimensjoneringsprinsipper lagt til grunn:

- St. Olavs Hospital: ca. 7 kvm netto per student (medisin og høgskole) og ca. 27 kvm netto per forskerstilling, ekskl. dyrestall, kantine og bibliotek.
- Rikshospitalet: ca. 8 kvm netto per medisinstudent (alt inklusiv) og ca. 22 kvm per forsker ekskl. dyrestall, kantine og bibliotek.
- Nytt forskningsbygg på Radiumhospitalet er basert på en arealstandard på 22 kvm. pr. forsker.

Arealbruken i Radiumhospitalet forklares med at

- man valgte løsninger med store generelle laboratorier organisert etter funksjoner
- det er lagt opp til sambruk framfor dedikerte plasser
- en økende andel av forskerens arbeidsdag tilbringes foran PC-en
- avansert analyseutstyr krever spesialister som er knyttet opp mot kjernefasiliteter
- standardiserte og effektive arbeidsprosesser
- økt translasjonsforskning reduserer presset på eksklusive forskningsarealer.

Det vurderes rimelig å ta hensyn til erfaringene fra Radiumhospitalets nye forskningsbygg. I Arealutviklingsplan 2025 regnes det med en arealstandard for forsker på 23 kvm netto. Samme standard vil også gjelde for teknisk støttepersonell forskning, mens administrativ forskningsstøtte følger arealstandard for administrative kontorfunksjoner, dvs. 9 kvm netto. Kontorområde og forskningsarealer er inkludert i arealstandard for forsker og teknisk støttepersonell. Kantineareal kommer i tillegg, og er basert på at halvparten benytter kantinen i tre skift.

Når det gjelder studenter legges det til grunn en differensiert arealstandard med 5 kvm netto for høgskolestudent og psykologistudenter, og 8 kvm netto for medisinstudenter. Fra siste halvdel av 4. semester har medisinstudentene mesteparten av sin teoriundervisning i OUS. Medisinstudentenes tilstedeværelse i klinikken har dessuten økt over tid, og kliniske studentarealer er nødvendig for å opprettholde effektivitet i den øvrige kliniske virksomheten. Omlagging til økt andel dagbehandling og poliklinikk tilsier at det bør tilrettelegges konsultasjonsrom som er store nok for plass til studenter, slik at studentene får god læring samtidig som pasientflyten opprettholdes i enheten. Arealstandard på 8 kvm netto for medisinstudent ble brukt ved nytt Rikshospital, og er for øvrig høyeste kjente arealstandard i sammenlignbare norske sykehusprosjekter. Arealstandarden inkluderer undervisningsrom og andre funksjoner som kontorarbeidsplass, bibliotek, kantine, garderobe og oppholdsrom.

Tabell 28. Arealstandarder forskning og undervisning

| Funksjon | Kvm netto |
|------------------------------------|-----------|
| Forsker og teknisk støttepersonell | 23 |
| Administrativ støtte FoU | 9 |
| Student medisin | 8 |
| Student psykologi | 5 |
| Student høgskole | 5 |

7 Framtidig arealbehov

Det er et mål å samle akuttfunksjonene uansett om det er akuttmottak i somatikk, psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert behandling (TSB, rus). Dette er i tråd med sentrale føringer hvor man vektlegger en bedre integrering mellom psykisk helse, avhengighet og somatikk.

7.1 Generalitet, fleksibilitet og elastisitet

Framtidige areal ved OUS bør ha generalitet, fleksibilitet og elastisitet som kan møte ikke bare de demografiske utfordringene, men også utviklingen innenfor bl.a. medisinskteknisk utstyr og nye behandlingsformer. Fordi man ikke vet hva slags medisinsk teknisk utstyr morgendagens sykehus vil fylles med, stiller dette store krav til fleksibiliteten i bygningsmassen. Medvirkningsgruppen somatikk har understreket dette i følgende tekst; sitat:

"Sykehusene er for små allerede når de åpner": Kostnaden for å bygge et nytt klinisk sykehusbygg tilsvarer 2-3 års driftsbudsjett av bygget. Det betyr at kostnaden til nybygg er små sammenlignet med driften over tid. I dagens situasjon forårsaker ofte bygningsmessige forhold at driften blir ineffektiv med høye driftskostnader. Det er derfor en god investering å bygge slik at driften kan bli mest mulig effektiv i

byggets levetid. Dette gir noe økte byggekostnader men vil tjene seg inn mange ganger ved reduserte driftskostnader.

Sykehusdrift endrer seg hele tiden i takt med teknisk og medisinsk utvikling. Dette resulterer i at nye sykehusbygg allerede ved åpningen ikke er fullt ut tilpasset driften. Årsaken er at driftsforhold endres i planleggings- og byggeperioden. Det er derfor viktig at nye sykehus bygges teknisk fleksible og med tilstrekkelige arealreserver. Dersom man vesentlig fokuserer på byggepris og lavt areal, blir nye sykehusbygg raskt uhensiktsmessige i drift. Dette er å "spare på skillingen og la daleren gå".

I et helhetsperspektiv må man inkludere driftskostnader i mange år. Det betyr at man ved å investere noe mer i nybygget vil spare det mangedobbelte beløpet ved mer rasjonell drift i mange år. Nye sykehusbygg må derfor bygges med betydelige arealreserver og utformes teknisk fleksibelt (f. eks. tekniske mellometasjer).

7.2 Sykehusfunksjoner, somatikk

7.2.1 Sengekapasitet

Som et resultat av den framskrivingen som er foretatt tidligere i dokumentet framkommer utviklingen i sengekapasiteten slik som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 29. Beregnet utvikling av sengekapasitet innen somatikk ved OUS

| Senger OUS, somatikk | 2009 etter overføring til Ahus/VV | | | | Demografisk framskriving 2025 | | | | Framskriving til 2025 etter omstilling/effektivisering & samhandling | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|------------|--------------|-------------------------------|---------------|------------|--------------|--|---------------|------------|--------------|
| | Normale senger | Hotell senger | Obs senger | Senger i alt | Normale senger | Hotell senger | Obs senger | Senger i alt | Normale senger | Hotell senger | Obs senger | Senger i alt |
| Aker Sykehus | 125 | | | 125 | 155 | | | 155 | 101 | 10 | 7 | 118 |
| Radiumhospitalet | 180 | 66 | | 246 | 227 | 83 | | 310 | 185 | 98 | 0 | 283 |
| Rikshospitalet | 440 | 132 | | 571 | 527 | 158 | | 684 | 409 | 193 | 0 | 603 |
| Ullevål Sykehus | 574 | 57 | 20 | 651 | 720 | 60 | 24 | 804 | 519 | 89 | 54 | 662 |
| OUS i alt | 1.318 | 255 | 20 | 1.592 | 1.628 | 301 | 24 | 1.953 | 1.214 | 391 | 62 | 1.667 |

På dette grunnlag økes de 1.590 senger i 2009 til 1.953 med den demografiske framskrivingen. Etter den omstilling og effektivisering som her er forutsatt, reduseres sengetallet til 1.667. Dette inkluderer hotell senger (pasienthotell og sykehotell).

7.2.2 Samlet arealbehov, somatikk

Basert på resultatet av pasientframskrivingen av aktivitetsgrunnlaget for hver av de nåværende fire sykehusenhetene samt arealstandarder og utnyttelsesgrader, er det foretatt en teoretisk arealberegning basert på pasientgrunnlaget fra:

- Aker Sykehus
- Radiumhospitalet (DnR)
- Rikshospitalet (RH)
- Ullevål Sykehus (US).

På dette grunnlag foretas arealberegning for tre ulike scenarier for fremtidens OUS. Beskrivelsen av de konkrete scenarier og de arealmessige konsekvenser av disse er vist i avsnitt 7.8

Her vises en beregning av det teoretisk samlede arealbehov for ett OUS – under forutsetning av en samlet etablering. Resultatet av arealberegningen er vist i vedlegg 6, og sammenfattet i tabellen nedenfor.

Tabell 30. Beregnet arealbehov i 2025 for OUS, somatikk (eksklusiv FoU)

| OUS - somatiske sykehusfunksjoner | Areal |
|-------------------------------------|----------------|
| Akutfunksjoner | 5.868 |
| Somatikk, klinikkene | 98.059 |
| Medisinsk service | 27.825 |
| Kontorområde | 29.295 |
| Intern service og administrasjon | 40.772 |
| Nettoareal i alt | 201.819 |
| Bruttoareal (b/n faktor 2,1) | 423.819 |

Tabellen viser nettoarealene til de ulike funksjonsområder: akutfunksjoner, de somatiske klinikkene, medisinsk service, kontorområde samt intern service og administrasjon. Nettoareal omregnes til bruttoareal med en faktor 2,1.

7.3 Psykisk helse og avhengighet

7.3.1 Sengekapasitet

Som et resultat av den framskrivingen som er foretatt tidligere i dokumentet framkommer utviklingen i sengekapasiteten slik som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 31. Beregnet utvikling av sengekapasitet innen Psykisk helse og avhengighet ved OUS

| Psykisk helse og avhengighet | Senger 2011-13 etter overføring til Ahus/VV | Senger 2025 demografi | Senger 2025 effektivisering |
|---------------------------------|---|-----------------------|-----------------------------|
| Voksenpsykiatri | 65 | 77 | 77 |
| Forsterkte plasser psykiatri *) | 78 | 93 | 90 |
| Alderspsykiatri | 20 | 28 | 28 |
| Rus akutt & avgiftning | 58 | 56 | 56 |
| Avhengighet | 79 | 76 | 76 |
| BUP | 17 | 23 | 23 |
| DPS | 60 | 73 | 66 |
| I alt | 377 | 425 | 416 |

Senger er beregnet med 73 % belegg for BUP og 90 % for øvrige fagområder

*) Data inkluderer 16 senger til førstegangssykoser på Majorstua

På dette grunnlag økes de 377 sengeplassene i 2011-13 til 416 senger i 2025. Dette inkluderer 16 senger på Majorstua til førstegangssykoser som planlegges å forbli der. Sengetall blir etter dette 400 utenom førstegangssykoser, og dette sengetall benyttes i etterfølgende dimensjonering.

7.3.2 Samlet arealbehov, psykisk helse og avhengighet

Her vises en teoretisk arealberegning for det samlede arealbehov innen psykisk helse og avhengighet under forutsetning av en samlet etablering. Arealberegningen er ekskl. 16 senger til førstegangssykoser på Majorstua, og omfatter i alt 400 senger til psykisk helse og avhengighet. Resultatet av arealberegningen for psykisk helse og avhengighet er vist i vedlegg 7, og sammenfattet nedenfor.

Tabell 32. Beregnet arealbehov psykisk helse og avhengighet (PHA)

| OUS - Psykisk helse og avhengighet | Areal - én lokalisasjon |
|-------------------------------------|-------------------------|
| Akuttmottak | 896 |
| Behandling | 23.305 |
| Kontorfunksjoner | 10.861 |
| Service | 9.015 |
| Nettoareal i alt | 44.077 |
| Bruttoareal (b/n faktor 1,8) | 79.339 |

Tabellen viser nettoarealene til de ulike funksjonsområder: Akuttmottak, behandling, kontorfunksjoner og service. Dette forutsetter alle funksjoner samlokalisert. En slik løsning er ikke presentert da alle scenariene har DPS og BUP-poliklinikk lokalisert på egne adresser. Nettoarealet omregnes til bruttoareal med en brutto/nettofaktor på 1,8.

7.4 Forskning og utdanning

Antall medisinstudenter forutsettes å forbli på samme nivå i 2025 som i 2011, mens det i denne perioden forutsettes en økning av høgskolestudenter og psykologistudenter på 10 %. Arealkonsekvensen av behov og arealstandarder presenteres i tabellen nedenfor.

Tabell 33. Beregnet arealbehov til undervisning ved OUS i 2025

| Student praksis og undervisning | Antall samtidige studenter 2011 | Antall samtidige studenter 2025 *) | Inklusiv tillegg 10% **) | Kvm pr student ***) | Netto areal | Tillegg nettoareal i garderobes ***) | Netto areal i alt | Brutto areal (b/n faktor 2,1) |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------|--------------------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Medisinstudenter | 743 | 743 | 817 | 8 | 6 538 | 120 | 6 658 | 1 |
| Høgsk.stud. somatikk | 280 | 308 | 339 | 5 | 1 694 | 40 | 1 734 | |
| Høgsk. og psyk.stud. PHA | 116 | 128 | 140 | 5 | 702 | 16 | 718 | |
| I alt | 1 139 | 1 179 | 296 | | 8 934 | 176 | 9 110 | 19 131 |

*) Antall medisinstudenter uendret, høgskole og psykologistudenter økes med 10 %

***) Skjønnsmessig tillegg for hospitanter og studenter i etter- og videreutdanning

****) Samtlige undervisningsrom inkl. andre funksjoner som adgang til arbeidsplass, bibliotek, kantine, garderobes, og opholdsrom

*****) Tillegg for et antall studenter med 0,8 kvm/plass

I det planlagte nye Karolinska sjukehuset ligger andelen FoU areal på ca. 25 %. Det nye RH ble i sin tid planlagt med 19-20 % areal til FoU mens ca. 22 % faktisk ble bygget. FoU's andel av alt fellesareal kom i tillegg, slik at FoU's prosentvise andel var trolig høyere. Tallene samsvarer imidlertid neppe med andel areal anvendt til FoU i dag.

I Helse Sør-Østs *Omstillingsprogram, innsatsområde 2 - Forskningsstrategi*³⁰, forutsettes følgende:

“ressursinnsatsen til forskning skal styrkes over tid og 5% av driftsbudsjettet er et realistisk, langsiktig mål for ressursbruk til forskning, utvikling og innovasjonsarbeid”.

I 2009 gikk 7,3 % av OUS totale utgifter til forskning og utvikling. Det er imidlertid viktig å merke seg at OUS er et sykehus med regions- og landsfunksjoner, hvilket innebærer at OUS har forsknings- og utdanningsoppgaver betydelig utover gjennomsnittssykehuset i regionen.

³⁰ Helse Sør-Øst styresak nr. 050-2008

Stramme økonomiske rammer for drift og investering tilsier at en moderat aktivitetsutvikling på 5 % er mest realistisk. Dette er også lagt inn for forutsetning i arealberegningen nedenfor. En ambisjon om aktivitetsvekst på 15 % vil imidlertid samsvare med befolkningsveksten i opptaksområdet i samme periode. 15 % vekst vil gi er beregnet netto arealbehov for forskning på vel 42 000 kvm.

Tabell 34. Beregnet arealbehov for forskning 2025 ved OUS

| Forskning og utvikling i UiO og OUS (inkl. eksterne) | Antall forskere (årsverk) 2009 inkl. stab | Antall forskere (årsverk) og stab 2009 ¹⁾ | Antall forskere (årsverk) 2025 ²⁾ | Kvm/forsker ³⁾ | Nettoareal |
|--|---|--|--|---------------------------|---------------|
| UiO | 367 | 318 | 334 | 23 | 7.680 |
| OUS | 1.174 | 1.085 | 1.139 | 23 | 26.203 |
| Forskere i alt | 1.541 | 1.403 | 1.473 | | 33.882 |
| Stab UiO | | 49 | | 9 | 441 |
| Stab OUS | | 89 | | 9 | 803 |
| Stab i alt | | 138 | | 9 | 1.244 |
| Dyrestall | | | | | 2.000 |
| Medisinsk bibliotek | | | | | 1.000 |
| Kantine, UiO ⁴⁾ | | | | | 134 |
| Kantine, OUS ⁴⁾ | | | | | 430 |
| I alt | 1.541 | | | | 38.690 |

Forskere inkluderer både utvikling og eksterne

¹⁾ Årsverk stab OUS iht stillingsoversikt. For UiO er årsverk stab beregnet forholdsmessig.

²⁾ Antall forskere økes med 5 % til 2025. Administrativt personal fastholdes uendret

³⁾ Inkluderer kontorområde og alle forskningsarealer

⁴⁾ Kantinearealet svarer til at halvparten benytter kantinen i tre skift.

Tabell 35. Fordeling av arealbehov mellom universitetsfunksjoner og OUS funksjoner

| Oppdeling av forskningsarealet | UiO | OUS | I alt |
|-------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Forskere | 7.680 | 26.203 | 33.882 |
| Administrasjon | 441 | 803 | 1.244 |
| Dyrestall | 2.000 | | 2.000 |
| Medisinsk bibliotek | 1.000 | | 1.000 |
| Kantine | 134 | 430 | 564 |
| Nettoareal | 11.255 | 27.436 | 38.690 |
| Bruttoareal (b/n faktor 2,1) | 23.635 | 57.615 | 81.249 |

Brutto arealbehov knyttet til forskning utgjør ca. 81.000 kvm brutto. Dette forutsetter at hele arealet etableres som nytt på én lokalisasjon. Hvis oppdeling på flere av nåværende lokalisasjoner må det forutses en arealøkning, til for eksempel dyrestall. Med tillegg av undervisningsareal utgjør det samlet bruttoareal til FoU om lag 100.000 kvm brutto. Som underlag for de videre mulighetsstudiene må FoU arealene fordeles mellom somatikk og psykisk helse og avhengighet.

Dersom man tar utgangspunkt i årsverk til forskning og utvikling i Klinikk A i 2009, herunder forskere, støttepersonell og UiO ansatte, så utgjør dette ca. 127 årsverk. Dette inkluderer stab i UiO, som vurderes å utgjøre 3 stillinger, og administrative stillinger i OUS, som anslås til 9 stillinger basert på PHA's ³¹⁾ andel av OUS forskere. Når forskerstilling fremskrives med 5 % fås 131 forskere og 12 administrative stillinger. Mht. utdanning tas utgangspunkt i antall studenter innen Høgskole og PHA studerende jf. tabell 29. Med disse forutsetningene lagt til grunn, vil FoU arealer til psykisk helse og avhengighet oppsummeres til ca. 7.200 kvm brutto

³¹⁾ PHA er forkortelse for Psykisk Helse og Avhengighet

Tabell 36. FoU areal psykisk helse og avhengighet

| Psykisk helse og avhengighet FoU 2025 | Antall årsverk | Areal-standard | Areal kvm netto | Areal kvm brutto (b/n faktor 1,8) |
|---------------------------------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------------------------|
| Forskere | 131 | 23 | 3.006 | |
| Stab | 12 | 9 | 104 | |
| Andel med bibliotek | | | 89 | |
| Kantine | | | 50 | |
| Forskning i alt | | | 3.249 | |
| Høgsk. og psyk.stud. PHA | 140 | 5 | 702 | |
| Tillegg til garderober | | | 16 | |
| Utdanning i alt | | | 718 | |
| FoU i alt | | | 3.966 | 7.140 |

Arealet til forskning og utdanning innen somatikk blir da slik som vist nedenfor.

Tabell 37. FoU areal somatikk

| Somatikk FoU 2025 | Antall årsverk | Areal-standard | Areal kvm netto | Areal kvm brutto (b/n faktor 2,1) |
|------------------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------------------------|
| Forskere | 1342 | 23 | 30.877 | |
| Stab | 127 | 9 | 1.139 | |
| Dyrestall | | | 2.000 | |
| Andel med bibliotek | | | 911 | |
| Kantine | | | 514 | |
| Forskning i alt | | | 35.442 | |
| Medisinstudenter | 817 | 8 | 6.538 | |
| Høgsk. stud. somatikk | 339 | 5 | 1.694 | |
| Tillegg til garderober | | | 160 | |
| Utdanning i alt | | | 8.392 | |
| FoU i alt | | | 43.834 | 92.051 |

7.5 Støttefunksjoner

For de ikke medisinske servicefunksjonene er det beregnet et areal basert på sammenligning med andre sykehusprosjekter, spesielt fra arealplan for Stavanger Universitetssykehus, og på tall fra nåværende virksomhet ved OUS. Fra medvirkningsgruppen bygg og ikke-medisinsk service ble det påpekt behov for arealer som er tilrettelagt for fysisk aktivitet for ansatte i OUS:

I forbindelse med utbyggingsplanene for OUS HF er det behov for å ivareta arealene som er tilrettelagt for fysisk aktivitet for ansatte i OUS. Bedriftsidrettslaget har tilgang og drifter både trimrom og gymsaler innenfor dagens arealer. Arealer som bedriftsidrettslaget disponerer på Ullevål er egen plashall på ca. 800 kvm og bygg 80(villa 4) på ca. 445 kvm som inneholder blant annet trimrom, liten gymsal og garderobeanlegg. På Rikshospitalet disponerer man eget trimrom, garderober og badstue på ca. 147 kvm i tillegg benyttes fellesareal i "glassgaten" som treningssted for Aerobic. Arbeidsmiljøloven § 3-4. Vurdering av tiltak for fysisk aktivitet beskriver at arbeidsgiver skal vurdere tiltak for å fremme fysisk aktivitet. OUS HF er en Inkluderende Arbeidslivsbedrift (IA-bedrift) som blant annet skal forebygge og redusere sykefravær noe som kan gjøres ved å få tilgang til treningsmuligheter på jobb.

7.6 Samlet arealbehov

Nedenfor beskrives samlet arealbehov for OUS i 2025 ut ifra en framskriving av funksjoner og kapasiteter som ved hjelp av utnyttelsesgrader og arealstandarder er gjort om til et beregnet arealbehov. Dette betyr at det er bygget inn usikkerhet på mange plan:

- Vil virksomheten utvikle seg slik som det legges til grunn her, med bl.a. mer vekt på dagbehandling og poliklinikk?
- Vil befolkningsutviklingen bli slik som beregnet?
- Vil grensesnittet mot kommunen endres annerledes enn forutsatt?
- Vil teknologi og arbeidsmåter endre seg slik at arealet per funksjon vil endre seg?
- Vil andre forhold i samfunnet påvirke etterspørsel og tilbud av sykehustjenester i vesentlig grad?

Ved å liste opp spørsmål knyttet til usikkerhet, understrekes det at Arealutviklingsplan 2025 ikke er ment å svare på det eksakte arealbehovet for OUS i 2025. Når arealbehovet er beregnet, så er dette for å danne grunnlag for å kunne konkretisere en bygningsmessig utviklingsplan ut fra det som er forventet arealbehov med et betydelig slingringsmonn for usikkerhet. Utviklingsplanens tilrådninger skal kunne brukes både om arealet kan løses med 10 % mindre eller 10 % mer areal innen 2025 enn det som er lagt til grunn. Og når blikket heves lenger enn til 2025, for eksempel til 2040-2050, så er det åpenbart at OUS skal kunne videreutvikles betydelig ut over det som det er lagt en konkret plan for i Arealutviklingsplan 2025. Det må være en elastisitet som gir rom for videre utvikling.

For å konkretisere en variasjonsbredde i forhold til forventet arealbehov 2025, er det i denne planen vist hva som blir konsekvensen av et arealbehov i 2025 som er hhv 90 % og 110 % av forventet arealbehov 2025. Ingen av disse er ekstreme alternativer, men samlet sett viser de en variasjonsbredde som er meget sannsynlig. Et sted mellom disse to estimatene er det god grunn til å forvente at realiteten vil være.

Tabell 38. Variasjonsbredde i forhold til forventet arealbehov 2025

| | |
|---|-------------|
| Forventet arealbehov 2025 (teoretisk, ut fra nybyggstandard, bruk av eksisterende bygg øker arealbehovet) | 660.000 kvm |
| Høyt scenario | 725.000 kvm |
| Lavt scenario | 600.000 kvm |

Dagens areal med eide og leide lokaler er på ca. 930.000 kvm. Dette indikerer at det samlede arealbehovet, ved å oppnå funksjonalitet på "nybyggnivå" skulle kunne reduseres med minst 200.000-250.000 kvm. Pga. fortsatt bruk av eksisterende bygg vil dette potensialet være noe lavere, men likevel betydelig.

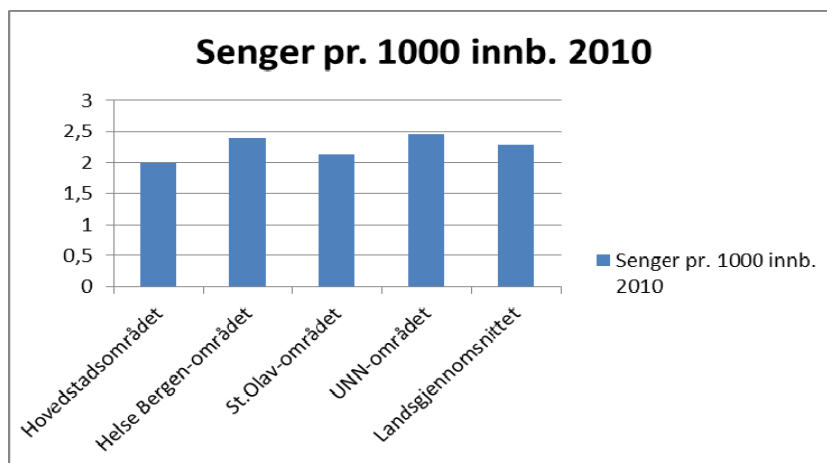
Dersom samlet virksomhet ved SSE i Sandvika skal flyttes fra Sandvika til OUS på Rikshospitalet, så er dette i en tidligere utredning vurdert til å omfatte rundt 17.000 kvm brutto. Dagens areal i Sandvika er på 21.300 kvm brutto. Arealvurderingen ved nybygg er ikke gjennomarbeidet på nytt i forbindelse med Arealutviklingsplan 2025. Det kan være at en ny vurdering ville gitt lavere areal enn 17.000 kvm brutto ved et samspill med andre tilgrensende funksjoner i et nybygg knyttet til Rikshospitalet. SSE-areal på 17.000 kvm er med i tallene i tabellen ovenfor.

7.7 Vurderinger av beregnet kapasitets- og arealbehov OUS 2025

7.7.1 Sammenlikning av kapasitets- og arealberegninger områdefunksjonen Ullevål sykehus OUS HF contra Sykehuset Østfold, Vestre Viken HF og Stavanger universitetssykehus.

I 2010 hadde hovedstadsområdet samlet 1,99 senger pr. 1000 innbyggere³². Til sammenlikning var landsgjennomsnittet 2.28. Sammenlikning med de tre andre region- og universitetssykehusene i Norge er vist i figur under.

³² Samdata spesialisthelsetjenesten 2010



Figur 28. Sengefactoren målt som antall effektive senger i sykehus pr. 1000 innbyggere i 2010. Korrigeret for pasientstrømmer. Bostedsregion.

For å kvalitetssikre beregningene for kapasitets- og arealbehov ved Oslo universitetssykehus i 2025, er det blitt foretatt en sammenlikning med tilsvarende beregninger gjort for nytt sykehus i Østfold, Vestre Viken HF og Stavanger universitetssykehus. Tabellen under viser hva kapasitetsbehovet vil være gitt samme arealstandard og utnyttelsesgrader som ved sykehusene det sammenliknes med. Områdefunksjonen ved Ullevål sykehus omfatter også bydelene som har Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus som sitt lokalsykehus. Opptaksrådet for Ullevål sykehus utgjør en befolkning på 600.000 innbyggere. For å kunne sammenligne med de aktuelle sykehusene, summeres aktiviteten ved Diakonhjemmets sykehus og Lovisenberg diakonale sykehus til Ullevål sykehus. Da det ikke har vært gjort framskrivning av aktivitet for Diakonhjemmet og Lovisenberg på linje med OUS i denne omgangen, er denne grove sammenlikningen bygget på aktivitetstallene for Diakonhjemmet og Lovisenberg for 2009. Sengeantallet for disse er beregnet etter antall liggedøgn delt på 365 døgn med en utnyttelsesgrad på 85 %, noe som har gitt 354 senger. US plan i tabellen, er antall senger beregnet ved Ullevål pluss overføring av døgnplasser fra Aker sykehus og fratrukk på 60 senger for flytting av regionsfunksjoner fra Ullevål til Rikshospitalet.

Tabell 39. Sammenlikning av kapasitetsbehov Ullevål sykehus med andre områdesykehus

| Helseforetak | Sykehuset Østfold 2020 | VVHF 2025 (des 2010) | SUS-2025 (arealplan) | US - områdesykehus som Østf | US - områdesykehus som VVHF | US - områdesykehus som SUS | US - områdesykehus + aktivitet Diakon. og Lovisenberg | Aktivitet Diakonhjemmet og Lovisenberg 2009 | US - plan |
|--|------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|---|---|-----------|
| Beregnet folketall 2020/25 somatikk | 300 000 | 520 000 | 406 000 | 600 000 | 600 000 | 600 000 | 600 000 | | |
| Beregnet forketall psykiatri 2020/25 | 300 000 | 520 000 | 406 000 | 600 000 | 600 000 | 600 000 | | | |
| Senger somatikk 2020/25 | 509 | 800 | 860 | 1 018 | 923 | 1 271 | 1 074 | 354 | 720 |
| Senger sykehuspsykiatri voksne 2020/25 | 98 | 188 | 185 | 196 | 217 | 273 | 454 | | |
| Dagbehandling 2020/25 | 37 000 | 59 662 | 58 941 | 74 000 | 68 841 | 87 105 | 90911 | 10277 | 80634 |
| Polikliniske konsultasjoner 2020/25 | 201 000 | 334 068 | 287 497 | 402 000 | 385 463 | 424 872 | 519429 | 93245 | 426184 |
| Egendekning | 0,82 | 0,70 | 0,90 | 0,82 | 0,70 | 0,90 | | | |
| Senger somatikk 2020/25/1000 innb | 1,70 | 1,54 | 2,12 | 1,70 | 1,54 | 2,12 | 1,79 | | |
| Senger sykehuspsykiatri voksne 2020/25/1000 innb | 0,33 | 0,36 | 0,46 | 0,33 | 0,36 | 0,46 | 0,76 | | |
| Dagbehandling 2020/25/1000 innb | 123 | 115 | 145 | 123 | 115 | 145 | 152 | | |
| Polikliniske konsultasjoner 2020/25/1000 innb | 670 | 642 | 708 | 670 | 642 | 708 | 866 | | |

Noter til tabellen:

Nytt østfoldsykehus: Fra revidert konseptrapport for nytt østfoldsykehus

VVHF: Fra styresak desember 2010 (her pågår en prosess som kan gi justeringer av estimatet for samlet kapasitetsbehov).

Stavanger universitetssykehus: Fra Arealplan Helse Stavanger av juni 2010. Det er viktig å være oppmerksom på at SUS har en høy egendekning.

Som man ser av tabellen over, ligger den samlede planen for hovedstadsområdet litt over kapasitetsberegningen for Sykehuset Østfold og Vestre Viken men litt under Stavanger universitetssykehus (SUS). Både Vestre Viken og Sykehuset Østfold har lavere egendekningsgrad enn SUS. OUS ligger på nivå med SUS. SUS har noen regionsfunksjoner samt at befolkningen som sokner til SUS som lokalsykehus/områdesykehus er spredt over et større geografisk enn befolkningen i Oslo. En stor del av lekkasjen fra Vestre Viken og Sykehuset Østfold går til OUS.

SINTEF Helse leverte april 2008 en rapport på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF: "Aktivitets- og kapasitetsanalyse sykehusområder i Helse Sør-Øst RHF". SINTEF kommer i sine beregninger av kapasitetsbehov i hovedstadsområdet til at Diakonhjemmet, Lovisenberg, Aker og Ullevål (etter overflytting til Ahus) til sammen trenger 1137 senger i 2015. Videre har de foretatt en beregning med omstilling som innebærer en reduksjon i liggetid til 4 døgn (ca. minus 1 dag) i snitt og kommer da fram til samlet kapasitetsbehov senger for de aktuelle sykehusene på 816 senger. Gjennomsnittlig liggetid ved OUS som helhet var i 2009 4,9 døgn, Diakonhjemmets sykehus 5,7 døgn og Lovisenberg diakonale sykehus 5,2 døgn. Til sammenligning med Sintef's tall på 1137 senger (før liggetidsreduksjon på 1 døgn) og 816 senger (ved liggetidsreduksjon på ett døgn) i 2015 er det i Arealutviklingsplan 2025 kommet til et behov tilsvarende 1074 senger for 2025. Dette plasserer seg i praksis nokså midt mellom de to Sintef-estimatene, når tidsperspektivet tas hensyn til (2025 i stedet for 2015).

SINTEF skriver i overnevnte rapport:

UUSHF har en høy dekningsgrad fra eget opptaksområde, men sykehuset har i tillegg ca .35 % eller 294 av sine heldøgns plasser belagt med pasienter fra annet opptaksområde. (Se Tabell 40 under. Red.bemerkning).

Det er ikke mulig å splitte tallene for Oslo på bydeler, men LDS, DS, AHUSHF og AUSHF (Lovisenberg, Diakonhjemmet, Ahus og Aker. Red. bemerkning) har betydelig lekkasje til andre sykehus, i hovedsak UUSHF og RRHF (Rikshospitalet/ Radiumhospitalet. Red. bemerkning).

Tabell 40. Pasientstrømmer i Oslo - prosentvis fordeling av bydeler i Oslo³³

| Pasientstrømmer i Oslo - %-vis fordeling av bydeler på sykehus i Oslo | | | | | | |
|---|---------------------|------------------|---------|---------|------|-------------|
| HF/sykehus | Bydel Oslo | Heldøgns opphold | Medisin | Kirurgi | ØH | Dag opphold |
| AHUSHF | Grorud (10) | 49,5 | 50,9 | 42,2 | 71,1 | 22,2 |
| | Stovner (11) | 59,6 | 61,6 | 49,3 | 74,6 | 34,5 |
| AUSHF | Bjerke (9) | 63,1 | 66,1 | 41 | 68,7 | 15,9 |
| | Alna (12) | 62,7 | 66,6 | 38,9 | 66,7 | 10,2 |
| UUSHF | Sagene (3) | 84,4 | 85,4 | 79,3 | 92,4 | 83,2 |
| | Nordre Aker (8) | 78,8 | 81,4 | 69,2 | 88,9 | 85,6 |
| | Østern (13) | 85,3 | 88,3 | 72,5 | 91,5 | 86,4 |
| | Nordstrand (14) | 82,8 | 86,4 | 67,2 | 88,9 | 87,5 |
| LDS | So. Nordstrand (15) | 85,6 | 88,3 | 75 | 90,8 | 84 |
| | Gamle Oslo (1) | 40,7 | 44 | 17,6 | 43,6 | 13,2 |
| DS | Grunerløkka (2) | 44,8 | 49,4 | 20,1 | 45,5 | 13,5 |
| | St. Hanshaugen (4) | 40,5 | 44,6 | 19,7 | 45,5 | 14,7 |
| DS | Frogner (5) | 50,1 | 51,8 | 42,8 | 66,5 | 13,8 |
| | Ullem (6) | 51,3 | 51,8 | 49,4 | 67,1 | 23,9 |
| | Vestre Aker (7) | 51,6 | 53,6 | 45,2 | 66,6 | 23,8 |

I tabellene under vises at OUS har en relativt høy andel med pasienter fra andre regioner sammenliknet med de andre tre andre store universitets- og regionsykehusene. Dette forklares med at OUS har flere landsfunksjoner.

Tabell 41. Andel av DRG-poeng i helseforetakene etter pasientenes bostedsregion 2010

| Helseforetak | Helse Sør-Øst | Helse Vest | Helse Midt-Norge | Helse Nord | Annet* | Andel pas. fra annen region |
|---------------------------------------|---------------|------------|------------------|------------|--------|-----------------------------|
| Oslo Universitetssykehus HF | 93,5 | 2,5 | 2 | 1,6 | 0,4 | 6,5 |
| Helse Bergen HF | 2 | 95,7 | 1,1 | 0,9 | 0,3 | 4,3 |
| St.Olavs Hospital HF | 2,1 | 0,4 | 95 | 2,2 | 0,3 | 5 |
| Iniversitetssykehuset i Nord-Norge HF | 0,7 | 0,4 | 0,3 | 98,2 | 0,4 | 1,8 |

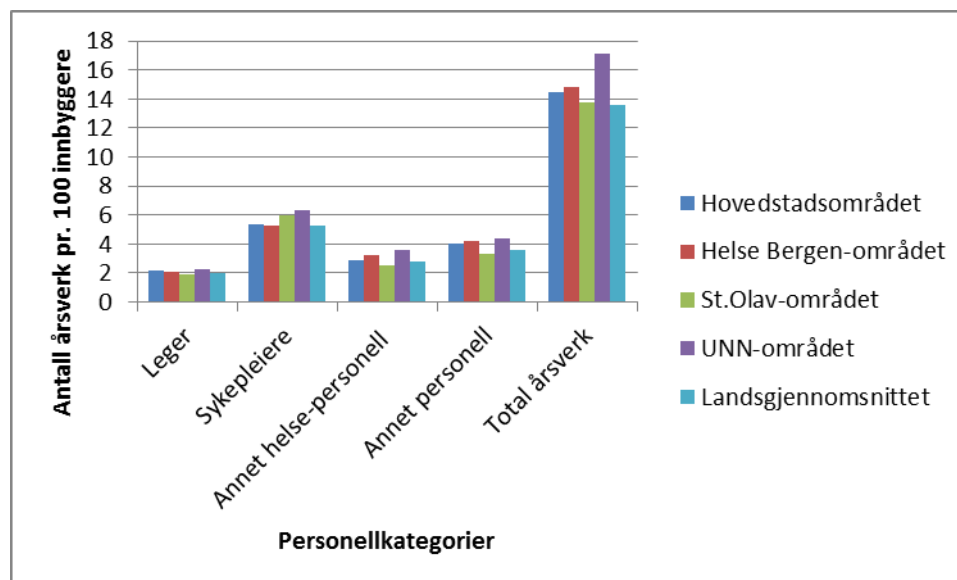
³³ Hentet fra SINTEF rapport Aktivitets- og kapasitetsanalyse sykehusområder i Helse Sør-Øst

Pasienter fra OUS-området blir i høyere grad enn landsgjennomsnittet behandlet i egen region. Dette er vist i tabellen under.

Tabell 42. Andel DRG-poeng totalt utført ved pasientens egen region eller annen region 2010

| Bostedsområde | Andel DRG-utført i: | |
|----------------------|---------------------|--------------|
| | Egen region | Annen region |
| OUS-området | 98 | 0,8 |
| Helse Bergen-området | 95,8 | 2,6 |
| St.Olavs-området | 91,7 | 5,1 |
| UNN-området | 93,2 | 5,6 |
| Landsgjennomsnittet | 95,6 | 2,7 |

I figur under vises antall årsverk i somatiske sykehus pr. 1000 innbyggere i hovedstadsområdet i 2010 sammenliknet med de tre andre store regions- og universitetsområdene³⁴. Figuren viser at universitetssykehusene generelt ligger over landsgjennomsnittet med hensyn til årsverk pr. 1000 innbyggere.



Figur 29. Årsverk pr. 1000 innbyggere etter personellkategori for 2010. Korrigeret for pasientstrømmer. Somatiske sykehus.

7.7.2 Storbyfaktor

OUS ved sin plassering i og hovedansvar for spesialisthelsetjenesten i Norges hovedstad, har en del utfordringer som andre lokal- og områdesykehus ikke har i samme omfang. I dette avsnittet blir det pekt på noen av disse.

Pendlere og studenter

I 2001 var det 37.176 innbyggere i Oslo som hadde arbeid utenfor kommunen, mens det var 174.718 som hadde bostedsadresse utenfor Oslo men jobbet i Oslo – dvs. en netto innpendling på 135.000. OUS som lokalsykehus har ansvar for akuttberedskap for de som oppholder seg i sykehusområdet. Ved Universitetet i Oslo og Høgskolen i Oslo er det til sammen 30.000 studenter. I tillegg til disse utdanningsstedene er det diverse andre høgere utdanninger som er lokalisert i Oslo. En stor andel av disse studentene bor på hybler i Oslo og har ikke meldt flytting til Oslo. Så lenge de oppholder seg i Oslo midlertidig, har OUS et ansvar for akuttberedskap for dem i sykehusets opptaksområde.

Innvandring

³⁴ Samdata spesialisthelsetjenesten 2010

Ved inngangen av 2008 var det registrert 460.000 innvandrere og norskfødte med innvandrere foreldre. 38 % (175.000) av disse bodde i Oslo. Det følger mange utfordringer med å ha behandlingsansvar for denne gruppen. En del av innvandrerne bor i bydeler som Ahus har ansvar for, men hovedtyngden ligger innenfor OUS sitt opptaksområde.

Turister, kurs- og konferanser

Oslo har gjennom året stor aktivitet med mange turister som besøker hovedstaden – dette gjelder både norske og utenlandske turister. Videre er det omfattende aktivitet med kurs og konferanser med deltakere fra inn- og utland. Videre er det stor gjennomfartstrafikk mellom nord-syd og øst-vest i Oslo pga. vegnettets plassering i og rundt byen. Så lenge disse oppholder seg i OUS' sykehusområde, er det OUS som har ansvar for akuttberedskapen.

7.7.3 Rusproblematikk

Det er en kjensgjerning at hovedsteder rundt om i verden ofte er samlingsplasser for rusmisbrukere. Oslo er intet unntak. OUS har ansvar for all døgnkapasitet for tverrfaglig spesialisert behandling (TBS, rus) i Oslo med unntak av bydelene som tilhører Ahus. Rusakuttmottaket i OUS har hele Oslo som opptaksområde. En ting er rusmisbruk blant kommunens egne innbyggere, men i tillegg har Oslo store utfordringer med unge rusmisbrukere uten registrert bopel i Oslo. Disse oppholder seg og ruser seg i hovedstaden. Dette er også en utfordring for OUS. Ser man på tallene, virker det som om OUS sammen med Lovisenberg har en svært høy dekning av plasser innenfor psykisk helse og avhengighet. For å se om det er relevant med en slik forskjell vis a vis Østfold og Vestre Viken, har det blitt foretatt en sammenlikning med København og deres plan for 2015. Der ser man at København har en noe lavere faktor for antall senger sykehuspsykiatri enn OUS/Lovisenberg/Diakonhjemmet har (se tabellen under). Det er viktig å være klar over at Danmark og Norge har ulikt lovverk med hensyn til rettspsykiatri samt at tabellen under gjelder hele Københavnområdet, hvilket skulle tilsvare at man i en slik sammenlikning skulle ha tatt med store deler av Vestre Viken og Ahus.

Tabell 43. Sammenlikning OUS og København

| Helseforetak | US - område-sykehus + aktivitet Diakon. og Lovis | København 2015 |
|--|--|----------------|
| Beregnet forketall psykiatri 2020/25 | 600000 | 1290093 |
| Senger sykehuspsykiatri voksne 2020/25 | 454 | 888 |
| Senger sykehuspsykiatri voksne 2020/25/1000 innb | 0,76 | 0,69 |

7.8 Ulike scenarier til bruk i mulighetsstudiene

Tabellene nedenfor viser først scenariene for psykisk helse og avhengighet (PHA). Detaljer er vist i vedlegg 21.

1. Scenario 1. PHA sykehusfunksjoner samlet ett sted.
 - a. PHA sykehusfunksjoner samlet på Ullevål eller Gaustad
 - b. DPS på to lokaliseringer (og inkl. BUP poliklinikk)
2. Scenario 2. PHA sykehusfunksjoner på Gaustad, og US.
 - a. Forsterkede plasser og avhengighet på Gaustad

- b. Øvrige sykehusfunksjoner i US
- c. DPS på to lokaliseringer (og inkl. BUP poliklinikk)

For begge scenariene er areal til forskning og utdanning fordelt relativt på lokalisasjonene. Basert på disse scenariene samt med tillegg for FoU areal fås følgende arealbalanser for hvert scenario (detaljer i vedlegg 21).

Tabell 44. Scenarier arealbehov psykisk helse og avhengighet

| Scenarier Psykisk helse og avhengighet | Scenarie beskrivelse | US | Gaustad | DPS 2 steder | I alt |
|--|---|--------|---------|--------------|--------|
| Scenarie 1 | PHA sykehusfunksjoner (ekskl. BUP poliklinikk) i Ullevål, DPS som nå inkl. BUP poliklinikk | 71 713 | | 18 032 | 89 746 |
| Scenarie 2 | Forsterkte plasser og avhengighet i Gaustad. Øvrige sykehusfunksjoner (ekskl. BUP poliklinikk) i US. DPS som nå inkl. BUP poliklinikk | 38 770 | 34 960 | 18 032 | 91 763 |

Forholdet mellom sykehusnivå og DPS-nivå er annerledes enn ved andre helseforetak. Det er flere årsaker til dette. Dette skyldes bl.a. at arealbehovet på sykehusnivå inkluderer regions-/områdefunksjoner. Dette gjelder de regionale sikkerhetspsykiatriske plasser (RSA) og Psykiatrisk avdeling for utviklingshemming og autisme (PPU), samt lokale sikkerhetsplasser (Områdefunksjon) ref. idéfaseutredning RSA/PPU.

Tabellen nedenfor synliggjør fordeling av kapasitet mellom VOP (Psykisk helsevern voksne), BUP og TSB:

Tabell 45. Kapasitetsfordeling psykisk helse og avhengighet

| Fordeling av kapasitet 2025 (Døgn/dag/pol) | Lokal | Område | Region |
|--|-------------|-------------|-------------|
| VOP | 64 % | 16 % | 20 % |
| BUP | 85 % | 15 % | 0 % |
| RUS | 0 % | 100 % | 0 % |
| Klinikken | 53 % | 36 % | 12 % |

For somatikken gjelder tre hoved scenarier. Detaljer er vist i vedlegg 8:

1. Scenario 1: Alt samlet ett sted
2. Scenario 2: To sykehuslokalisasjoner: Rikshospitalet (RH) og Ullevål sykehus (US).
 - a. DnR overføres til RH
 - b. RH inkluderer DnR og regionsfunksjoner fra US svarende til 60 senger samt SSE.
 - c. US inkluderer Aker sykehus og opprettholder multitraumefunksjonen men avgir regionsfunksjoner svarende til 60 senger til RH.
3. Scenario 3: Tre sykehuslokalisasjoner: Radiumhospitalet (DnR), Rikshospitalet (RH) og Ullevål sykehus (US).
 - a. DnR opprettholdes i hovedsak uendret
 - b. RH tilføres regionsfunksjoner fra US svarende til 60 senger samt SSE
 - c. US inkluderer Aker sykehus, opprettholder multitraumefunksjonen, men avgir regionsfunksjoner svarende til 60 senger til RH

Tabell 46. Scenarier arealbehov somatikk

| Scenarier somatiske funksjoner | DNR | RH | US | I alt |
|---------------------------------|--------|---------|---------|---------|
| Scenarie 1. Alt samlet ett sted | | | | 533.819 |
| Scenarie 2. To lokaliseringer | | 286.453 | 263.875 | 550.328 |
| Scenarie 3. Tre lokaliseringer | 94.082 | 219.530 | 254.375 | 567.987 |

Inkl. SSE og FoU. Ekskl. krefregistret

8 Nåtilstand eksisterende bygg og eiendommer

8.1 Dagens eiendommer og arealer

I dette avsnittet beskrives OUS' bygningsmasse slik den fremstår i dag. Prosjekt Areal og Aktivitet, OUS (Arealprosjektet), fremla rapporten *"Kartlegging av bygningsmasse og medisinsk teknisk utstyr"* den 3. mars 2010. Prosjektet hadde som mandat å kartlegge størrelse og kvalitet på eksisterende bygningsmasse. Prosjektet har utarbeidet en oversikt over samlet tilgjengelig areal i OUS og synliggjort bygningsmassens omfang, tilstand og kvalitet, samt egnethet for framtidig anvendelse. I rapporten er også regulerings- og trafikkforhold ved de største lokalisasjonene beskrevet. OUS arealplan 2025 har brukt denne rapporten som utgangspunkt for sitt arbeid og flere av figurene i avsnittet er hentet fra denne.

I perioden 2006-2007 ble alle helseforetak og alle bygninger i Helse Sør-Øst kartlagt med hensyn til alder, arealstørrelse, teknisk tilstand og strukturelle egenskaper (tilpasningsdyktighet). Arbeidet er oppsummert i rapporten fra Multiconsult til Helse Sør-Øst RHF: *"Overordnet bygningstekniske vurderinger til bruk i strategisk planlegging"*, datert 21. februar 2008. Multiconsults rapport sammen med Helse Sør-Øst RHF sin rapport *"Hovedstadsprosessen, Sykehusområde Sentrum, delprosjekt 1, lokalisering"*, oktober 2008 og SINTEF rapport: *"Aktivitets- kapasitets- og arealanalyse for sykehusene i Helse Sør-Øst"*, 10.06.2009 har vært sentrale informasjonskilder for arealprosjektets rapport.

Oversikt over lokalisasjoner og eide/leide arealer er presentert i Tabell 47 og Tabell 48 under. OUS har virksomhet som er spredt på en rekke lokalisasjoner, i all hovedsak i Oslo og Akershus. I kartleggingsarbeidet har det av hensyn til omfanget vært nødvendig å gjøre visse avgrensninger mht. den samlede bygningsmassen. Følgende arealtyper er holdt utenfor:

- Boliger
- Barnehager
- Brakker (midlertidige kontorer)
- Ambulansestasjoner, som er knyttet til prehospital divisjon på Ullevål
- Forretningsvirksomhet
- Parkeringsanlegg

Med de avgrensninger som er omtalt ovenfor og med den usikkerhet som ligger i tallgrunnlaget eier OUS i underkant av 900 000 kvm brutto areal. I overkant av 60 000 kvm er leide arealer. Disse er fordelt på 22 lokalisasjoner.

Tabell 47. Beskrivelse av lokalisasjoner og arealer OUS

| OUS - arealer fordelt på lokasjon etter kvm, tomteareal og leiestatus | | | | | |
|--|---|---|----------------|---------------|----------------------------|
| Loka- sjon nr | Lokasjon | Adresse | Eid | Leid BTA | Utløp BTA leieavtale |
| Ullevål: | | | | | |
| 1 | Ullevål sykehus | Kirkeveien 166 | 300 801 | | |
| 2 | Legevakten, Storgata | Storgata 40 | | 3121 | 31.12.2011 |
| 3 | Blodbank, Hausmannsgate | Hausmannsgate 7 | | 491 | 31.12.2010 |
| 4 | Dikemark, psykiatri | Div. adresser, Asker | 75 323 | | |
| 5 | BUP Sognsvannsveien | Sognsvannsveien 53-67 | 11 541 | | |
| 6 | Josefinesgt. DPS, Geitmyrsveien | Geitmyrsveien 67 | 3 357 | | |
| 7 | Josefinesgt. DPS, Josefinesgt | Josefinesgate 30 | 1 241 | | |
| 8 | Josefinesgt. DPS, Pilestredet | Pilestredet 77 | 2 806 | | |
| 9 | Søndre Oslo DPS, Holmlia | Holmliasentervei 10 | | 5 962 | 30.09.2005? |
| 9 | Søndre Oslo DPS, Holmlia | Holmliasentervei 1B | | Inkl. | 31.12.2017 |
| 10 | Søndre Oslo DPS, Ryenstubben | Ryenstubben 3 | | 3 227 | 31.12.2013 |
| 11 | Avd 1. gangspsykiatri, F. Nansens v. | Fritjof Nansens vei 12 | | 3 912 | 30.12.2020 |
| 12 | Avd 1. gangspsykiatri, Magnusgate | Magnusgate 12 | | 628 | 30 dg varsel |
| 13 | BUP, Nordre Aker/Sagene | Gjerdrumsveien 16 | | 1 495 | 30.11.2018 |
| 13 | BUP, Nordre Aker/Sagene | Gjerdrumsveien 21 | | 4 902 | 30.11.2014 |
| 14 | BUP, Østenjø | Bogerudveien 15 | 2 826 | | |
| 15 | Alderspsykiatrisk senter, Grønland | Grønland 12B | | 1 236 | 15.09.2007 ? |
| 16 | Regional sikkerhetsavd., Bredtvedt ¹ | Trondheimsveien 375 | | 36 | |
| 17 | Regional sikkerhetsavd., Åkebergv. ¹ | Åkerbergveien 11 | | 192 | |
| Ullevål totalt: | | | 397 895 | 25 202 | 295 792 |
| Rikshospitalet: | | | | | |
| 20 | RH, Gaustad - hovedbygg | Sognsvannsveien 20 | 196 209 | | |
| 20 | Senter for sjeldne diagnoser | Forskningveien 3b | | 629 | 31.01.2012 |
| 20 | Overnattingsmoduler | Sognsvannsveien 20 | | 1 094 | 01.08.2010 |
| 20 | RH - IT, økonomi, personell mm | Forskn. veien 2, 1,2,3 etg. Bygg C/D | | 11 237 | 02.01.2022 |
| 20 | RH - IT, økonomi, personell mm | Forskningsveien 2 4 etg. Bygg C | | Inkl. | 31.12.2011 |
| 20 | RH - IT, økonomi, personell mm | Forskningsveien 2, Bygg B | | Inkl. | 31.12.2016 |
| 20 | RH - arbeidsmiljøavdelingen | Forskningsveien 2A, 1et | | Inkl. | 31.12.2012 |
| 20 | Patologi | Forskningveien 1, 5. etg | | 666 | 31.01.2012 |
| 20 | Senter for fremragende forskning | Forskningsparken Hus 1 og 2 | | 603 | 31.12.2010 |
| 20 | Hudavdelingen, RH | Villa Derma, Sognsvannsv. 25 | | 1 163 | 01.11.2017 |
| 20 | Behandlingsreiser, autismeenhet | Forskningsveien 1, 4et | | 505 | 30.04.2011 |
| 21 | Radiumhospitalet | Ullernchaussen 70 | 99 210 | | |
| 22 | Epilepsisenteret, SSE | G. F. Henriksens vei div. nr | 20 624 | | |
| 22 | Modulbygg SSE | G. F. Henriksens vei | | 672 | Avtale u. arbeid |
| 23 | Hjertesenteret i Oslo | Akersbakken 27 | | 4340 | 31.12.2011 |
| 24 | Olafiaklinikken | Grensens 5-7 | | 1 375 | 31.12.2010 |
| 25 | Pilestredet Park Føderiket | Pilestredet Park 7 | | 343 | 01.05.2012 |
| Rikshospitalet totalt | | | 316 043 | 22 627 | 538 476 |
| Aker: | | | | | |
| 30 | Aker sykehus | Trondheimsveien 235 | 92 959 | | |
| 30 | 3 bygninger tilhører Oslo kommune ² | Trondheimsveien 235 | | 1 049 | |
| 31 | Ski sykehus | Vardåsveien 3, Ski | 9 365 | | |
| 32 | Gaustad sykehus | Sognsvannsveien 21 | 39 816 | | |
| 33 | BUP Follo | Idrettsveien 16a | | 1 107 | 01.12.2012 |
| 34 | BUP Follo og DPS Follo | Åsenveien 3 | | 4 800 | 01.03.2012 |
| 35 | DPS Follo døgnerhet | Vestveien 15 | 4 492 | | |
| 36 | Alna DPS, Jerikoveien | Jerikoveien 28b | | 2 633 | 30.09.2015 |
| 37 | Alna DPS, Sinsenveien | Sinsenveien 47 B | | 3 350 | 01.07.2012 |
| 38 | BUP Furuset | Trygve Lies Plass 1 | | 1 547 | 01.12.2012 |
| 39 | BUP Tøyen | Smedgaten 49 | | 860 | 15.01.2014 |
| 40 | Kirkeveien 166, psyk. og rus (Aker) | Ullevål, Kirkeveien 166 | 6 657 | | |
| 41 | Ullvin behandlingssenter | Sognsveien 9A | 2 272 | | |
| 42 | Kvinnekollektivet Arken | Sinsenveien 54 | 470 | | |
| 43 | Akutenhet rus, Montebello | Montebello terrasse 15 | 1 445 | | |
| 44 | Akutenhet rus, Storgata | Storgata 36 | 2 100 | | |
| 45 | Rusbehandling, Frogn | Hegreveien 2, Frogn | 800 | | |
| | Boenhet Høybråtenveien 1C | Høybråtenveien 1C | 130 | | |
| | Boenhet Helgesensgate 21 | Helgesensgate 21 | 180 | | |
| Aker totalt | | | 160 686 | 15 346 | |
| Oslo Universitetssykehus totalt | | | 874 624 | 63 175 | |
| ¹ Disponeres vederlagsfritt. | | ² Leies vederlagsfritt av kommunen | | | |

Tabell 48. Samlet oversikt over arealer, lokalisasjoner og leiestatus OUS

| Hovedenhet | Antall lokasjoner | Eid BTA | Leid BTA | Tomteareal da - ca. |
|---|-------------------|----------------|---------------|---------------------|
| Ullevål | | | | |
| Ullevål sykehus | 1 | 300 800 | 0 | 325 |
| Dikemark, psykiatri | 1 | 75 300 | 0 | 200 |
| BUP Sognsvannssveien | 1 | 11 500 | 0 | 86 |
| Øvrige virksomheter | 16 | 10 200 | 25 200 | |
| Ullevål totalt | 17 | 397 800 | 25 200 | |
| Rikshospitalet | | | | |
| Rikshospitalet, Gaustad | 1 | 196 200 | 15 800 | 350 ¹⁾ |
| Radiumhospitalet | 1 | 99 200 | 0 | 51 |
| Epilepsisenteret, SSE | 1 | 20 600 | 0 | 363 |
| Øvrige virksomheter | 3 | 0 | 6 700 | |
| Rikshospitalet totalt | 6 | 316 000 | 22 600 | |
| Aker | | | | |
| Aker sykehus | 1 | 92 900 | 0 | 129 |
| Ski sykehus | 1 | 9 300 | 0 | 15 |
| Gaustad sykehus | 1 | 39 800 | 0 | 50 |
| Øvrige virksomheter | 13 | 18 500 | 15 300 | |
| AUS totalt | 16 | 160 600 | 15 300 | |
| OUS totalt | 39 | 874 400 | 63 100 | |
| ¹⁾ Tomtearealet inkluderer Domus Medica (UiO) iht reguleringsplan. | | | | |

Det presiseres at tomtene ikke er målt opp, og de angitte arealene må derfor ikke betraktes som eksakte.

Virksomheten er fordelt på 39 lokalisasjoner, som det går fram av Figur 30 nedenfor. Hver lokalisasjon er markert med farge og symbol som viser tilhørighet til tidligere helseforetak og type virksomhet (somatikk, psykiatri, rusbehandling). I tillegg til lokalisasjonene i Oslo/Akershus har Rikshospitalet virksomhet på Geilo (Geilomo barnesykehus) og Mesnalia ved Lillehammer (Montebellosenteret).



Figur 30. Kart over OUS lokalisasjoner

8.2 Teknisk tilstand og oppgraderingsbehov - metode

8.2.1 Teknisk tilstand og oppgraderingsbehov

Teknisk tilstand

Målet med dette kapittelet er å gi en oversikt over bygningers tilstand, brukbarhet, fleksibilitet og evne til å endre funksjon. Det er innhentet underlagsdata, dvs. bygnings- og tilstandsdata, iht. metoden MultiMap, et verktøy som er spesielt utviklet av Multiconsult AS³⁵ med tanke på vurdering av bygningsporteføljer. Sentralt i dette er angivelse av tilstandsgrader. Dette er delt opp i bygningskomponenter iht. Norsk Standard 3451- Bygningsdelstabellen.

Tilstandsgrader er gitt i henhold til Norsk Standard 3424 "Tilstandsanalyse av byggverk" og er et uttrykk for hvilken tilstand en bygning eller bygningskomponent befinner seg i, i forhold til et definert referansenivå. Tilstandsgrader angis med en gradering fra tilstands-

³⁵ Dette kapittelet er i hovedsak basert på materiale fra Multiconsult as

grad 0 til 3. Tabellen nedenfor gir en overordnet beskrivelse av betydningen av tilstandsgradene.

Tabell 49. Betydningen av de fire tilstandsgradene iht. NS 3424

| Tilstandsgrad | Symptomer | Innebærer |
|---------------|----------------------------|--|
| 0 | Ingen symptomer | Meget god standard uten feil og mangler og kun ubetydelig slit og elde fra nybyggstandard. |
| 1 | Svake symptomer | God, tilfredsstillende standard, hvor alle lover og forskrifter er ivaretatt. Noe slitasje og elde fra nybyggstandard. |
| 2 | Middels kraftige symptomer | Et visst omfang av feil og mangler som krever teknisk utbedring og/eller avvik fra lover og forskrifter. |
| 3 | Kraftige symptomer | Omfattende skader, feil og mangler. Mye slitasje. Betydelig behov for teknisk utbedring. Avvik fra lover og forskrifter. |

Selve kartleggingen av tilstandsgrader er foretatt av eiendomsforvalterne ved Oslo universitetssykehus. Multiconsult har vært ansvarlig for sammenstilling, beregninger og vurderinger av de innrapporterte opplysningene.

For å kunne presentere resultater på porteføljenivå er det foretatt interne vektninger mellom bygningskomponentene per bygning og videre arealvektninger mellom bygningene. Vektede tilstandsgrader er å oppfatte som tilstandsindikatorer, og det gjøres i den sammenheng oppmerksom på at det "bak" kan (vil) være store interne forskjeller mellom underliggende enkeltbygninger og komponenter.

Teknisk oppgraderingsbehov

Multiconsult as har foretatt en kostnadsestimering knyttet til behovet for teknisk oppgradering. Estimatenes bygger på en forventning om behov og omfang av tiltak og tilhørende erfaringspriser. Estimatenes beregnes på bakgrunn av kartlagte opplysninger om:

- Areal
- Byggeår (alder)
- Type sykehusfunksjon pr etasje
- Tilstandsgrader for i alt 18 bygningskomponenter pr etasje.

Et vanlig ambisjonsnivå er ofte definert som tilstandsgrad 1 iht NS 3424. Dette beskrives som tilfredsstillende tilstand. Dette blir ofte omtalt som et verdibevarende vedlikehold. Dette ambisjonsnivået er også lagt til grunn i dette arbeidet. Bygningskomponenter som avviker negativt fra dette ambisjonsnivået, dvs. angitt med tilstandsgrad 2 eller 3, må følgelig oppgraderes og representerer dermed en kostnad. Oppgraderingsbehovet er her definert som:

Samlede kostnader ved å utbedre bygningskomponenter med tilstandsgrad 2 og 3 fordelt på

- Mest akutt behov (0-5 år) "MÅ-tiltak":
- Langsiktig behov (6-10 år) "BØR-tiltak":

Estimert oppgraderingsbehov er å oppfatte som totale prosjektkostnader iht. NS 3453-Spesifikasjon av kostnader i byggesprosjekt. Presenterte kostnader er **inkludert mva.**

8.2.2 Tilpasningsdyktighet og potensial for fremtidig bruk

Tilpasningsdyktighet

Med bygningsmessig tilpasningsdyktighet menes de egenskaper bygningen har til å endre planløsning (fleksibilitet), endre bruk til annen funksjon (generalitet) eller mulighet til utvidelse (elastisitet).

Innhenting av opplysninger

NS-3424 deler de bygningsstrukturelle egenskapene på ti parametere, samt to parametere knyttet til på- eller tilbyggsmuligheter. De 12 parameterne belyser henholdsvis fleksibilitet, generalitet og elastisitet:

- Netto etasjehøyde
- Lastkapasitet dekke
- Mulighet for fri flate (spennvidder)
- Bredde på kommunikasjonsveier
- Innervegger
- Bygningsbredde
- Arealmengde pr etasje
- Heis
- Vertikale sjakter / installasjonsplass
- Mulighet for hulltaking i dekker.

Parametere kartlagt med tanke på utvidelsesmuligheter:

- Lastkapasitet i vertikalt bæresystem
- Tomteforhold.

Potensial for fremtidig bruk

Bygningenes potensial innebærer i korthet å sammenligne kartlagte egenskaper med OUS's predefinerte krav til de samme parameterne. Ulike funksjoner har ulike predefinerte krav. I hvilken grad egenskapene tilfredsstillende kravene vil således besvare hvorvidt bygningen/etasjen har potensial for å huse de respektive funksjonene.

8.2.3 Dagens egnethet

Bygg og eiendommer er et virkemiddel for at organisasjonen skal kunne oppnå sine mål. Med funksjonell egnethet menes i hvilken grad ønskede helsetjenester, eller andre aktiviteter, kan leveres i de eksisterende lokaler med tilstrekkelig kvalitet, på en ressurseffektiv måte og med tilfredsstillende forhold for de som oppholder seg i lokalene. For somatiske bygninger er åtte parametere kartlagt, mens for psykiatriske bygninger er også parameteren Uterom kartlagt, dvs. ni parametere.

8.2.4 Forhold mellom tilpasningsdyktighet og egnethet

Funksjonell egnethet, tilpasningsdyktighet og estimert behov for teknisk oppgradering må ses i sammenheng. Bygninger med dårlig egnethet betyr ineffektiv drift. Dersom bygningene innehar fysiske egenskaper som tilsier god tilpasningsdyktighet, ligger forholdene til rette for å utbedre (bygge om) lokalene slik at disse blir funksjonelle. Kombinasjonen av funksjonell egnethet og tilpasningsdyktighet (og teknisk tilstand) gir grunnlag for å vurdere byggets mulighet til å være "gode, funksjonelle bygg" på lang sikt.

8.2.5 Infrastruktur, tomt og område

I tillegg til de bygningsmessige vurderingene er det foretatt en overordnet kartlegging av den tekniske tilstanden og egenskaper ved anlegg som ikke tilhører enkeltbygninger, men som inngår som en del av infrastrukturen på sykehusområdet. Det vil si anlegg og installasjoner som er felles for flere/alle bygningene på området

Kartleggingen har omfattet tre hovedforhold:

- Felles forsyning (vann, strøm, nødstrøm, reservekraft, varme, kjøling, gass)
- Transport og logistikksystemer (AGV, rørpost, tøyhåndtering, avfall, IKT, kulvert)
- Tomt og områdeforhold (veier/plasser, adkomst/tilgjengelighet, helikopterplass, tomt/grunn).

De tre hovedforholdene er belyst gjennom i alt 17 parametere (i parentes over) som er kartlagt etter de samme prinsipper som øvrige bygningsmessige forhold, dvs. ved bruk av prinsippene i NS 3424 og tilstandsgrader fra 0 til 3.

8.3 Teknisk tilstand og teknisk oppgraderingsbehov

Dette kapittelet omfatter overordnede resultater for bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus HF fordelt på lokalisasjonsnivå. Resultatene omfatter basisinformasjon for kartlagt bygningsmasse, teknisk tilstand og oppgraderingsbehov. Her gjengis et sammendrag av rapport fra Multiconsult "Oslo universitetssykehus HF. Bygningsmessig kartlegging. Nåsituasjonsanalyse. Multiconsult 10. mai 2011"

8.3.1 Vurdert bygningsmasse

Tabellen nedenfor viser samlet omfang av vurdert bygningsmasse fordelt på syv lokalisasjoner ved OUS HF, inkludert støttetjenester, teknisk drift, boliger, etc. I tillegg til samlet arealmengde (bruttoareal) fremkommer også antall bygninger og gjennomsnittlig alder for bygningsmassen (arealvektet alder).

Tabell 50. Basisinformasjon for bygningsmassen fordelt på lokalisasjon

| Lokasjon | Totalt bruttoareal [m ²] | Antall bygninger [stk] | Gjennomsnitt alder [år] |
|------------------|---|---------------------------|----------------------------|
| Dikemark | 75 891 | 30 | 88 |
| Gaustad | 60 225 | 40 | 85 |
| Radiumhospitalet | 110 423 | 11 | 34 |
| Rikshospitalet | 230 982 | 10 | 13 |
| Sinsen | 98 498 | 33 | 56 |
| SSE | 22 167 | 19 | 41 |
| Ullevål sykehus | 311 613 | 43 | 62 |
| Samlet | 909 799 | 186 | 49 |

Kilde: Multiconsult, 2011.

Den gjennomsnittlige alderen for bygningsmassen er beregnet til 49 år. Til sammenligning er landsgjennomsnittet for sykehusbygninger ca. 40 år. Bygninger som er 30 – 40 år vil ofte ha et naturlig oppgraderingsbehov på mange av de tekniske installasjonene.

8.3.2 Teknisk tilstand

Samlet tilstandsgrad

I dette kapittelet er vektet tilstandsgrad pr lokalisasjon og samlet presentert som hele tall mellom 0 og 3

Tabell 51. Prosentvis arealfordeling pr vektet og avrundet tilstandsgrad fordelt på lokalisasjon

| Lokasjon | Andel areal pr. vektet tilstandsgrad (avrundet) | | | | Samlet vektet tilstandsgrad | Totalt bruttoareal [m ²] |
|------------------|---|-------------|-------------|-------------|--------------------------------|---|
| | TG 0 | TG 1 | TG 2 | TG 3 | | |
| Dikemark | 0 % | 6 % | 68 % | 26 % | 2,0 | 75 891 |
| Gaustad | 3 % | 15 % | 74 % | 9 % | 1,8 | 60 225 |
| Radiumhospitalet | 33 % | 11 % | 54 % | 2 % | 1,2 | 110 423 |
| Rikshospitalet | 4 % | 96 % | 0 % | 0 % | 1,1 | 230 982 |
| Sinsen | 6 % | 33 % | 60 % | 2 % | 1,6 | 98 498 |
| SSE | 12 % | 68 % | 16 % | 4 % | 1,2 | 22 167 |
| Ullevål sykehus | 6 % | 13 % | 48 % | 34 % | 1,9 | 311 613 |
| Samlet | 8 % | 37 % | 40 % | 15 % | 1,6 | 909 799 |

Kilde: Multiconsult, 2011.

Som vist i

Tabell 51 er den samlede vektete tilstandsgraden for den kartlagte bygningsmassen ved OUS HF vurdert til 1,6. For lokalisasjonene spenner den samlede tilstandsgraden fra 1,1 ved Rikshospitalet til 2,0 ved Dikemark. I tabellen utgjør bygningsmassen tilknyttet Rikshospitalet og Ullevål sykehus et samlet areal på 542 595 kvm som inkluderer bygninger som ligger utenfor selv hovedbølet. Det samlede arealtallet avviker derfor fra tall som finnes andre steder i rapporten

Radiumhospitalet har en samlet vektet tilstand på 1,2. Nesten 40 % av bygningsmassen her er ny (Bygg J fra 2005 og Bygg K fra 2009) og samlet bygningsmasse fremstår dermed med god teknisk tilstand. Den tekniske tilstanden for øvrige bygninger ved Radiumhospitalet er svært dårlig med en teknisk tilstand på 1,8.

Samlet sett er 45 % av den kartlagte bygningsmassen vurdert som god eller tilfredsstillende (TG 0 og 1), og 40 % er vurdert som utilfredsstillende (TG 2). 15 % av den samlede bygningsmassen er vurdert som svært dårlig (TG 3, dvs. akutt behov for total oppgradering).

Resultatene viser at i underkant av 40 % av bygningsmassen befinner seg i intervallet mellom vektet tilstandsgrad 0,7 og 1,5, dvs. innenfor det som vurderes å være akseptabel tilstand. I underkant av 40 % av bygningsmassen har en vektet teknisk tilstandsgrad på mellom 1,5 og 2,25, noe som tyder på at det vil være store behov for oppgraderinger.

Samlet tilstandsgrad per hovedkomponent

Byggene tilknyttet lokalisasjonene Dikemark, Gaustad og Ullevål sykehus har en vektet teknisk tilstandsgrad på hhv. 2,0, 1,8 og 1,9. Underliggende for dette er gjennomgående dårlig tilstand for både bygningskroppen og de tekniske installasjoner.

Tabell 52. Gjennomsnittlig vektet tilstandsgrad pr hovedkomponent pr lokalisasjon

| Lokasjon | Samlet vektet tilstandsgrad | Vektet teknisk tilstandsgrad pr hovedkomponent | | | | | |
|------------------|-----------------------------|--|------------|------------|--------------|----------------|------------|
| | | Bygning | VVS | Elkraft | Tele og auto | Andre install. | Utomhus |
| Dikemark | 2,0 | 1,7 | 2,5 | 2,8 | 1,9 | 2,5 | 2,9 |
| Gaustad | 1,8 | 1,6 | 2,1 | 2,0 | 1,8 | 1,9 | 1,7 |
| Radiumhospitalet | 1,2 | 1,0 | 1,7 | 1,6 | 1,6 | 1,1 | 1,5 |
| Rikshospitalet | 1,1 | 0,9 | 1,2 | 1,5 | 2,0 | 1,5 | 0,9 |
| Sinsen | 1,6 | 1,0 | 2,6 | 2,0 | 1,8 | 2,4 | 1,4 |
| SSE | 1,2 | 1,0 | 1,5 | 1,5 | 1,0 | 0,6 | 1,2 |
| Ullevål sykehus | 1,9 | 1,8 | 2,2 | 2,1 | 1,7 | 1,8 | 2,1 |
| Samlet | 1,6 | 1,4 | 1,9 | 1,9 | 1,8 | 1,7 | 1,7 |

Kilde: Multiconsult, 2011.

Byggene tilknyttet lokalisasjonene Dikemark, Gaustad og Ullevål sykehus har en vektet teknisk tilstandsgrad på hhv. 2,0, 1,8 og 1,9. Underliggende for dette er gjennomgående dårlig tilstand for både bygningskroppen og de tekniske installasjoner.

Tabell 52 over viser at den tekniske tilstanden i gjennomsnitt er svakere for de tekniske installasjonene enn selve bygningskroppen. Dette er et normalt funn ved slike kartlegginger og henger spesielt sammen med installasjonenes levetid som er kortere enn for de fleste bygningskomponenter.

Samlet tilstandsgrad fordelt på areal og byggeperiode

Over tid vil alle bygninger brytes ned som følge av bruk, ytre påkjenninger og naturlig elde, mens vedlikehold og fornying er midlene for å forhindre at nedbrytningen akkumuleres og skaper bygninger med uholdbar teknisk tilstand.

Bygninger som er 30 – 40 år gamle fremstår ofte enten med relativt dårlig teknisk tilstand pga. fremtredende nedbrytning og tilnærmet endt levetid på tekniske installasjoner, eller relativt god tilstand som følge av nylig gjennomførte oppgraderinger og vedlikeholdsarbeider).

Byggene med best teknisk tilstand er naturlig nok de nyeste byggene fra 2000 tallet. I alt er det i underkant av 75 000 kvm, dvs. 8 %, av bygningsmassen som er bygget i denne tidsperioden. Hovedsakelig består denne bygningsmassen av bygg J og K på Radiumhospitalet og bygg 10 Hotellet og 11 KIS-senteret på Ullevål.

8.3.3 Samlet estimert teknisk oppgraderingsbehov

Multiconsult har estimert følgende kostnader knyttet til teknisk oppgradering av den samlede bygningsporteføljen ved OUS HF:

| | Totalt | Kr/m ² |
|--|----------------------------------|------------------------------|
| Estimert teknisk oppgraderingsbehov. "MÅ-tiltak" (0-5 år): | 4965 mill. kr. tilsv. | 5500 kr/m ² |
| Estimert teknisk oppgraderingsbehov. "BØR-tiltak" (6-10 år): | 3955 mill. kr. tilsv. | 4300 kr/m ² |
| Samlet teknisk oppgraderingsbehov | ca. 8915 mill. kr. tilsv. | 9800 kr/m² |

Kilde: Multiconsult, 2011.

I Tabell 53 fremkommer estimert teknisk oppgraderingsbehov for de to tidsperiodene fordelt på lokalisasjon. I tillegg er oppgraderingsbehovet angitt samlet og per kvadratmeter.

Tabell 53. Estimert teknisk oppgraderingsbehov pr lokalisasjon

| Lokalisasjon | Oppgraderingsbehov i mill kr. | | |
|------------------|-------------------------------|--------------|--------|
| | "MÅ-tiltak" | "BØR-tiltak" | Samlet |
| | 0-5 år | 6-10 år | |
| Dikemark | 850 | 200 | 1050 |
| Gaustad | 305 | 325 | 630 |
| Radiumhospitalet | 465 | 490 | 955 |
| Rikshospitalet | 85 | 935 | 1020 |
| Sinsen | 820 | 435 | 1255 |
| SSE | 50 | 70 | 120 |
| Ullevål sykehus | 2385 | 1500 | 2885 |

* Det gjøres oppmerksom på at estimatene er avrundet til nærmeste 5 million og dette vil gjøre at samlet oppgraderingsbehov i kr og kr/kvm i tabellen over kan ha mindre avvik.

Kilde: Multiconsult, mai 2011.

Kommentarer til estimert oppgraderingsbehov

Overlapp med vedlikehold

På bakgrunn av foreliggende kartlegging er det ikke mulig å angi andel av oppgraderingsbehov som overlapper med det planlagte vedlikeholdet. Dette vil avhenge av vedlikeholdsbudsjetter og hvilke tiltak som prioriteres. Ved bruk av normtall tilsier en bygningsportefølje på ca. 900 000 kvadratmeter et årlig vedlikeholdsbehov i størrelsesorden 135- 180 mill. kr. Uavhengig av andel overlapp med normalt vedlikehold har kartleggingen avdekket et behov for ekstraordinære tiltak/bevilgninger dersom den aktuelle bygningsmassen skal heves til det ambisjonsnivået som er lagt til grunn her (MÅ + BØR + nye behov i perioden).

Bevisst unnlattelse av vedlikehold og oppgradering

I større bygningsporteføljer vil det være naturlig at enkeltbygninger bevisst ikke vedlikeholdes eller oppgraderes og således fremstår med utilfredsstillende teknisk tilstand. Årsaker til dette kan være at bygninger per i dag står tomme, at fremtidig bruk er usikker, det kan være beslutninger om utfasing, kondemnering eller annen avhending på kort sikt eller ønske om å gjennomføre oppgraderinger, samtidig med annen forestående ombygging og/eller utbygging. Dette betyr at hele oppgraderingsbehovet nødvendigvis ikke kan tilskrives mangel på ressurser eller annen forsømmelse, men kan være en konsekvens av bevisste valg.

Ambisjonsnivå

Valg av ambisjonsnivå for teknisk tilstand i porteføljen er avgjørende for estimert oppgraderingsbehov. Ambisjonsnivå kan variere ut fra type virksomhet og bygningsmassens formål. For å gi gode rammebetingelser for helsevirksomhet, samt en målsetning om en verdibevarende, effektiv og riktig bygningsmessig drift, er Multiconsult av den oppfatning at valgt ambisjonsnivå (TG1) vil være riktig. Det vil si at lover og forskrifter er oppfylt og bygningsmassen fremstår med generell god tilstand.

8.4 Tilpasningsdyktighet**8.4.1 Bygningsmessig tilpasningsdyktighet**

Generelt kan man si at om tilpasningsdyktighetsindikatorene er 1,4 - 1,5 eller høyere, vil den underliggende bygningsmassen bestå av et stort omfang av bygninger og enkeltkomponenter som vurderes som begrensende med tanke på endringer og potensial for ulik bruk. Indikatoren er således tegn på et stort omfang av rigid bygningsmasse og det kan være vanskelig/kostnadskrevenende å gjøre endringer.

Tabell 54. Samlet vektet grad av fleksibilitet, generalitet og elastisitet

| Lokasjon | Fleksibilitet | Generalitet | Elastisitet |
|------------------|---------------|-------------|-------------|
| Dikemark | 2,7 | 2,1 | 1,6 |
| Gaustad | 2,0 | 1,8 | 1,8 |
| Radiumhospitalet | 1,4 | 1,7 | 3,0 |
| Rikshospitalet | 0,7 | 0,8 | 1,3 |
| Sinsen | 1,4 | 1,5 | 1,9 |
| SSE | 1,9 | 2,2 | 0,4 |
| Ullevål sykehus | 1,8 | 1,6 | 1,8 |
| Samlet | 1,6 | 1,5 | 1,8 |

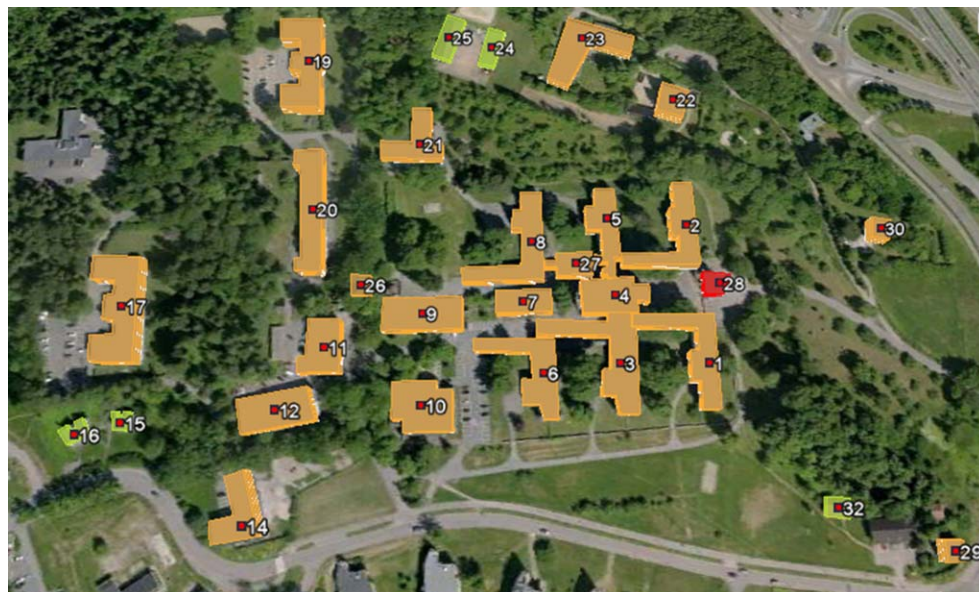
Kilde: Multiconsult, 2011.

Kartleggingen av bygningsstrukturelle forhold viser at det er store forskjeller mellom bygninger oppført på ulike tidspunkt. Ulike byggeperioders byggeskikk har hatt stor innvirkning på i hvilken grad de i dag er egnet for endringer og ombygginger. Kartleggingen viser at nyere bygninger har betydelige bedre tilpasningsdyktighet enn 20 -30 år gamle bygg eller eldre.





8.5 Resultater per lokalisasjon**8.5.1 Dikemark**

Med unntak av byggene Dagali og Kurhus 1 bærer bygningsmassen på lokalisasjonen preg av mangelfullt vedlikehold. Bygningsmassen på Dikemark er generelt preget av eldre byggeskikk som har store begrensninger i forhold til tilpasningsmuligheter og fremtidige bruksområder. Forsyningsanleggene ved Dikemark er preget av elde, slitasje og en viss underkapasitet som representerer et gjennomgående behov for oppgraderinger og/eller vedlikehold. Generelt vurderes bygningene å kunne huse enklere dagfunksjoner som kontorer, poliklinikker etc. i et langsiktig perspektiv.

8.5.2 Gaustad



Figur 31. Teknisk tilstand Gaustad

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





Kilde: Multiconsult, 2011.

Bygningsmassen på Gaustad er generelt preget av eldre byggeskikk som har store begrensninger i forhold til tilpasningsmuligheter og fremtidige bruksområder. Bygningsmassen fremstår også med stort teknisk oppgraderingsbehov. De aktuelle forsyningsanleggene ved Gaustad sykehus er alle vurdert å være utilfredsstillende eller i dårlig teknisk stand. Anleggene bærer preg av høy alder og manglende fornying og oppgradering. Dagens egnethet for de døgnerhetene som er vurdert viser relativt dårlig score, med unntak av bygg 21 som fungerer akseptabelt. Også bygg 21 krever imidlertid utbedringer både funksjonelt og teknisk om fortsatt drift som døgnerhet skal opprettholdes. Generelt vurderes bygningene å kunne huse enklere dagfunksjoner som kontorer, poliklinikker etc. i et langsiktig perspektiv. Opprettholdelse av døgnerheter for psykiatriske pasienter på Gaustad krever utbygging med nye arealer.

8.5.3 Radiumhospitalet



Figur 32. Teknisk til stand Radiumhospitalet på Montebello

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

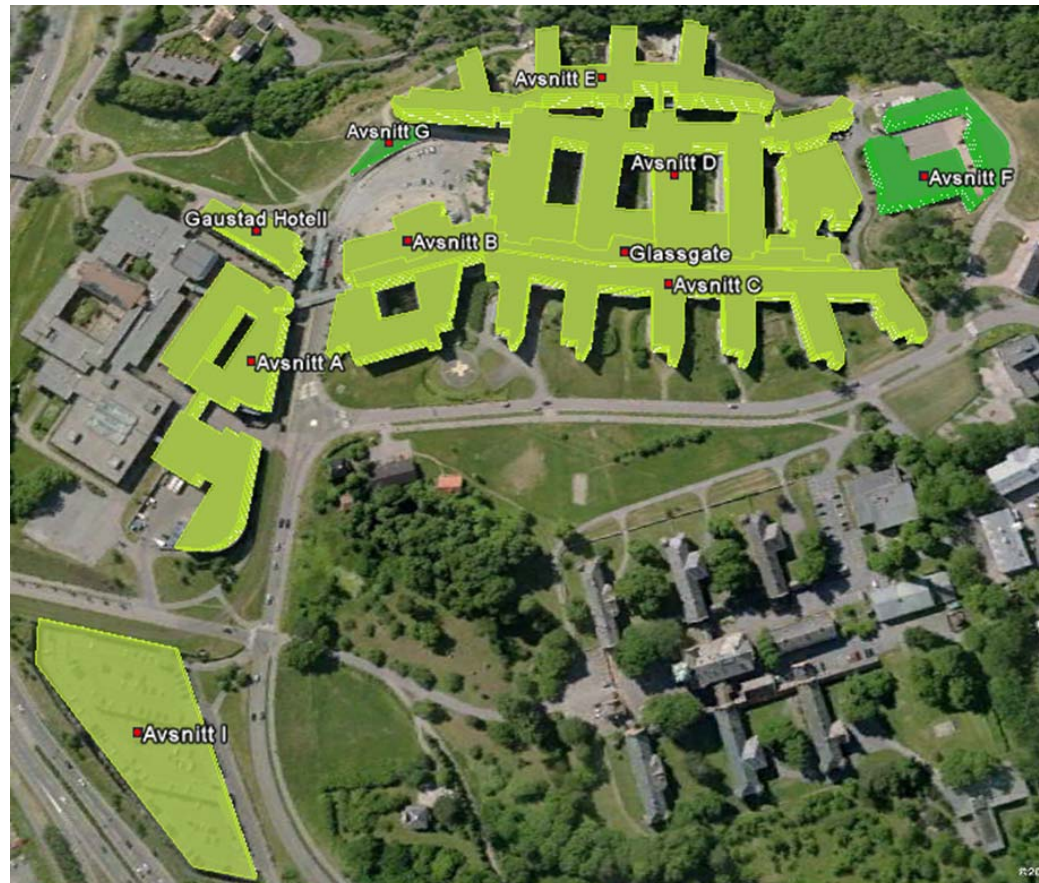
Kilde: Multiconsult, 2011.

Bygningsmassen på Radiumhospitalet fremstår som et kompakt konglomerat. Den eldste bygningen (F) er fra 1928 og det nyeste bygget fra 2009.

Med unntak av de to store nybyggene og bygg I medfører den relativt dårlige tekniske tilstanden behov for betydelig oppgradering ved fortsatt drift i dagens bygningsmasse. Forsyningsanleggene ved Radiumhospitalet er vurdert å være av varierende kvalitet og tilstand, men hvor flere forhold samlet sett er vurdert å være utilfredsstillende. Det er vurdert å være stor sannsynlighet for forurensing i grunnen.

Flere av bygningene vurderes ikke å være, og heller ikke kunne bli, fremtidsrettet med tanke på moderne sykehusdrift. Bygningene A, B og H vurderes å kunne være levedyktig for enklere funksjoner som dagområder/poliklinikk, enkle laboratorier, kontorer etc. Bygg C, D, E og F er lite egnede for moderne og fremtidsrettede sykehusfunksjoner. Mulige bruksområder kan være enklere funksjoner som dagområder/poliklinikk og kontorer, som de i stor grad benyttes til i dag, samt enklere støttefunksjoner. I et langsiktig perspektiv bør disse byggene vurderes revet for å frigjøre plass til mer hensiktsmessig og fremtidsrettet bygningsmasse. Bygg G har en form og struktur som gjør den vanskelig å utnytte effektivt og vurderes ikke levedyktig for fremtidig bruk.

8.5.4 Rikshospitalet



Figur 33. Teknisk tilstand Rikshospitalet

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

Kilde: Multiconsult, 2011.

Rikshospitalets bygningsmasse på Gaustad innehar god bygningsmessig struktur som tilsier meget gode muligheter for at fremtidige endringsbehov kan imøtekommes gjennom ombygginger. Gjennom løpende utvikling, tilpasning og vedlikehold (inkl utskiftninger) er Multiconsult av den oppfatning at bygningsmassen er velegnet for langsiktig sykehusdrift. Bygningsmassen er enhetlig planlagt og bygget, og det har vært fokus på tilpasningsdyktighet i utformingen. I sum bidrar dette positivt til effektiv sykehusdrift og fremtidsmuligheter knyttet til tilpasninger og endringsbehov.

Fra ass.hovedvernombudet blir det imidlertid påpekt følgende:

"Rikshospitalet har i dag store utfordringer i forhold til trangboddhet. Det er for mange ansatte og pasienter på et areal som egentlig er dimensjonert for færre mennesker. Flere av arealene mangler støtterom, pauserom og dekker i tillegg ikke det økende behovet for kontorplasser. Rommene til spesielt PO, intensiv og operasjons avdelingene sliter med å få plass til nytt medisinteknisk utstyr. Dette fordi arealene ikke har økt i takt med den teknologiske utviklingen"

8.5.5 Aker sykehus, Sinsen

Bygningsmassen på Sinsen er lite helhetlig og hovedbølet fremstår som et konglomerat av bygninger oppført over en periode på ca. 80 år. Med unntak av bygningsmassen oppført på 1990-tallet er den tekniske tilstanden utilfredsstillende og det må påregnes meget omfattende oppgradering ved videre drift.

På tross av manglende helhet og tekniske svakheter vurderes flere av bygningene i hovedbølet å inneha strukturelle egenskaper og konstruksjonsprinsipp som muliggjør ombygginger og oppgraderinger til å kunne bli egnede lokaler for en rekke sykehusfunksjoner. Bygningsmassen vurderes ikke å være, eller kunne bli, egnet i forhold til de mest avanserte funksjoner som krever ekstraordinære fasiliteter, men synes å være levedyktige for bruk til enklere lokalsykehusfunksjoner. Bygningsmassen bak hovedbølet vurderes som lite levedyktig i et fremtidsrettet sykehusperspektiv og bør, ved eventuelt behov for større utbygging på Sinsen, vurderes revet.

8.5.6 SSE

Av byggene som er i bruk på lokalisasjonen (A-J, med unntak av D2), er det varierende teknisk tilstand, der de nyeste bygningene B og F fremstår med svært god teknisk tilstand. Byggene K-Q er ikke i bruk. Tilstanden på disse byggene er vurdert som dårlig eller uakseptabel. På lokalisasjonen er byggene A, C1, E2, I og J vurdert mtp tilpasningsdyktighet. Tilpasningsdyktigheten for byggene er generelt dårlig. Flere av bruksområdene til disse byggene faller imidlertid utenfor normale funksjoner for et standard sykehus, og det er derfor behov for en nærmere vurdering av egnethet og levedyktighet i forhold de aktuelle funksjoner ved SSE. Med unntak av nødstrømsanleggene og til dels kjøleanleggene er forsyningsanleggene ved SSE vurdert som tilfredsstillende eller gode. Nødstrømsanleggene er vurdert som mangelfulle. Vurderte forhold vedrørende transport og logistikkssystemer, samt øvrige områdeforhold, er vurdert som tilfredsstillende.

8.5.7 Ullevål i Kirkeveien



Figur 34. Teknisk tilstand Ullevål sykehus

| | |
|---------------|---|
| 0 (0,00-0,75) | ■ |
| 1 (0,75-1,50) | ■ |
| 2 (1,50-2,25) | ■ |
| 3 (2,25-3,00) | ■ |

Kilde: Multiconsult, 2011.

Infrastruktur, tomt og områdeforhold

Felles forsyningsanlegg i Kirkeveien er gjennomgående vurdert med utilfredsstillende teknisk tilstand. Gjennomgående eldre anlegg med utilstrekkelig kapasitet, tydelig slitasje og behov for delvis oppgradering og/eller utskifting. Spesielt dårlig er kjølesystemer og gassystemer som har store og relativt akutte behov for oppgraderinger og utskiftninger. Når det gjelder de vurderte transport og logistikksystemer er også disse vurdert med utilfredsstillende eller dårlig tilstand, med unntak av avfallshåndteringen som vurderes å være OK. Spesielt er det avdekket behov for oppgradering av tøyhåndteringssystemet og at kulvertene er i dårlig forfatning. Områdeforholdene i Kirkeveien vurderes å være gode, med et visst unntak av veier og plasser som bærer noe preg av ujevnheter, sprekker etc. og som representerer et behov for ekstra vedlikehold. I tillegg er parkeringskapasiteten mangelfull.

Oppsummering

Bygningsmassen ved Ullevål universitetssykehus er generelt sterkt preget av høy gjennomsnittsalder, manglende vedlikehold og fornying og fremstår totalt sett med et stort

teknisk oppgraderingsbehov. Bygningsmassen har også svært varierende grad av tilpasningsdyktighet og følgelig også svært varierende grad av levedyktighet sett i forhold til fremtidsrettet og langsiktig sykehusdrift. Generelt kan det sies at området bærer preg av en rekke ulike byggeperioder og utvikling/utvidelse i over 100 år, noe som kan være utfordrende i forhold til effektiv drift, logistikk etc.

Bygningsmassen kan grovt sett deles inn fire kategorier:

- 1900 – 1925-talls bygningene som er oppført i tegl og i stor grad samme bygningsmessige struktur (konstruksjonsprinsipp). Bygningene fremstår rigide i forhold til å kunne bygges om og synes ikke å ha noen fremtid som lokaler for moderne sykehusfunksjoner. Bygningene har verdier ut fra antikvariske og arkitektoniske perspektiv, men kan ikke benyttes til annet enn enklere funksjoner som eksempelvis dagområder/poliklinikk og øvrige støttefunksjoner samt kontor. Bygningene vil fremstå som lite arealeffektive.
- 70 – talls bygninger (midtblokk og lab) som er oppført i flere etasjer enn de eldre bygningene og hvor konstruksjonene er i betong. Bygningene fremstår i dag med en alder på 35 - 45 år og med klare behov for økt vedlikehold og teknisk oppgradering, men de innehar flere gode strukturelle forhold knyttet til ombyggingsmuligheter og alternativ bruk. Midtblokka må vurderes spesielt nøye i forhold til en helhetlig utviklingsplan og utbygging av nordøst aksen. Laboratoriebygningen fremstår med meget god levedyktighet, men er foreslått vernet.
- Det er blitt oppført flere bygninger det siste 10-året som naturligvis fremstår i god teknisk tilstand. Bygningene innehar noe ulik grad av tilpasningsdyktighet, men er plassert slik på tomteområdet (ytterkant av nordøst "midtkorridor") at disse vurderes gjennomgående å ha god levedyktighet og egnet for bruk til enklere funksjoner.
- Området innehar flere mindre bygninger som vurderes som av liten betydning ved fremtidig utvikling av området. Disse bygningene bør følgelig rives ved behov for tomt. Flere av disse bygningene er imidlertid omfattet av Landsverneplanen og riving kan derfor vise seg vanskelig.

8.5.8 Sognsvannsveien og øvrig bygningsmasse tilknyttet gamle UUS

Øvrig bygningsmasse tilknyttet gamle Ullevål universitetssykehus HF

Bygningsmassen omfatter bygningene 155 Sognsveien 9B (BUP), Bogerudveien 13-15, Geitmyrsveien 67, Josefinesgate 30 og Pilestredet 77/79. Bygningene utgjør i størrelsesorden 10 000 kvm og benyttes i dag til undersøkelse og behandling psykiatri. Bogerudveien 13-15 fra 1965 er i bedre teknisk tilstand enn resten av bygningene som er fra før 1920. Pilestredet 77/79 er av nyere dato og oppfattes som helt ideell i forhold til den pasientbehandlingsvirksomheten de har i dag. De eldre bygningene bærer preg av manglende vedlikehold og fornying. Strukturelt fremstår disse bygningene med flere begrensninger i forhold til endringsmuligheter. Det vises til vedlegg for flere opplysninger om tilstand og bygningsstruktur.





Oppsummering

Bygningene i Sognsvannsveien har generelt svært dårlig teknisk tilstand med omfattende oppgraderingsbehov knyttet til de fleste bygningskomponenter. Samlet for alle bygningene melder personalet om veldig dårlig ventilasjon og temperaturregulering som har ført til dårlig inneklimate og som går utover helsen til personalet. Strukturelt har bygningene flere begrensninger. De strukturelle egenskapene indikerer at bygningene er rigide og lite egnet for større ombygginger eller tilpasninger. Flere av bygningene har vernestatus i forslaget til Landsverneplan. Dagens bygningsmasse vurderes i et langsiktig perspektiv å være lite egnet for psykiatrisk døgnbehandling. Bygningene vil generelt egne seg best til dagfunksjoner som poliklinikk/dagbehandling, kontorer og støttefunksjoner. Fortsatt virksomhet med døgnopphold i Sognsvannsveien vil kreve utbygging av nye arealer.

Beliggenheten, uteområdene og samlokaliseringen av skole, døgnenheter og de ulike dagbehandlingsenhetene fremheves imidlertid som svært godt egnet for barne- og ungdomspsykiatrien.



Figur 35. Teknisk tilstand Sognsvannsveien.

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

Kilde: Multiconsult, 2011.

8.6 Handlingsrom

8.6.1 Rikshospitalet, Gaustad sykehus

Gaustad-området omfatter Norges eldste og et av Norges nyeste sykehus.

Gaustad sykehus

Gaustad psykiatriske sykehus fra 1855, er et helhetlig, og var i sin tid et svært moderne sykehus for "sinnslidende". Bygningsstrukturen er enkel og tydelig med transportkorridorer og pasientfløyer, fellesfunksjonene er samlet sentralt i og rundt tårnbygningen. Behandlingen var i stor grad basert på frisk luft og gårdsarbeid, derfor var de omliggende park- og landbruksarealene en integrert del av anlegget. Den supplerende bebyggelsen i nord fra perioden rundt 1920 - 1970, er enkeltstående bygninger av varierende kvalitet og form, og uten noen klar struktur og sammenheng.

All permanent bebyggelse er fredet i verneklasse 1 eller 2 sammen med utomhus områdene.

Rikshospitalet

Nytt rikshospital ble ferdigstilt i 1998-2000. Det er også et helhetlig anlegg med en klar bygningsstruktur. Bygningsmassen er langsgående delt i tre seksjoner, sengeavsnitt mot øst, midtseksjon (D) med behandlingsavdelinger og mer integrerte seksjoner (kvinnebarn) i vest. Hovedgaten ligger mellom behandlingsavsnittene og sengeavsnittene. I syd ligger laboratorier og kontoravsnitt, i nord teknisk sentral.

Bygningsmassen er lav og har en oppløst form som i øst spiller opp mot fløyene på Gaustad sykehus. Likedan lager fløystrukturen i vest en åpen avslutning mot Sognsvannsbekken og turveien mot Marka. Midtseksjonen (D), laboratoriene (A) og de tilgrensende universitetsbygningene er kompakte bygningsstrukturer, men har lav bygningshøyde. Sammen med god avstand, forstyrrer de i liten grad den dominante rollen til Gaustad sykehus. Bygningsstrukturen og infrastrukturen gir stor fleksibilitet for ombygginger og funksjonsendringer.

Rikshospitalet og universitetsbebyggelsen er ikke underlagt vernebestemmelser, men reguleringsbestemmelsene setter sterke begrensninger både til byggehøyder og utbygging innenfor planområdet.

Rikshospitalets bebyggbare areal etter tilgjengelige tomteutvidelser omfatter, sammen med Universitet (Domus medica) ca 170 dAR. Arealet fremgår av kartet.

Bebyggbart område består i dag av matrikelnr.42/1, avgitt areal fra Gaustad sykehus: 42/174. Frittliggende tomt som RH disponerer, ikke innregnet i bebyggbart areal: 42/204. Tomteområdet, med unntak av 42/204, er offentlig eid, dels gjennom Rikshospitalet, Aker sykehus og Universitetet i Oslo.

Reguleringsbestemmelsene for området er S-3410, sak 55/97:

- Turvei B1 (Nils Hauges turvei) skal bevares sammen med de åpne bekkene Sognsvannsbekken og Risbekken. Bekkene skal beholde naturlig vegetasjon
- Gaustadalléen skal bevares som kulturminne.
- Kollektivnettet skal legge til rette for 50 % dekning.
- Adkomst fra Ring 3 og fra nordøst (Sognsveien).
- Byggeområde for offentlige bygninger.
- Tillatt utbygging er 250.000 kvm BRA inkl. tekniske 50.000 kvm mellometasjer. Arealet er inkl. universitetet.
- Det tillates ikke å legge inn etasjedekker over gulv plan i glassgårdene.
- Byggegrense 20 m fra Sognsvannsbekken.
- Tegl bør være hovedmateriale i fasader mot omgivelsene.
- Bebyggelsen som vender mot Gaustad sykehus skal ikke overstige 3 etasjer. Gesims c+132,9, overetasje 136,5.
- Gesimshøyden for tilbygg til Preklinisk institutt skal ikke overstige c+132,9.
- Ved bygging nærmere bekken enn 20 m skal det legges vekt på tilpassing til bekkeløpets landskap og vegetasjon.
- Byggehøydene er fastsatt i bebyggelsesplan.
- Grense for bebyggelse og byggehøydene kan fravikes dersom forholdet til omgivelsene krever eller tillater en endring.
- Parkeringskapasiteten tilpasses behovet sees i sammenheng med kollektivdekningen. Parkeringen skal i hovedsak være under tak.

Vernebestemmelsene fremgår av Landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten. Gaustad sykehus er som konsekvens av dette, fredet i sin helhet. Utomhus områdene nord for den opprinnelige bebyggelsen, er bare delvis fredet, men restarealene gir ingen mulighet for en større utvidelse knyttet opp mot Rikshospitalets sentrale bygningsstruktur.

Terreng- og grunnforhold

Rikshospitalets ligger i et jevnt skrånende terreng. Mellom hovedinngangen og teknisk sentral i nord stiger terrenget 20 m eller 6 %. Tilsvarende 4 - 5 etasjers høydeforskjell i sykehusets lengderetning. På tvers av bebyggelsen øst-vest er byggesonen forholdsvis horisontal, det sees da bort fra vernesonen mot bekken. Nord for teknisk sentral går det en høyspenttrasé. Denne danner grensen mellom boligområdet (Sognsvannsveien 24 – 30) nord for traseen og ekspansjonsarealet for sykehuset.

Utbyggingskapasitet innenfor regulert område

Beregnet, mulig utbyggingsmulighet (Medplan 2006): 24000 kvm.

Utbyggingsmuligheten ifølge reguleringsplanen: 14000 kvm.
(ref. Utviklingsmuligheter på Gaustad, RH 230508, sak 032862).

All utbygging av eksisterende bygningsmasse baseres på mindre påbygg (1-2 etasjer) eller breddeutvidelse av smale fløyer. Større utbygginger kan teoretisk skje som påbygg til D-avsnittet (midtseksjonen), men dagens konstruksjoner er ikke beregnet for dette og forstyrrelsene i byggeperioden over behandlingsavdelingene kan være vanskelig å håndtere.

To eiendommer i området kan være disponible for funksjoner knyttet til Rikshospitalet:

Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri, SSBU

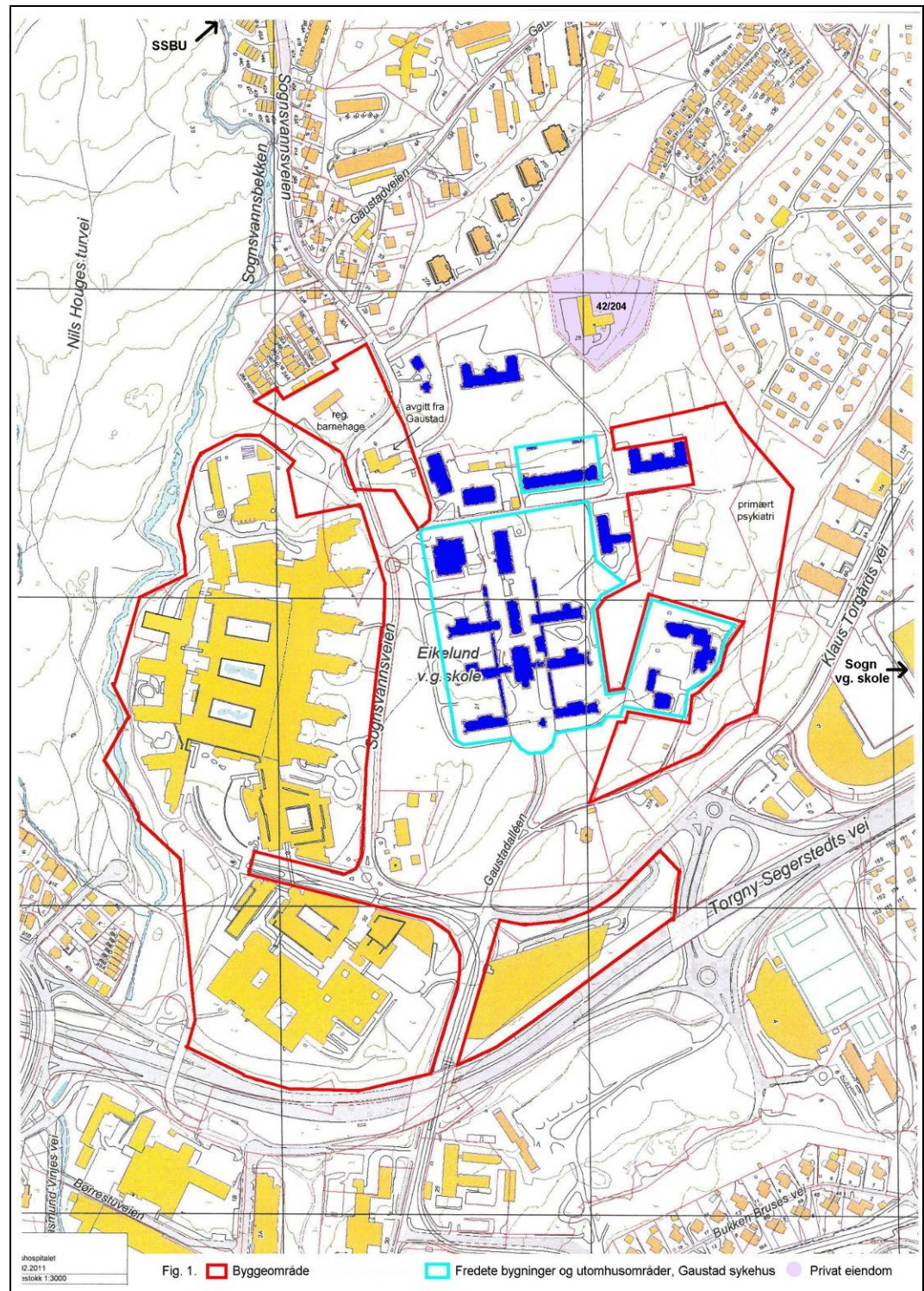
Institusjon for barne- og ungdomspsykiatri. Paviljongbebyggelse i 1-3 etasjer i et åpent parklandskap. Bebyggelsen er fra 1960-tallet. Reguleringsplanen gir hver bygning en byggegrense, men den vil bli fraveket i og med at hele anlegget er vernet iht. landsverneplanen for helsebygg. Avstanden mellom RH og SSBU er 700 m gjennom flere boligfelt. Det er ingen bebyggbar korridor mellom RH og SSBU. Eiendommen vurderes ikke som del av handlingsrommet på Gaustad.

Sogn videregående skole

Yrkesskole fra rundt 1960. Eiendommen har høy utnyttelse, enhetlig bygningsform og klar struktur. Avstanden til RH er ca. 600 m langs Klaus Torgårds vei. Friarealet på nordsiden er fredet med tilknytning til Gaustad sykehus. Hele sydsiden ned mot Ring 3 dekkes av trafikkanlegg og et nyere næringsbygg. Eiendommen vurderes ikke som del av handlingsrommet på Gaustad.

Lokk over Ring 3

Byggeområdet kan utvides mot syd på lokk over Ring 3 til Forskningsveien. Strekningen mellom turveibroen nær Gaustadkrysset og Gaustadalléen er mulig å overdekke. De tekniske, økonomiske og reguleringsmessige utfordringene og konsekvensene for veitrafikken og bebyggelsen er så omfattende at alternativet må sees på som en egen mulighetsstudie. Alternativet behandles derfor ikke i dette notatet, men vil vurderes i det videre arbeidet.



Figur 36. Rikshospitalets mulige byggesone og vernesonen til Gaustad sykehus

Rikshospitalets mulige byggesone og vernesonen til Gaustad sykehus

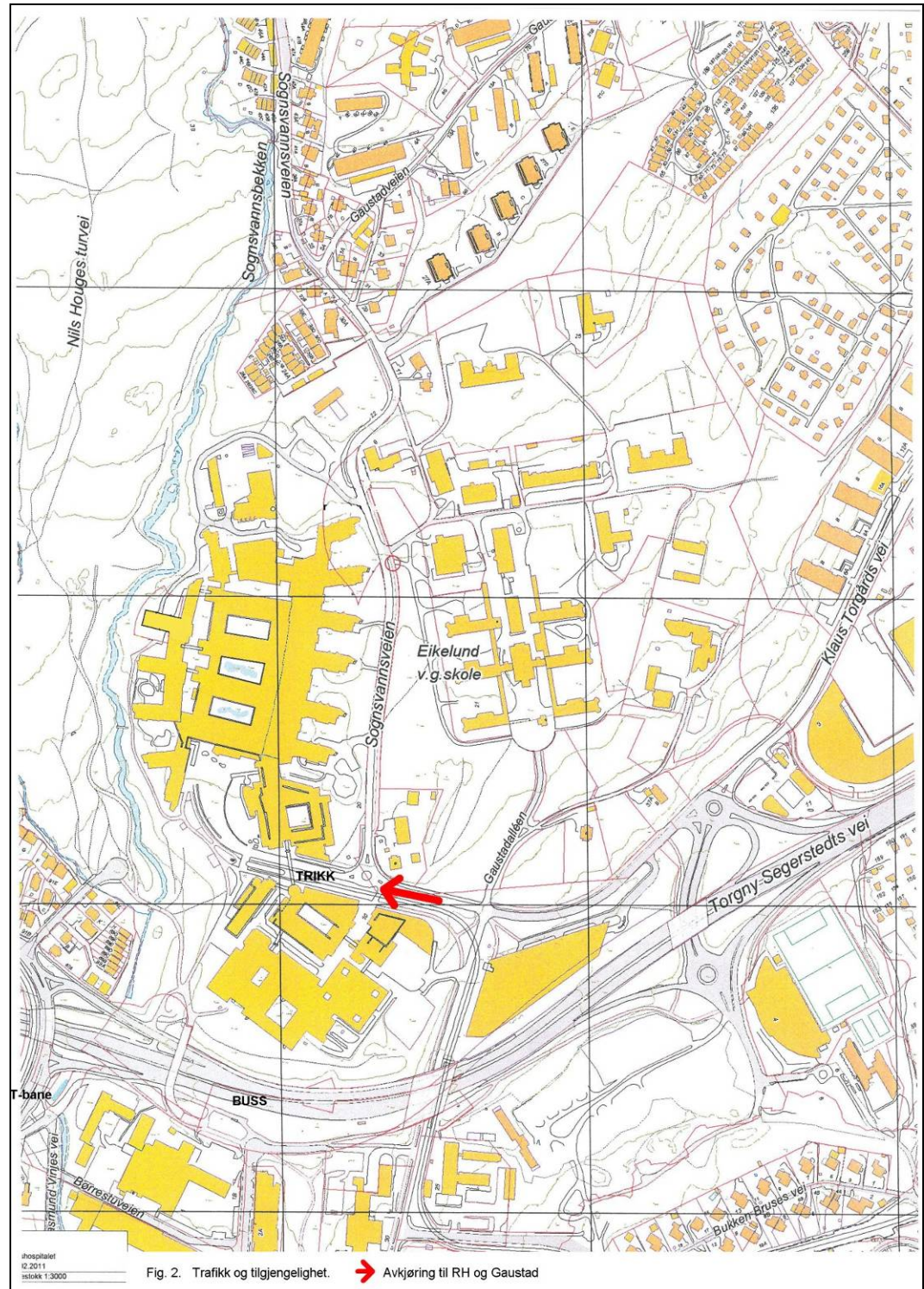
Rød avgrensning viser realistisk byggesone for sykehuset. Området i nordvest brytes av turvei B1, men turveien kan forutsettes overbygget. Likedan forutsettes det at Sognsvannsveien kan legges om til sin gamle trasé som følger avgrensningen mot øst. Parkeingsanlegget i sydvest er ikke regulert for påbygg av hensyn til sikten mot Gaustad sykehus. Byggesonens areal er ca. 170 dAr.

Gaustad sykehus mulige byggeområde utenfor vernesonen

Gaustad sykehus har mulige utbyggingsarealer mot øst mellom boligbebyggelsen langs Klaus Torgårds vei og kolonihagen. Området er dels regulert til byggeområde, dels turvei

og dels uregulert. Det antas at turveiene i området skal knyttes sammen over uregulert tomt 17077. Ut fra en slik vurdering, har sykehuset en tomtreserve på ca. 35 dAr.

42/204 er en privat eiendom som leies av RH, den er ikke en aktuell del av utbyggingskapasiteten med mindre den kan kjøpes og tilstøtende areal som er regulert til park/friareal omreguleres. Areal 8 dAr.



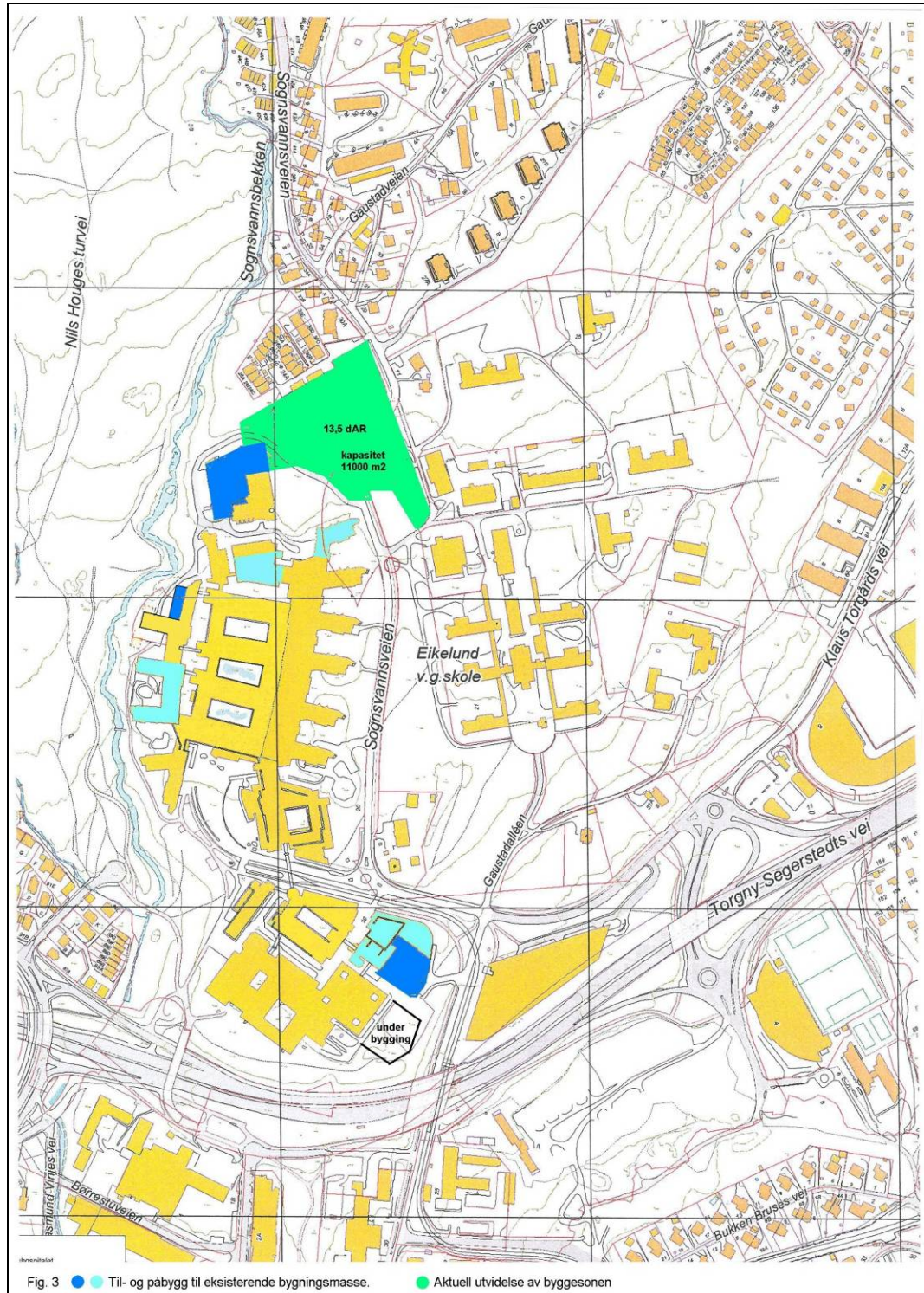
Figur 37. Trafikk og tilgjengelighet

Trafikk og tilgjengelighet

Området betjenes direkte av bytrikk. T-bane og buss er innenfor rimelig gangavstand. Parkeringsdekningen er tilfredsstillende og iht. til reguleringsplanen.

Tilgjengeligheten fra hovedveisystemet.

Sykehuset betjenes fra Ring 3 via Universitetskrysset. Krysset har for liten kapasiteten i rushtiden, særlig på morgenen. Et kollektivfelt for utrykningskjøretøy vil være nødvendig ved en videre utbygging av sykehuset. Sikkerhet knyttet til tilgjengelighet er i stor grad avhengig av at det er fremkommelighet på Ring 3. Ved blokkering av Ring 3 er det i dag mulig å kjøre nord for Ring 3 fra Storokrysset i øst over Kjelsås/Sogn. Fra vest er den ingen slik mulighet. Fra områdene innenfor Ring 3 kan det kjøres utenom Ring 3 til RH/Gaustad via Gaustadalléen - Problemveien eller via planfrie kryss på Ring 3 mellom Storo og Tåsen.



Figur 38. Utbyggingskapasitet i dag og ved en mindre arealutvidelse i nord

Utbyggingskapasitet i dag og ved en mindre arealutvidelse i nord.

Dagens regulering begrenser videre utbygging innenfor dagens byggesone for RH til 14.000 kvm. Se avsnitt om utbyggingskapasitet. I henhold til rapporten "Utviklingsmuligheter på Gaustad", er følgende tilbygg og påbygg regnet som realistiske:

4000 kvm som tilbygg i nord og vest. 2 lokaliseringer.

6500 kvm påbygg over økonomigården og laboratorie bygget syd for trikkeholdeplassen.

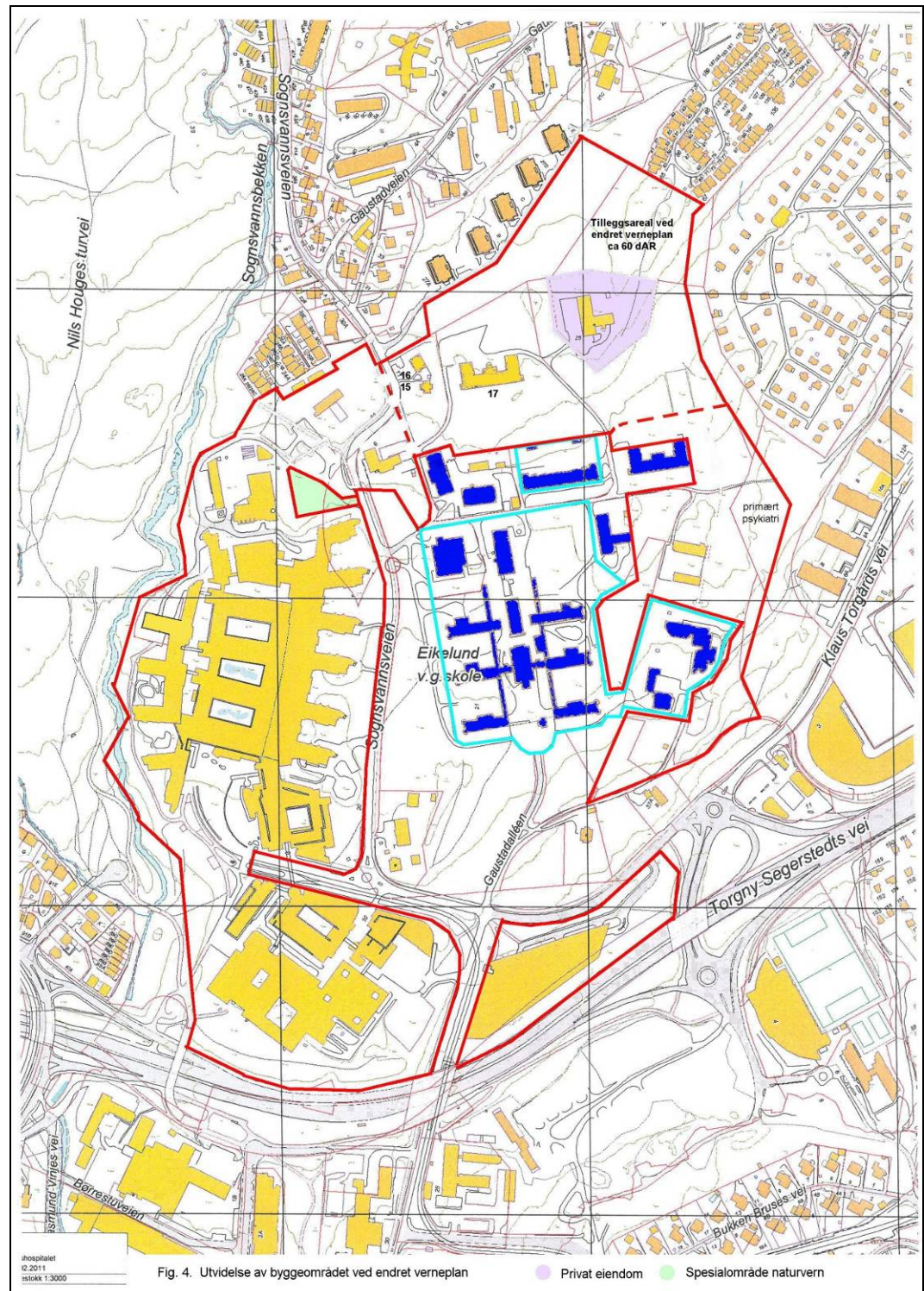
3500 kvm er påbygg av de sentrale avsnittene, 3 lokaliseringer.

Byggesonen kan utvides med Gaustadtomt 42/174, et areal regulert til barnehage og dagens høyspenttrasé (legges som jordkabel). Det forutsettes at området regulert til barnehage omreguleres og at turvei B1 og parkarealet mot Gaustad sykehus enten omreguleres eller kan innpasses i byggeområdet: areal 13,5 dAR. Anslått utbyggingskapasitet ved innpassing av park og turvei: 11.000 kvm. Total utbyggingskapasitet innenfor dagens tomteområde samt mulige tilleggsarealer i nord-nordvest. Ca. 25.000 kvm (14.000 + 11.000 kvm).

Ved full omregulering av området til byggesone, inkl. omregulering av spesialområde naturvern (2 dAr), kan sannsynligvis utbyggingskapasiteten som ovenfor er oppgitt til 11.000 kvm, økes til 30.000 kvm over terreng (u-grad 2,0 innenfor et snevert område). Avhengig av bebyggelsens utforming, kan det i tillegg bygges 2-3 etasjer under bakken med indre lysgårder. Dette gir bygningsmessig tilknytning til dagens RH. I alt kan tomten gi en utbyggingsmulighet på 40-50.000 kvm

Arealkapasiteten øst for Gaustad sykehus kan ikke knyttes til RH, men gir en utbyggingskapasitet for psykiatri på ca. 35.000 kvm (u-grad 1,0).

Utbyggingskapasitet er her å forstå som utnyttelsesgrad, dvs. brutto etasjearealer over terreng, utbyggingsmulighet under terreng er ikke vurdert. Det er forutsatt at det ikke foretas vesentlige reguleringsendringer.



Figur 39. Byggeområde ved endret verneplan

Byggeområde ved endret verneplan

Dersom vernebestemmelsene for Gaustad sykehus endres ved at bygningene 15, 16 og 17 tas ut av verneplanen, kan det gi et tomtetilskudd på 60 dAR, anvendelig både for somatikk og psykiatri.

Utvidelsen av byggesonen forutsetter omregulering av friareal, jordbruksareal og omlegging av høyspenttrase til jordkabel. Utbyggingskapasiteten kan neppe settes høyere enn 60.000 kvm over terreng. Dette skyldes tilleggende boligbebyggelse og nærheten til Gaustad sykehus.

Privat eiendom 42/204 ligger sentralt i området. Bygningen leies i dag av RH og eier er interessert i å utvikle den i samarbeid med RH. Dette er en stor usikkerhet. Dersom tomten ikke kan erverves, reduseres det utnyttbare tomtetilskuddet vesentlig. Arealet reduseres til 52 dAr, bebyggelsen må legges utenom eiendommen og argumentasjonen for omfattende reguleringsendring vil svekkes. Tomteområdet kan knyttes sammen med dagens RH, men nivåforskjellen vil bli på ca. 20 m mellom de to sonene. Den aktuelle byggesonen stiger i tillegg ca. 15 m syd-nord, dvs. 7 %. Samlet utbyggingskapasitet ved endring av vernebestemmelsene for Gaustad sykehus og erverv av 42/204: ca. 85.000 kvm over terreng.

Tabell 55. Handlingsrom definert i kvm bta nybygg over terreng. RH/Gaustad

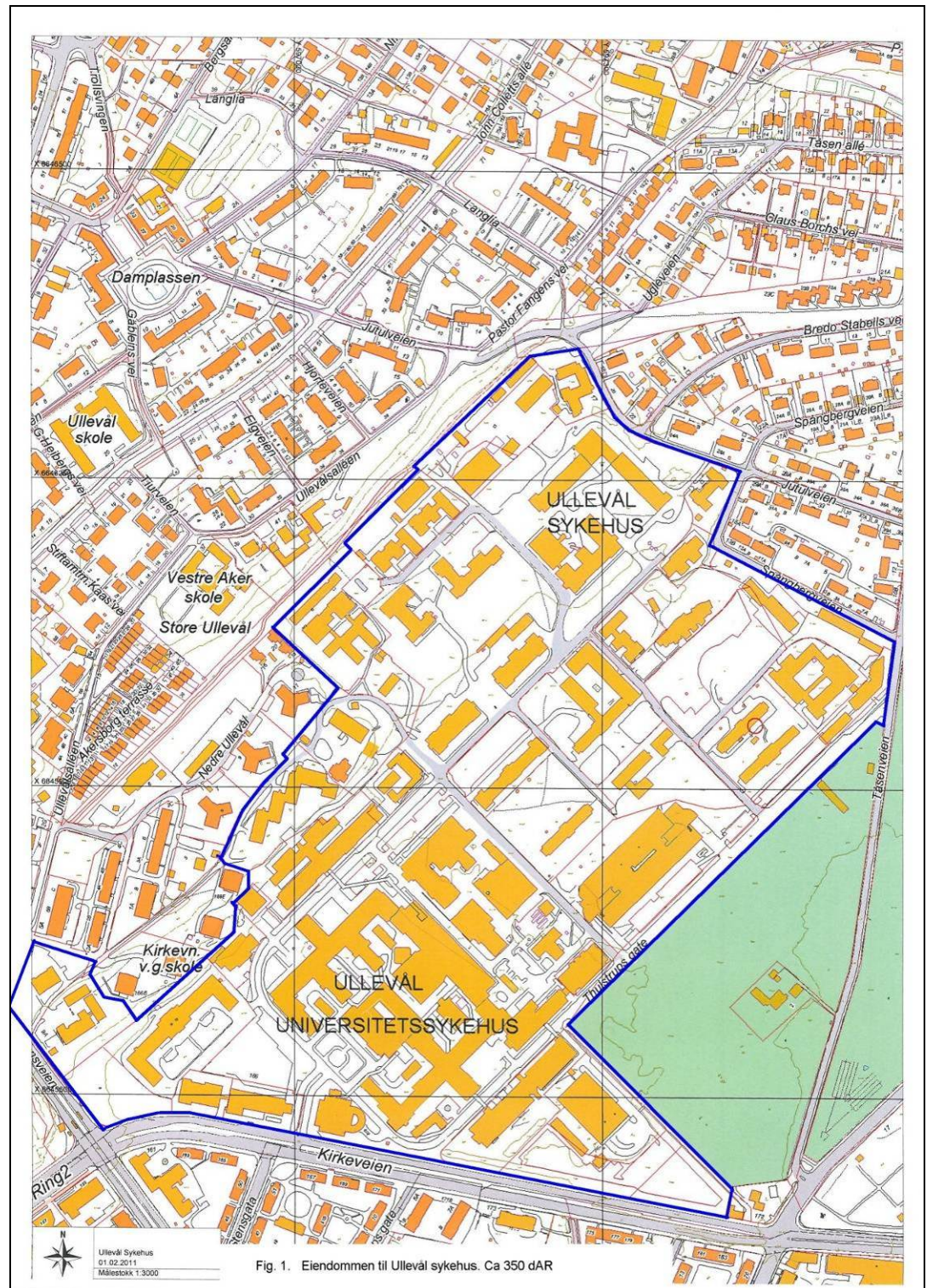
| Forutsetning | Gaustad inkl RH | Gaustad lokalt | SUM |
|--|-----------------|----------------|---------------|
| Uten omregulering | 14000 | 33500 | 47500 |
| Omregulering, begrenset | 11000* | 4500 | 15500* |
| Omregulering av spesialområder, høy utnyttelse | 19000* | | 19000* |
| Omregulering + fritak fra vernebestemmelser | 30000 | | 30000 |
| Erverv av privat eiendom 42/204 | 30000 | | 30000 |
| SUM | 104000 | 38000 | 142000 |

*) Areal over terreng nord og vest for teknisk sentral. Mulig areal under terreng kommer i tillegg, ca. 15.000 kvm.

8.6.2 Ullevål sykehus

Ullevål sykehus er Oslo kommunes hovedsykehus, bygget fra 1880-årene. Den første fasen var paviljongsykehuset. Små frittliggende bygninger i én til to etasjer. Bygningene ligger langs Thulstrups gate rundt laboratoriebygget (25). Den store utbyggingen skjer fra ca. 1910 til 1930. Dette er store murbygninger med etasjehøyder på inntil 5 m og brutto etasjearealer på inntil 5000 kvm. Bygningene ligger fra Kirkeveien mot nord.

Utbyggingen innen somatikk fra 1940-tallet og frem til i dag er tilbygg til 20-tallsbebyggelsen. Unntak er bygg 37 og laboratoriebygget 25. Innenfor psykiatri er det også en blandet bebyggelse som startet med frittliggende, mindre bygninger i mur fra rundt 1920. Det er senere bygget flere, frittliggende anlegg, alle i ytterkanten av eiendommen. Ullevål sykehus fremstår i dag som et svært blandet bygningsmiljø også hvis bare sentralkomplekset og bygg 25 vurderes.



Figur 40. Definisjon av planområdet

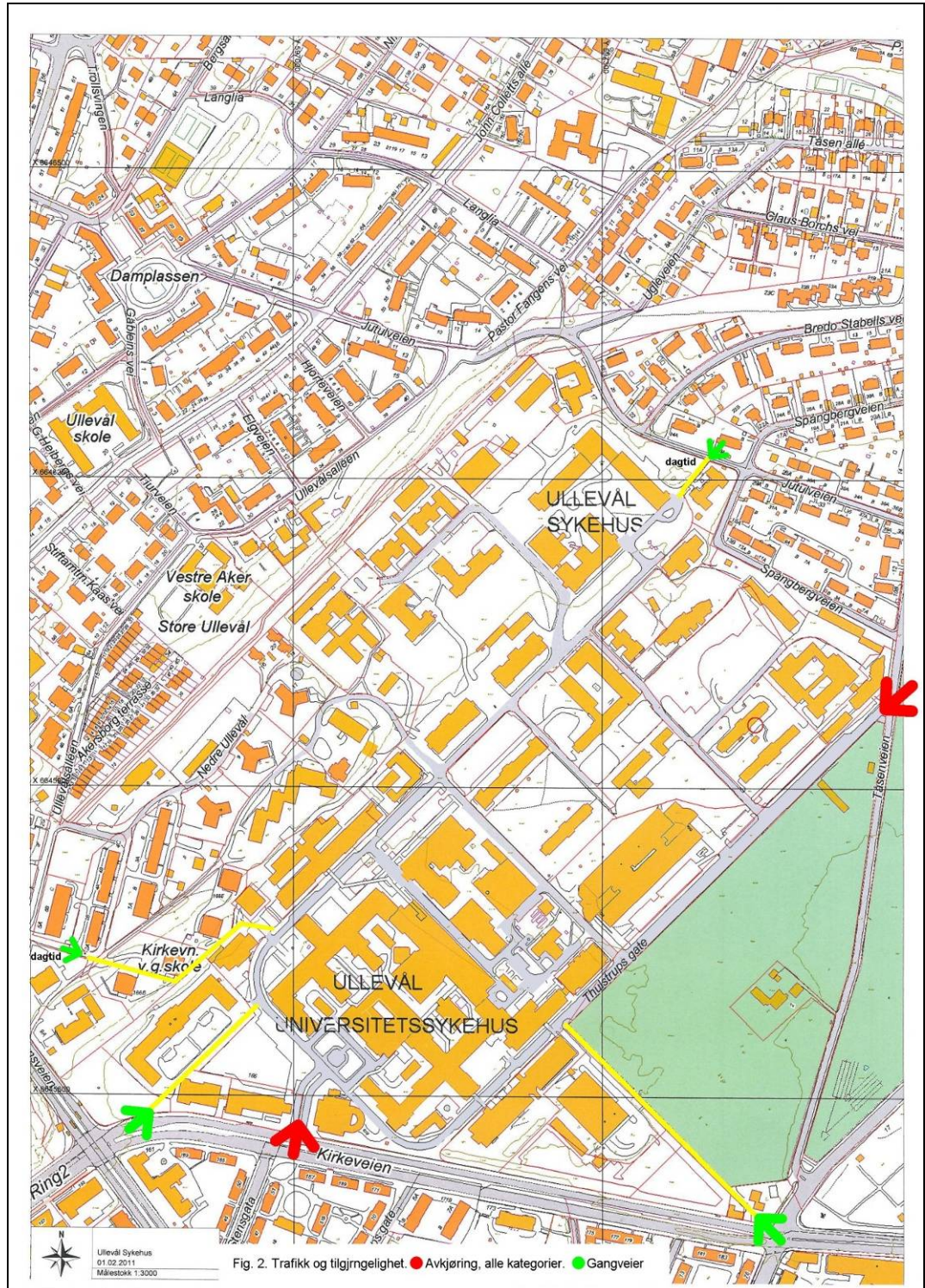
Definisjon av planområdet

Planområdet til Ullevål sykehus går frem av kartet. Areal: ca 350 dAR. Området er oppdelt i en rekke matrikelnummer, alle med samme eierforhold. Nåværende reguleringsplan S-2555, er felles for hele planområdet. S-2555 er den generelle reguleringsforskriften for sentrum og indre sone i Oslo. Reguleringsbestemmelsen omfatter bare alminnelige bestemmelser utover at bygningshøyden er definert til normalt 5 etasjer.

For Ullevål sykehus gjelder en generell U-gradsbegrensning på 0,4 – 1,5. U-grad er samlet brutto gulvareal over terreng eks. loft, dividert på tomteareal til midt vei eller 10 m inn i friareal. Etasjehøyden er definert til 3,0 m. For u-gradskapasiteten kan tillegges 21 dAr. Det betyr at 370 dAr er beregningsgrunnlaget for utbyggingskapasiteten.

Planområdet er tilnærmet flatt, stigningen mellom Kirkeveien og Spångbergveien er 5,5 m / 750 m, dvs. 0,7 %. Mot vest begrenses det flate området av en bratt fjellskrent opp mot Nedre Ullevål gård. Fjellskrenten følger en linje bak Bygg 2 og 11.

Grunnforholdene er generelt dårlige i det sentrale området. Varierende og store dybder til fjell, leirholdig grunn med dels kvikkleire. Grunnforholdene er bedre mot nord og øst. Høy grunnvannstand, anslagsvis 3 m under terreng.



Figur 41. Trafikk og tilgjengelighet

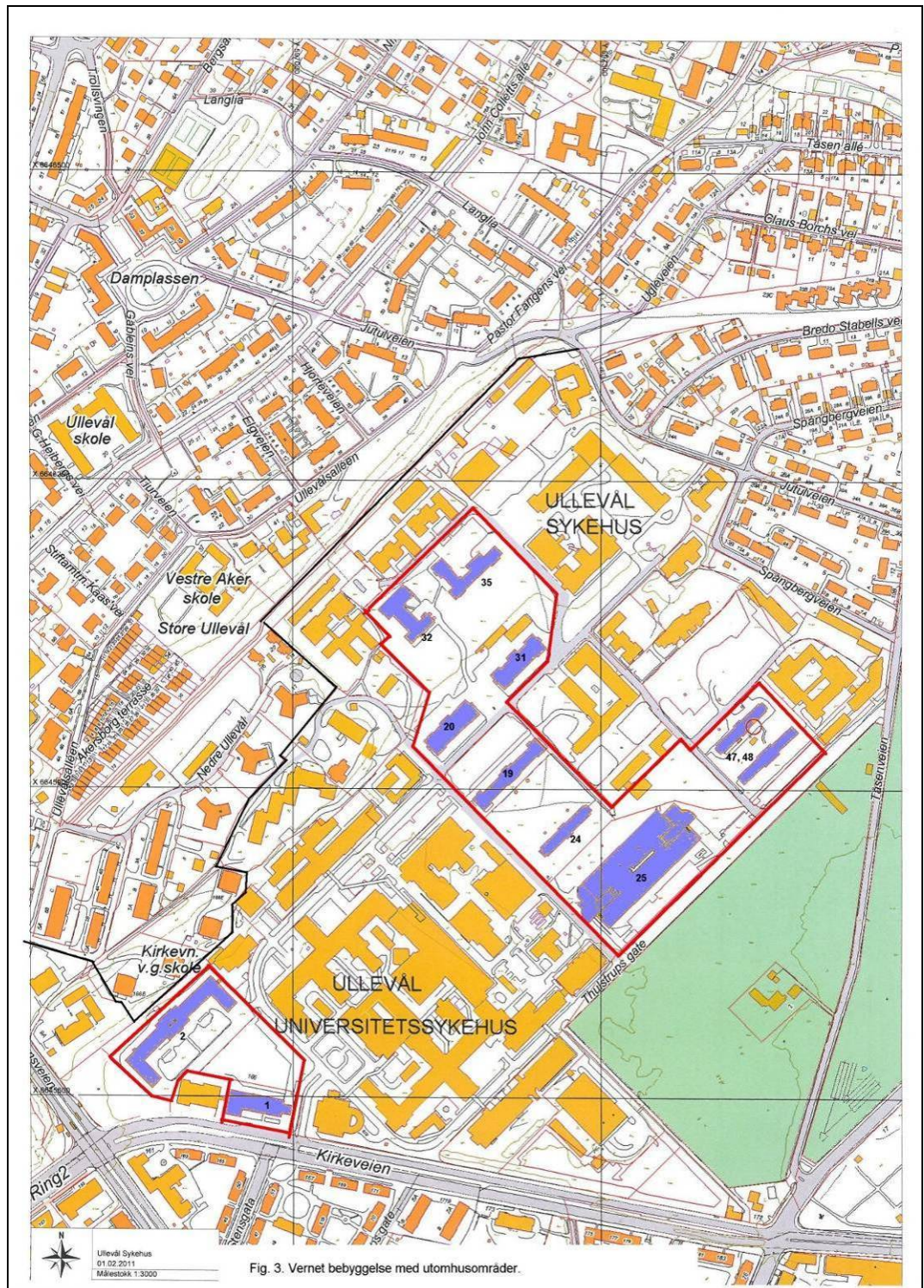
Trafikk og tilgjengelighet

Sykehuset betjenes av bytrikk og bybuss. All kollektivtransport er knyttet til adkomstene fra Kirkeveien. Det er i dag avkjøring ved Tårnbygget (hovedporten) mot Kirkeveien og fra Tåsenveien (Tåsenporten) i nordøst. To gangveier nær hhv. krysset Sognsveien og krysset Geitemyrsveien er døgnåpne, i tillegg er det dagåpne adkomster fra Jutulveien og Ullevålsalléen.

De lengste gangavstandene internt på området er i dag ca. 1 km. Det er et problem at området utenfor sentralkomplekset (somatikk) ikke har kollektivdekning. Det er særlig de psykiatriske og psykososiale avdelingene som har lang avstand til holdeplassene i Kirkeveien. Biltrafikken internt i området fordeles i en kvartalsstruktur dannet av to parallelle hovedveier og tre tverrveier.

Sykehuset har ett felles akuttmottak supplert med ubetjente pasientmottak knyttet til enkelte bygninger. Større varemottak er knyttet til hovedkjøkkenet og vaskeriet, ellers leveres forsyningene i stor grad lokalt. Ambulansetjenesten for sektoren er plassert i nord, nær Tåsenporten. Sykehuset har i dag rimelig parkeringsdekning.

Hovedporten er knyttet til Ring 2. Ved blokkering kan Kirkeveien krysses og Stensgata brukes for adkomst til indre by. Tåsenporten gir adkomst fra ytre by over Voldsløkka til Ring 3 og byen forøvrig. I kombinasjon gir de to kjøreadkomstene god sikkerhet for akuttberedskapen.



Figur 42. Vernebestemmelser

Vernebestemmelser

En større del av planområdet er foreslått vernet iht. landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten. Søsterhjemmet og Tårnbygget (2 og 1) med utomhus område. Bygningene 25, 24, 20, 31, 32, 35, 47 og 48 med sammenhengende utomhus område. Totalt ca. 67 dAr. Det båndlagte arealet deler planområdet i to adskilte deler:

- Området nord for Første tverrvei: 187 dAr, hvorav 67dAr er vernet. 120 dAr
- Området syd for Første tverrvei: 163 dAr, hvorav 23 dAr reelt er vernet. 140 dAr.

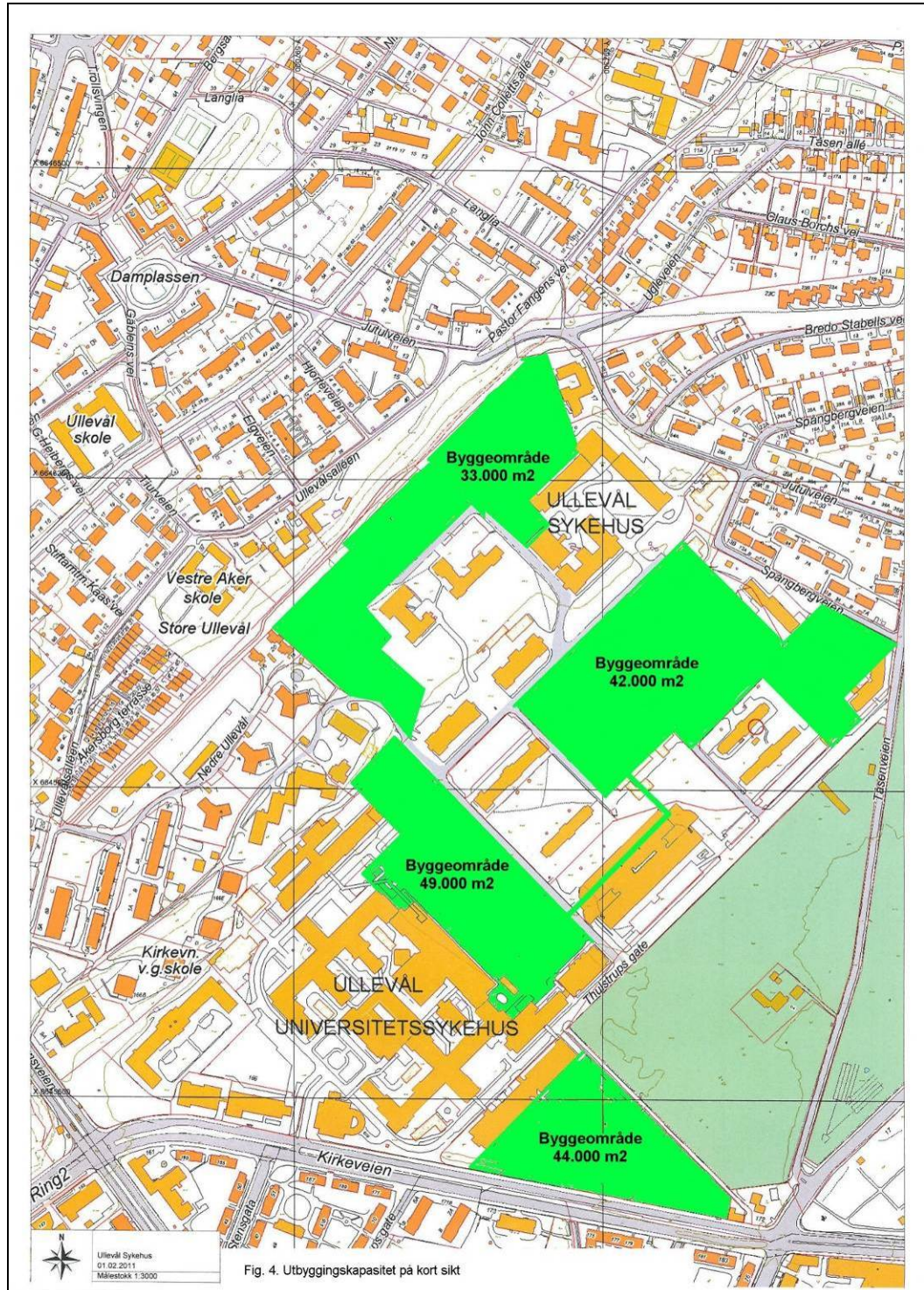
Utbyggingskapasitet

Utbyggingskapasiteten er sannsynligvis høyere enn reguleringsbestemmelsene tilsier. Dette begrunnes med eksisterende byggehøyder og at bare boligområdet i nordøst gir

begrensninger på byggehøyden. Kapasitet iht. reg. bestemmelsene med unntak for teoretisk etasjehøyde. 555.000 kvm BTA over terreng. U-grad 1,5.

Dagens bygningsareal

Bygningsmassen er sammensatt både i størrelse, kvalitet og alder. Ved en større utbygging må det forutsettes at bygninger blir revet. Dagens bygningsareal som inngår i U-gradsberegningen er ca. 250.000 kvm. Da er underetasjer/kjellere og loft trukket ut. Utbyggingskapasiteten ut fra en slik betraktning 305.000 kvm over terreng.



Figur 43. Utbyggingsmulighet på kort sikt. Riving i liten grad

Utbyggingsmulighet på kort sikt. Riving i liten grad

Utbyggingskapasiteten er innenfor vernebestemmelsene og forutsetter bare mindre endring av reguleringsbestemmelsene. Med "kort sikt" menes bygninger og områder av sykehuset som kan saneres for utbygging uten at det medfører vesentlige forstyrrelser av sykehusets sentrale driftsfunksjoner. Funksjonene som omfattes av saneringen vil forholdsvis enkelt gis erstatningsarealer i løpet av byggeprosessen.

Utbyggingskapasitet syd for fredet område.

Utbyggingsområde etter riving av økonomibebyggelsen nord for Midtblokken (6) og kjøkkenbygningen (12) på skolehagetomten.

Her regnes U-grad 2,0. Beregningsgrunnlag: 46,3 dAR

Utbyggingskapasitet over terreng: 93.000 kvm

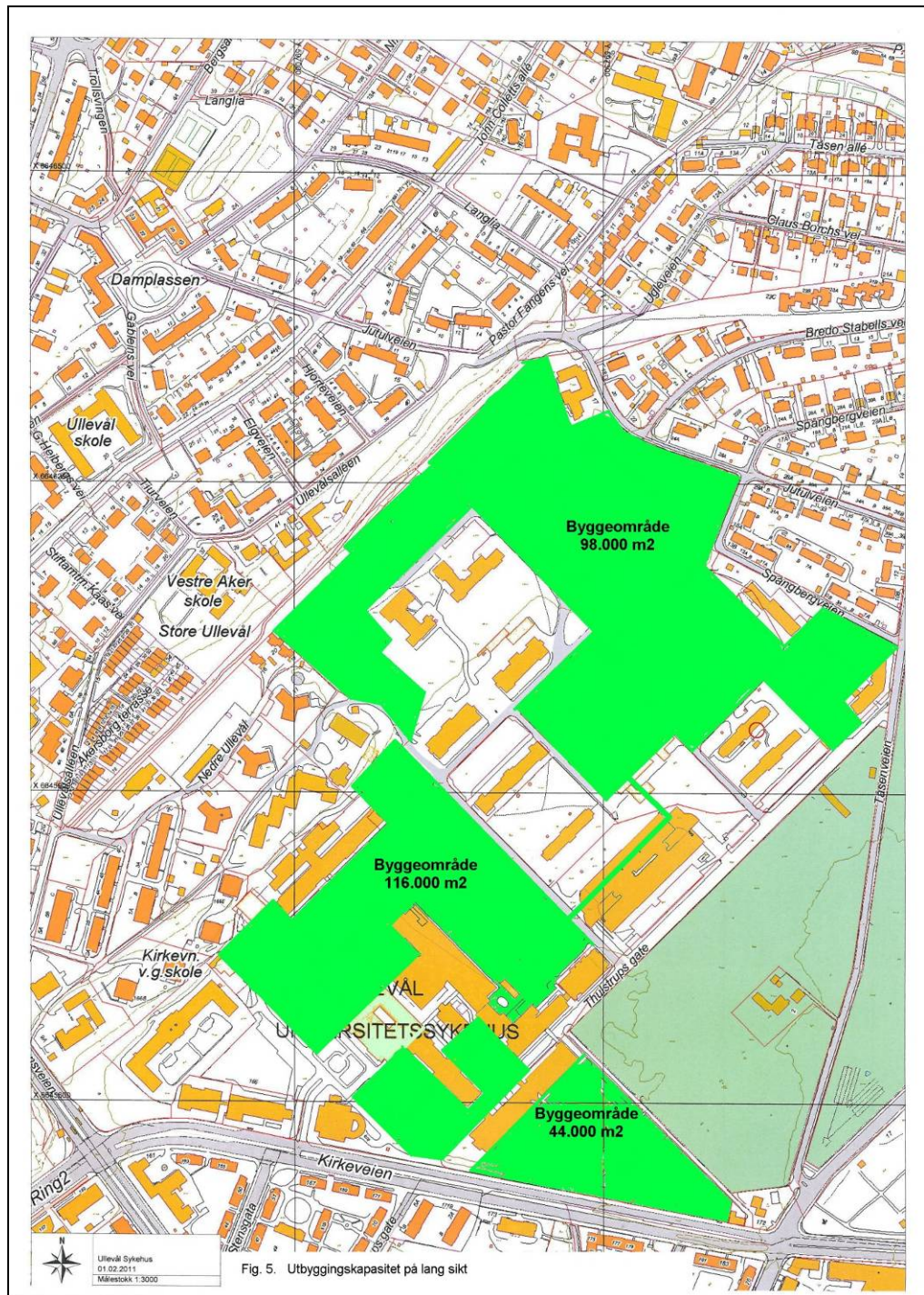
Utbyggingskapasitet nord for fredet område.

Her regnes U-grad 1,0 pga nærhet til boligområder og de fredete bygningene.

Beregningsgrunnlag: 75 dAR fordelt på to lokaliseringer.

Utbyggingskapasitet: 75.000 kvm.

Samlet utbyggingskapasitet på kort sikt: ca. 168.000 kvm.



Figur 44. Utbyggingsmulighet på lang sikt. Riving i stor grad

Utbyggingsmulighet på lang sikt. Riving i stor grad

Utbyggingskapasiteten er innenfor vernebestemmelsene og forutsetter bare mindre endring av reguleringsbestemmelsene. Med "lang sikt" menes at også større, sentrale pasientbygninger som må erstattes av nye bygningskomplekser før sanering, inngår i utbyggingsområdet.

Utbyggingskapasitet syd for fredet område.

Utbyggingsområde etter riving av økonomibebyggelsen nord for Midtblokken (6), kjøkkenbygningen (12) på skolehagetomten, bygg 3 og deler av bygg 7.

Her regnes U-grad 2,0. Beregningsgrunnlag: 79,4 dAR

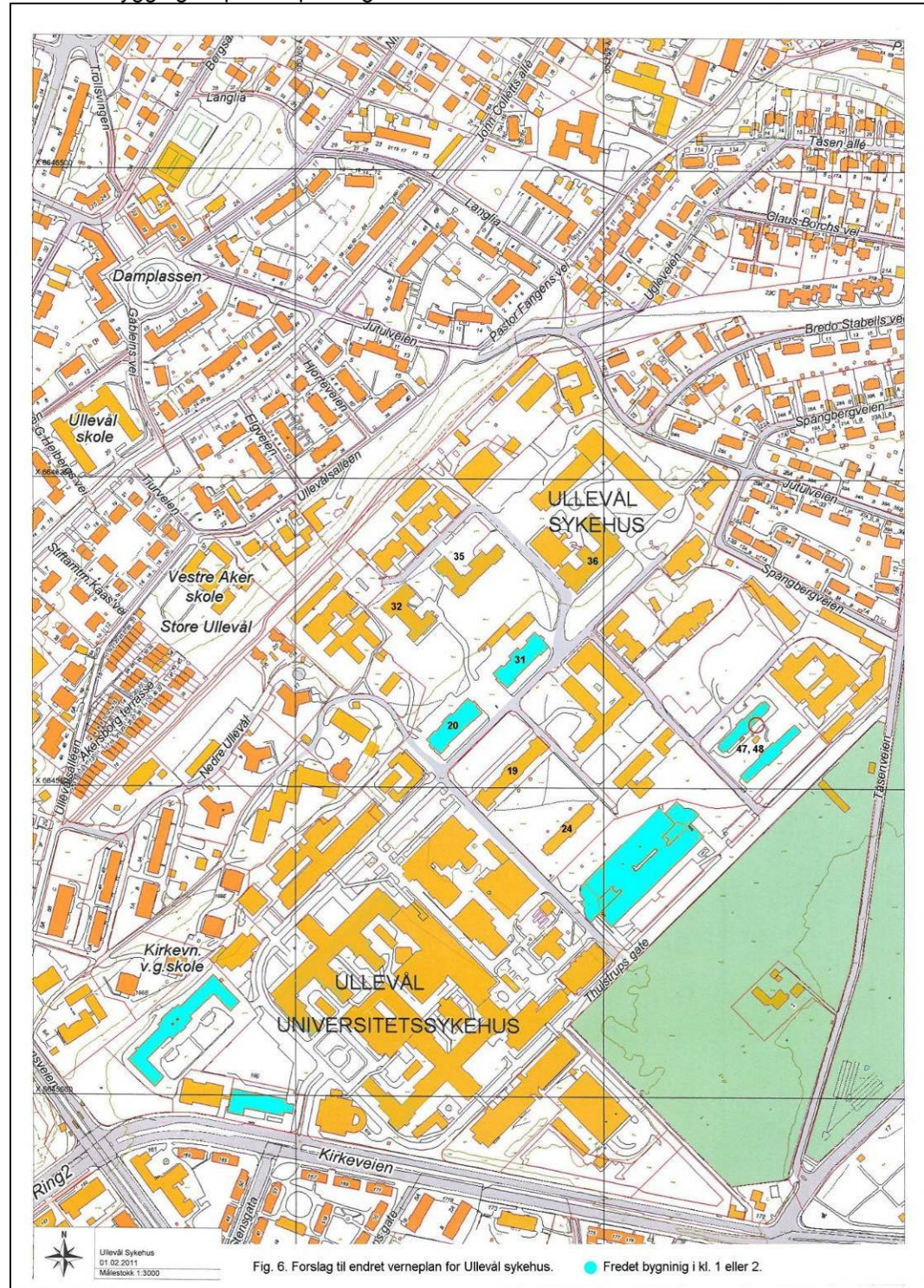
Utbyggingskapasitet over terreng: ca. 160.000 kvm

Utbyggingskapasitet nord for fredet område. Bygg 36 og 37 rives.

Her regnes U-grad 1,0 pga nærhet til boligområder og de fredete bygningene.

Beregningsgrunnlag: 98,0 dAR.
 Utbyggingskapasitet: 98.000 kvm.

Samlet utbyggingskapasitet på lang sikt: ca. 258.000 kvm



Figur 45. Byggeområde ved endret verneplan

Byggeområde ved endret verneplan

Tomteområdet til Ullevål sykehus har en størrelse som tillater bygging av et nytt sykehus samtidig som det gamle sykehuset er i drift. Fordelen ved å samle gammelt og nytt sykehus, er at infrastruktur og sentrale service- og behandlingsfunksjoner også kan utnyttes av det "nye" sykehuset.

Da hovedstaden i 1870-årene ervervet eiendommen utenfor bygrensen, var arealbehovet lite, men det var viktig å sikre arealer for fremtidige utbygging. Verneplanen deler sykehusets eiendom i to og bryter derfor med den historiske begrunnelsen for å reservere en stor og ideell tomt for sykehusformål.

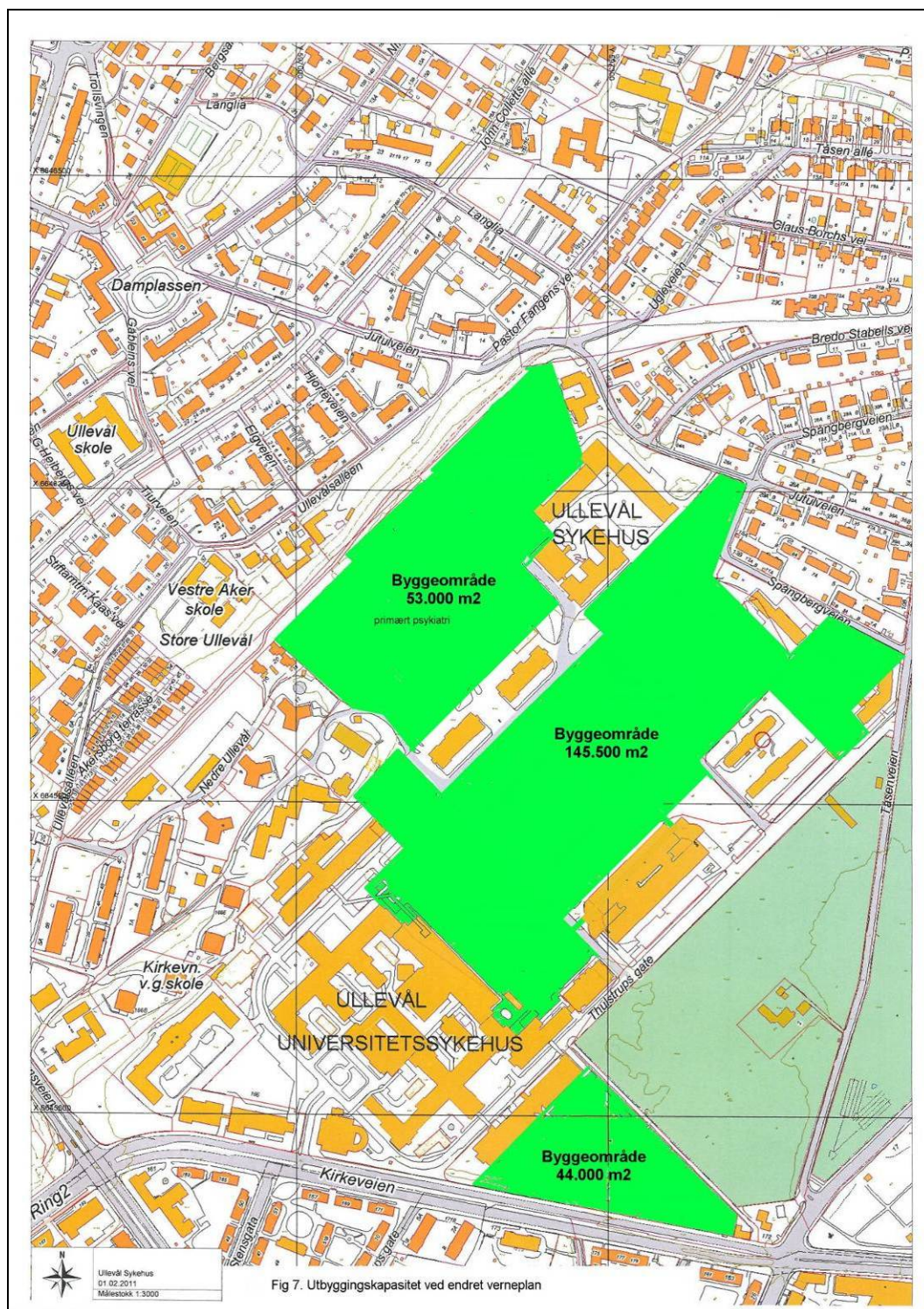
Somatiske sykehusfunksjoner

Det vernede arealet hindrer en rasjonell, lineær utbygging av det somatiske sykehuset (sentralkomplekset) mot nordøst. I en ideell situasjon skal sykehuset kunne bygges ut i denne retningen samtidig som dagens sykehus drives uforstyrret. En slik modell gjør det mulig å knytte dagens sentrale behandlings- og servicefunksjoner til nye bygninger. I verneplanen er denne utbyggingsretningen redusert til 90 m.

Som det går frem av figurene, tvinger verneplanen sykehuset til å bygge ut for somatisk virksomhet i de områdene som allerede er tett utnyttet. Dette medfører en komplisert prosess hvor riving og bygging må gå parallelt. Av den grunn er det viktig å kunne sikre arealene fra Bygg 6 (midtblokken) mot nordøst for fremtidig utbygging av sykehuset. Av denne grunn burde Bygg 19 og 24 bør tas ut av planen, men dette vurderes ikke som realistisk å gjøre.

Psykiatriske sykehusfunksjoner

Psykiatriske og psykososiale avdelinger ligger i dag i området i nordvest. To bygninger er foreslått fredet i dette området, bygg 32 og 35. Disse ligger sentralt mellom mindre bygninger innenfor samme fagfelt. Det er viktig å kunne disponere dette arealet i sammenheng for en større utbygging av akuttpsykiatri. De to bygningene er ikke egnet for formålet og bør derfor tas ut av verneplanen for å kunne sikre en rasjonell utbygging av det psykiatriske helsevernet, men etter dialog med Riksantikvaren virker det som det vil bli en krevende prosess dersom OUS skal få aksept for å kunne gjøre dette.



Figur 46. Utbyggingsmulighet ved endring av verneplanen

Utbyggingsmulighet ved endring av verneplanen

Utbyggingsmulighet på kort sikt ved endrete vernebestemmelser og med mindre endringer av reguleringsbestemmelsene. Utbyggingsområde etter riving av økonomibebyggelsen nord for Midtblokken (6) og kjøkkenbygningen på skolehagetomten, bygningene 19, 24, 32, 35 samt provisorisk bebyggelse. Utbyggingsområdene vil være sammenhengende gjennom eksisterende bebyggelse.

Her regnes U-grad 1,5 nord for bygn. 6, 2,0 på skolehagetomten, 1,0 for sonen i nord. Beregningsgrunnlag: 97,0 /22,0/53,0 dAr.

Samlet utbyggingskapasitet over terreng på kort sikt: ca. 242.000 kvm

Tabell 56. Handlingsrom definert i kvm bta nybygg over terreng. Ullevål sykehus

| Forutsetning | Riving liten grad | Riving stor grad | SUM |
|---------------------------------------|-------------------|------------------|--------|
| Utbygging innenfor vernebestemmelsene | 168000 | 90000 | 258000 |
| Fritak fra vernebestemmelser | 74000 | | 74000 |
| SUM | 242000 | 90000 | 332000 |

9 Plan for utvikling av bygningsmassen

Universell utforming skal være grunnlaget for alle nybygg og alle rehabiliterte bygninger. Sykehuset skal være universelt utformet slik at det er fullt ut tilgjengelig for alle mennesker. Det skal ikke være særløsninger for dem med spesielle behov, men løsninger som kan benyttes av alle.

I dette kapittel redegjøres det for hvordan bygningsmassen ved Oslo universitetssykehus kan utvikles i henhold til det arealbehov som fremkommer for hvert Scenario. Planen er basert på det arealbehov som fremkommer i programmet for hver Scenario og det registrerte mulighetsrommet for utvikling av bygningsmassen. Mulighetsrommet er begrenset av tilgjengelig tomt, reguleringsbestemmelser og vernebestemmelser i Landsverneplan for Helsesektoren. Det er registrert en interessekonflikt mellom sykehusets funksjonskrav/arealbehov og de begrensningene som fremkommer av Landsverneplan for Helsesektoren. Dette gjelder i særlig grad for utviklingen av bygningsmassen for psykisk helse og avhengighet. Reguleringsbestemmelsene for Rikshospitalet gir store begrensninger for utviklingen av Rikshospitalets bygningsmasse.

De tre scenarioene er til dels svært forskjellige i sin karakter. Scenario 1 som består av en samling av bygningsmassen på ett sted, vil innebære fraflytting av Rikshospitalet og Radiumhospitalets anlegg på Montebello. Scenario 2 består i hovedsak av en samling av Radiumhospitalets og Rikshospitalets virksomhet i tilknytning til Rikshospitalets bygningsmasse på Gaustad og en utvikling av storbysykehuset med akuttfunksjonene samlet på Ullevål. Scenario 3 er karakterisert ved at alle de 3 lokalisasjonene på Radiumhospitalet, Gaustad og Ullevål videreutvikles i henhold til den funksjonsfordeling som fremgår av programmet. For psykisk helse og avhengighet innebærer Scenario 1 full samling på Ullevål, mens Scenario 2 og 3 har forsterkede plasser og langtids avhengighet på Gaustad, mens resten (utenom DPS) lokaliseres på Ullevål.

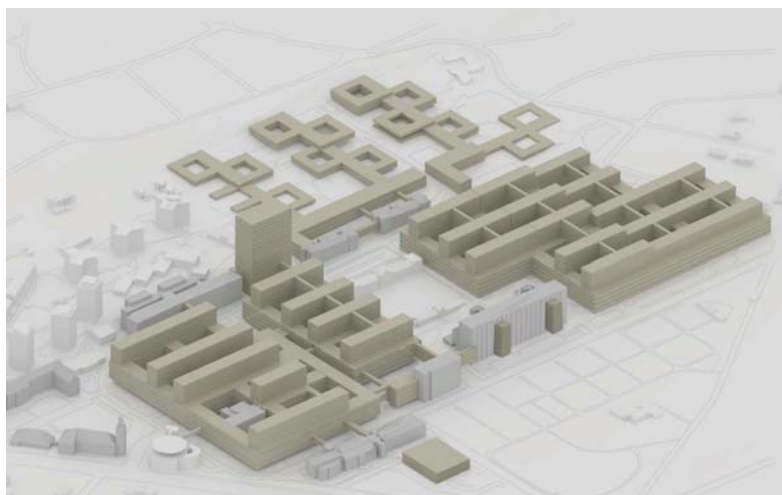
I arealutviklingsplanen har det ikke vært gjort trafikkanalyser. Dette må gjøres i de neste fasene av planlegging for utvikling av OUS' bygningsmasse. I forbindelse med utvikling av Ullevål sykehus, må det tas hensyn til Oslo kommunes planer for storbylegevakt i området.

Arealutviklingsplanen har hatt et mandat på å se fram mot 2025. Det har allikevel blitt sett på utviklingsmulighetene ut over dette tidsperspektivet mot 2040-2050. Dette er blant annet gjort for å sikre at det er nok elastisitet i de muligheter som skisseres i arealutviklingsplanen til å kunne svare på befolkningsveksten som trolig kommer.

9.1 Scenario1

Utvikling av Oslo universitetssykehus som en geografisk samlet enhet

Dette alternativet krever ca. 625.000 kvm nybygg. Det er bare Ullevål-tomten som er stor nok for en slik utbygning, og også her utfordres totalareal og reguleringsplaner. En slik utbygning kan se ut som under.



Figur 47. Scenario 1. Alt samlet på Ullevål-tomten

Fordeler og ulemper ved samling av Oslo universitetssykehus på Ullevål nå

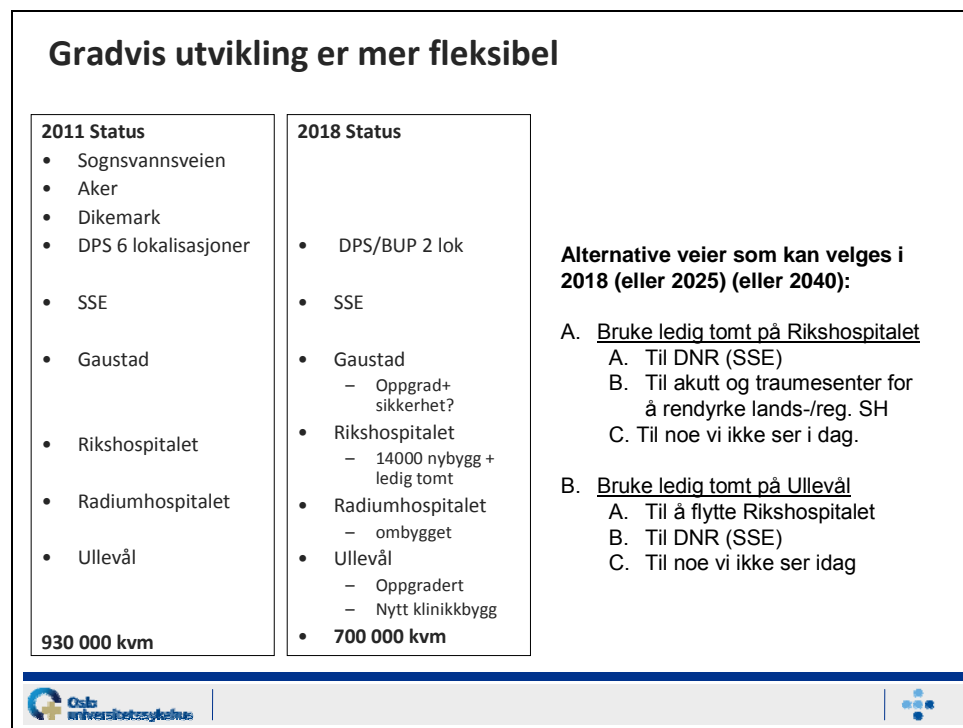
PLUSS

- Fagene samlet (om man fraviker fysisk deling i lokal- vs. Lands/regionfunksjon)
- Samler multitraume og regionsfunksjoner
- Lettere å bygge felles kultur
- Stedlig ledelse
- Enklere logistikk
- Bedre driftsøkonomi?
- "ingen dubliseringer"
- Frigir arealer til andre formål også på Gaustad, Rikshospitalet og DNR
- God drift i byggeperioden

MINUS

- Brutal utnyttelse av tomt (8-9 etasjer, unntatt PHA)
- Ikke rom for videre utvikling
- Fraflytter ca. 220.000 kvm ny bygningsmasse
- Svært stort sykehus (1500 senger, driftsøkonomi bedres til 5-600 senger, faller deretter)
- Fortsatt delt av vernesone
- Kostnad ca. 30 mrder tilsvarer Norges forventede samlede investering i sykehus neste 10 år
- 10-15 mrder dyrere enn gradvis utvikling (10 hvis kostnad for flytting av DNR/SSE inn i Campus etter 2025 inkluderes)
- Politisk mulig?

Figur 48. Vurdering av fordeler og ulemper med Scenario 1.



Figur 49. Gradvis utvikling gir større fleksibilitet

Oppsummert vil en gradvis samling der man først bygger nytt klinikkbygg på Ullevål samtidig som man arbeider med omregulering og frigjøring av nytt tomteareal på Rikshospitalet gi maksimal fleksibilitet i den videre utviklingen. Når fase 2 av samlokaliseringer er gjennomført i 2018, kan man fortsatt velge å samle hele sykehuset på Ullevål, man kan velge å flytte Radiumhospitalet inn ved siden av Rikshospitalet eller benytte denne tomten til andre formål: for eksempel et akutt- og traumebygg dersom det på det tidspunkt fremstår som en nødvendig løsning for rendyrking av fag- og sykehusprofilene i Campus.

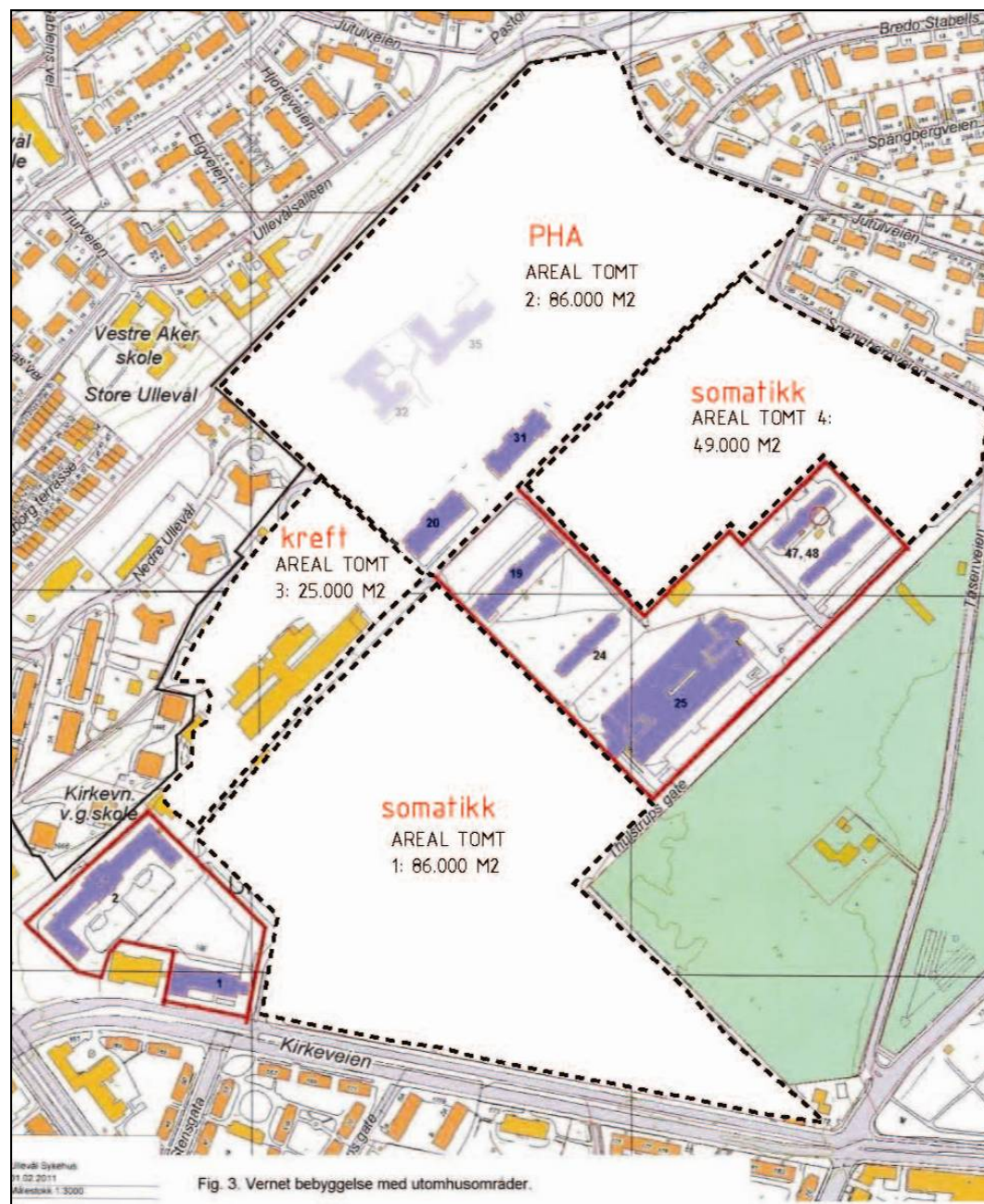
9.1.1 Rikshospitalet/Gaustad

Scenario 1 innebærer at Rikshospitalets bygninger og bygningsmassen for psykiatri på Gaustad fraflyttes.

9.1.2 Ullevål

Scenario 1 innebærer at tomten på Ullevål utnyttes fullt ut. En gjennomføring av dette forutsetter at en del av de bygningene som inngår i Landsverneplan for Helsesektoren må rives. Dette dreier seg om bygning 32 og 35 som må rives for å gi rom for samling av psykiatrien på denne delen av tomten. Dialog med Riksantikvaren viser at det vil bli vanskelig å få tillatelse til å rive disse byggene.

De bygningene og parken som er fredet i den sentrale delen av sykehusområdet danner et belte som deler den somatiske delen av sykehusområdet i to.



Figur 50. Utbyggingsområdene på Ullevål



Figur 51. All psykiatri på Ullevål

9.1.3 Radiumhospitalet

Scenario 1 innebærer at Radiumhospitalets bygninger fraflyttes.

9.2 Scenario 2

I Scenario 2 samles Radiumhospitalet og Rikshospitalet på Rikshospitalets tomt på Gaustad. Psykisk helse og avhengighet lokaliseres både på Ullevål og på Gaustad.

9.2.1 Rikshospitalet/Gaustad, somatikk

Scenario 2 gir behov for en vesentlig areal økning på Gaustad. Innenfor gjeldende regulering er det en kapasitet på inntil 14.000 kvm på tomten. En flytting av Radiumhospitalet til tomten ved Rikshospitalet forutsetter en omregulering av tomten, og det er så langt sett på to hovedalternativer for plassering av nybygg. Alternativ 1 er basert på tidligere utarbeidet skisse av nybygg nord på tomten. Nybygget er på ca. 40.000 kvm og forutsetter følgende omreguleringer:

- Område regulert som turvei nord for teknisk sentral omreguleres til sykehusformål
- Utnyttingsgraden for området økes
- Sognsvannsveien omlegges slik at den går utenfor nybygget.
- I tillegg forutsetter en gjennomføring av Alternativ 1 at en fredet treklynge på tomten fjernes.



Figur 52. Utvidelse Alternativ 1

Et nybygg på ca. 40.000 kvm vil ikke være tilstrekkelig til å romme alle funksjoner fra Radiumhospitalet, og det er derfor utarbeidet alternative forslag til utvidelse mot nord som gir økt areal. Det er samtidigvurdert muligheter for å legge forskningsfunksjoner syd for Rikshospitalet, enten i forbindelse med universitets nye forskningsbygg (livsvitenskaps-senter) eller i eget nybygg.

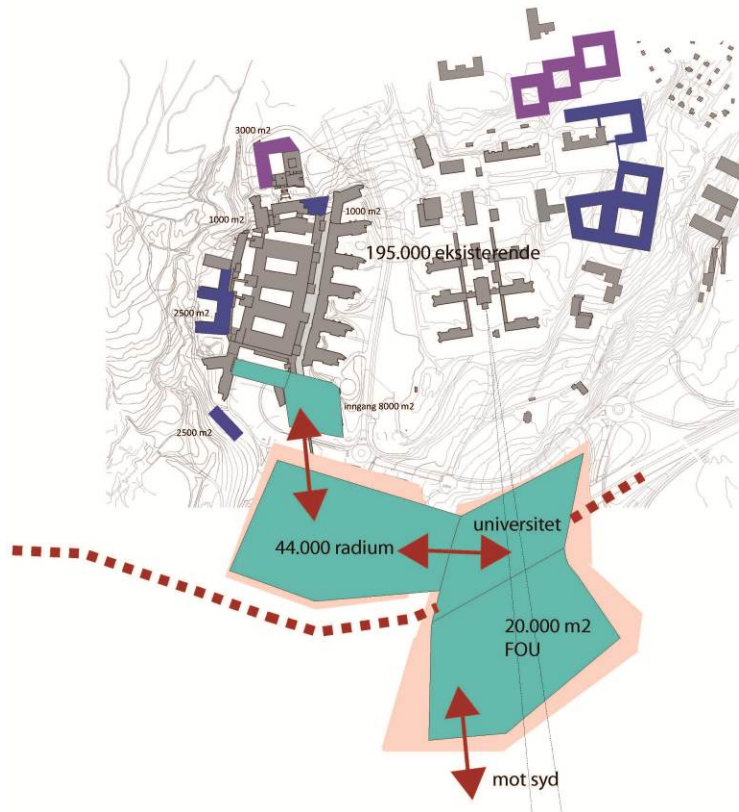


Figur 53. Alternative forslag til utvidelse nord for Rikshospitalet/Gaustad. I siste forslag kommer somatikkbygg i konflikt med PHA nord for Gaustad sykehus.

Alternativ 1 er drøftet med Oslo Kommune som i møte har meldt tilbake at de ser på denne omreguleringen som problematisk og lite ønskelig. Alternativ 1 forutsetter også at det sikres ytterligere utvidelsesmuligheter på tomten, noe som vil bety et behov for at større deler av friområdet omreguleres til sykehusformål. Dersom Alternativ 1 velges, bør det

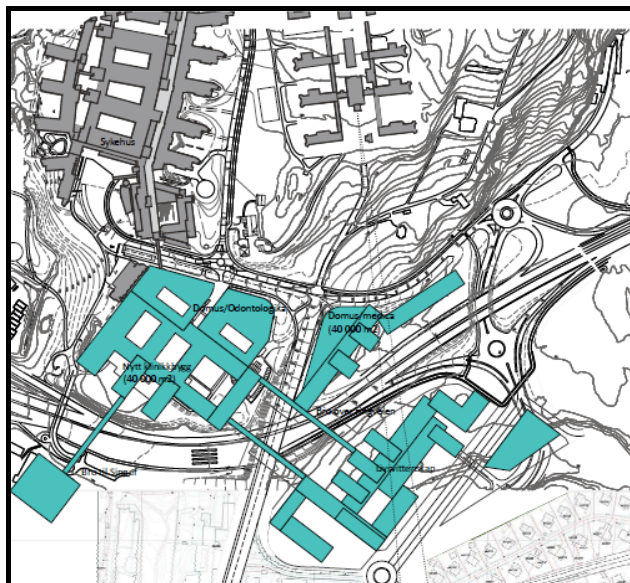
derfor gjennomføres en større omregulering med sikte på å legge opp til en større utvidelse nord for dagens Rikshospital/Gaustad.

Alternativ 2 baseres på at utvidelsen gjennomføres sør for eksisterende Rikshospital. Dette alternativet legger til rette for en fremtidig utvikling av Rikshospitalet ned mot og over Ring 3. Dette åpner for en mulighet til å binde Rikshospitalet sammen med Universitetet sør for Ring 3. Utvidelsen mot syd er her t kombinert med en utvidelse av dagens inngangsparti og hjørnebygg (B-avsnitt).



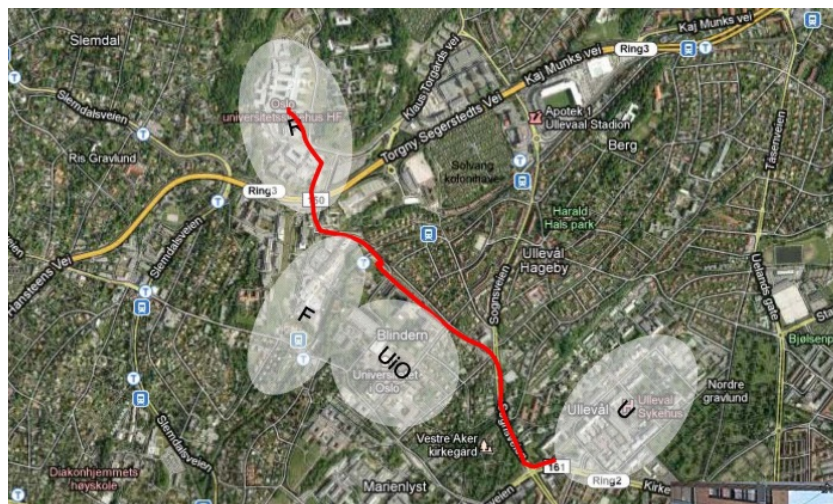
Figur 54. Utvidelse alternativ 2, sør for eksisterende bygningsmasse

En ytterligere konkretisering er vist i figuren nedenfor.



Figur 55. Rikshospitalet, alternativ 2, utvidelse mot sør, kontakt mot livsvitenskapssenter

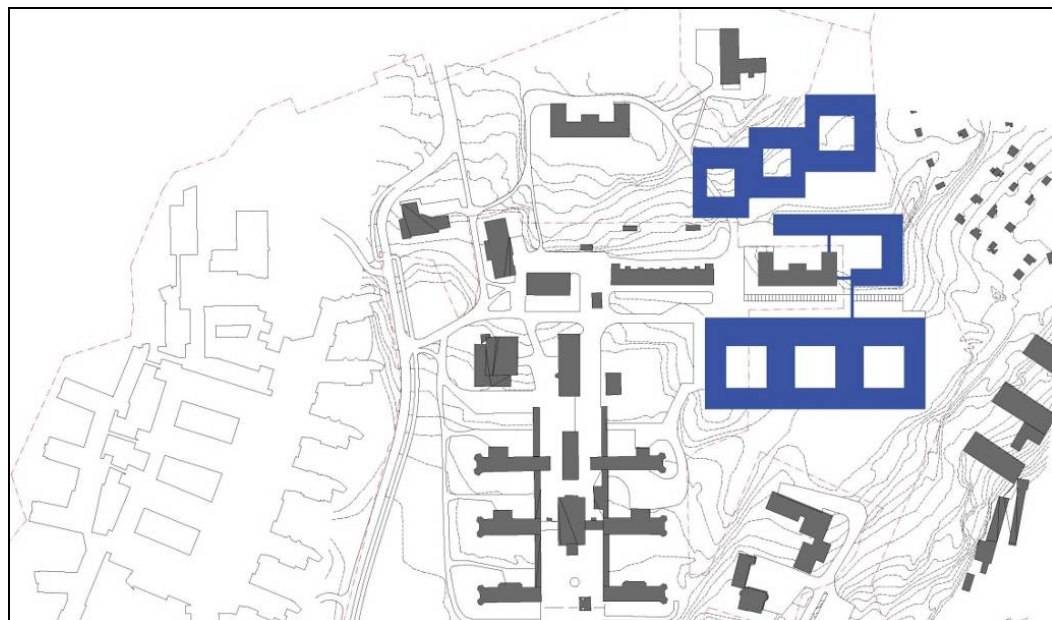
En gjennomføring av Alternativ 2 representerer sammenlignet med Alternativ 1, en lang-siktig strategi hvor Rikshospitalet, Universitetet og Ullevål sykehus utvikles til en akse "Campus Oslo", samtidig som Rikshospitalets gode tilpasning til nærområde-
ne/friområdene beholdes. Alternativ 2 vil gi en vesentlig forbedring av Rikshospitalets utvidelsesmuligheter og vil styrke sammenfletningen av sykehus, forskning og utdanning. Men denne løsningen har også betydelige utfordringer knyttet både til at de Prekliniske institutter ligger i dette området i dag, og at det er et omfattende prosjekt å binde sammen byggene på tvers av Ring 3.



Figur 56. Campus Oslo

9.2.2 Rikshospitalet/Gaustad psykisk helse og avhengighet

Nye arealer for psykisk helse, forsterkede plasser og avhengighet, plasseres i nybygg i nordenden av tomten for Gaustad Sykehus. Løsningen medfører riving av Bygg 21, som inngår i Landsverneplan for helsesektoren.



Figur 57. Utbygging av psykisk helse og avhengighet på Gaustad med riving av Bygg 21

Det er også utarbeidet et alternativ der Bygg 21 beholdes, en løsning som er mindre hensiktsmessig for virksomheten. Alternativene er fremlagt for Riksantikvaren (RA) i et eget møte om verneinteressene 10. november 2011. Riksantikvaren ga i møtet tydelig uttrykk for at en riving av Bygg 21 ikke vil bli akseptert fra RA's side. Alternativet hvor Bygg 21 beholdes bør derfor fortsatt inngå som et alternativ i utviklingsplanen.



Figur 58. Utbygging av psykisk helse og avhengighet på Gaustad hvor Bygg 21 beholdes

9.2.3 Ullevål psykisk helse og avhengighet

Scenario 2 innebærer at den delen av Psykisk helse og avhengighet som ikke er lagt til Gaustad (eller DPS), samles på Ullevål. Dette kan gjennomføres uten at bygninger som inngår i Landsverneplanen for Helsesektoren rives, men bevaringen av bygningene gir klare begrensninger i forhold til utforming/ plassering av nybygg. Alternativene ble fremlagt for Riksantikvaren i møte 10. november. Riksantikvaren ga i møtet tydelig uttrykk for at en riving av bygg de vernede byggene ikke vil bli akseptert fra RA's side.

Det legges til grunn både i Scenario 2 og 3 at BUP samles i nybygg på Ullevål (unntatt de polikliniske funksjoner som legges til DPS).



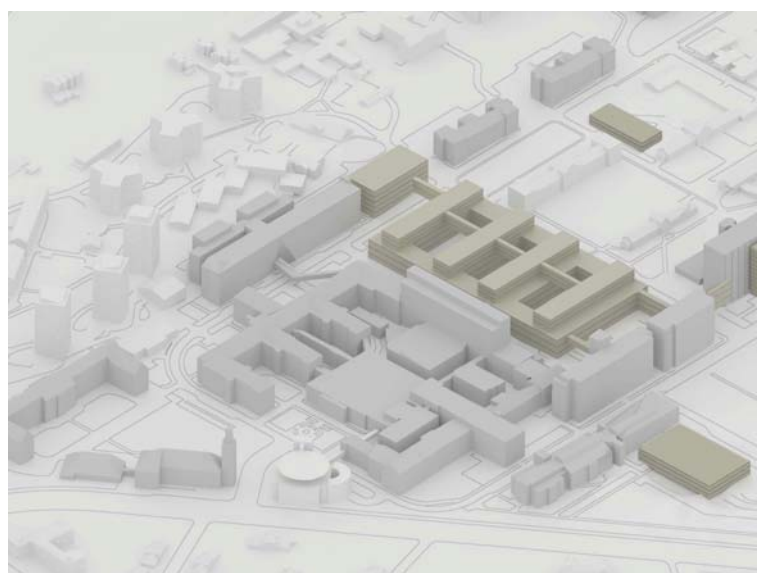
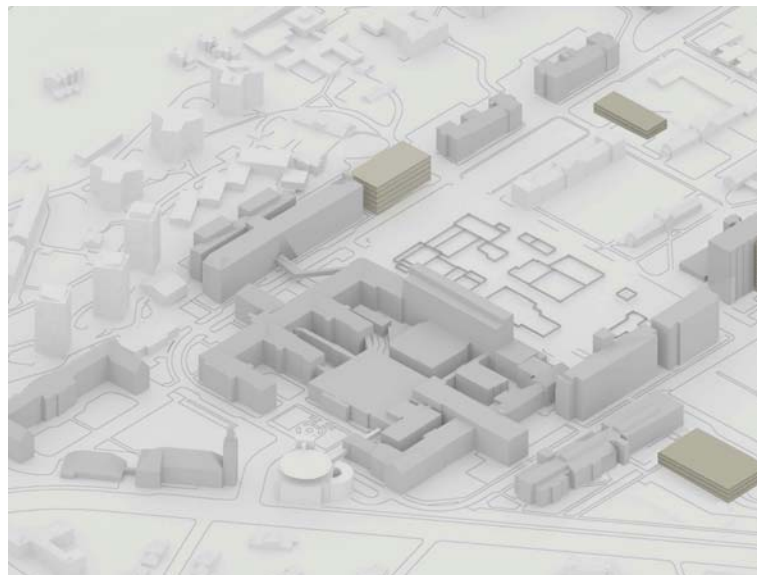
Figur 59. Psykisk helse og avhengighet på Ullevål

9.2.4 Ullevål, somatikk

For den somatiske delen av virksomheten er det lagt opp til en trinnvis utbygging av sykehuset på den delen av tomten som ligger sør - vest for bygningene og parken som er fredet i den sentrale delen av sykehusområdet.

Første forberedende trinn i utbyggingen vil være å bygge erstatningsbygg for vaskeri og forsyningsfunksjoner som i dag er plassert i bygninger som forutsettes revet. Det vil i den sammenheng også være aktuelt å se på nybygg for sykehusets sentralkjøkken for å frigjøre tomt til Oslo Kommunes storbylegevakt.

Etter gjennomføringen av dette kan Bygg 13, 14, 15 og 18 rives og den frigjorte tomten utbygges med ca. 55.000 kvm nybygg. Nybygget erstatter arealer i Bygg 7 og 3 og gir arealer for funksjoner som overføres til Ullevål fra Aker Sykehus.



Figur 60. Riving og deretter nybygg for somatiske funksjoner, etapper frem mot 2018

Så snart nybygget er ferdig fraflyttes og rives Bygg 3 og store deler av Bygg 7. Disse byggene har dårlig funksjonalitet, dårlig tilpasningsevne til nye funksjoner og et svært høyt behov for teknisk oppgradering. Gjennom bygging av nybygget og rivningen av Bygg 3 og 7 vil Ullevål Sykehus få en vesentlig bedret funksjonalitet og det frigjøres tomt for fortsatt videreutvikling av sykehuset, som vil være nybygg der Bygg 3 og 7 har stått.

For å gi plass for etablering av alderspsykiatrien (siste fase i tømning av Dikemark-området), må Bygg 36 (Øyeavdelingen) og 37 (Geriatrisk bygning) tømmes. I tillegg er

byggene 20 (Hudavdelingen) og 31 (Dagkirurgi) planlagt som en del av psykisk helse, og bør derfor tømmes. For å dekke disse funksjonene foreslås det som en 3. fase for somatikken (etter 2018) å bygge et nybygg der Medisinsk bygning i dag står. Dette nybygget vil da i tillegg gi rom for å arealer for forskning og utdanning, som ikke er tilstrekkelig dekket opp i foregående faser. På sikt kan de kliniske funksjonene dermed bli mer samlet og de eldre vernede bygningene kan romme kontorer og administrasjon.



Figur 61. Ullevål sykehus 2018 med bygning 3 og 7 revet



Figur 62. Ullevål sykehus 2025

Det er også lagt til rette for en videre utvikling etter 2025, og illustrasjonen nedenfor gir uttrykk for et mulig 2040-bilde.



Figur 63. Et mulig bilde av Ullevål sykehus mot 2040-2050

9.2.5 Radiumhospitalet

Scenario 2 innebærer at Radiumhospitalets bygninger fraflyttes rundt 2025.

9.3 Scenario 3

I Scenario 3 opprettholdes Radiumhospitalet, Rikshospitalet og Ullevål på eksisterende lokalisasjoner. Arealer for Psykisk helse fordeles mellom Ullevål og Gaustad som i Scenario 2.

9.3.1 Rikshospitalet/Gaustad

Arealbehovet på Rikshospitalet løses ved flere mindre utbygginger innenfor rammen av reguleringsplanens bestemmelser. Det bygges i alt inntil 14.000 kvm nybygg.



Figur 64. Utbygging av Rikshospitalet

Løsningen for psykisk helse blir som for Scenario 2, med nybygg for forsterkede plasser og langtidsavhengighet. Løsningen har to alternativer, hvor den ene innebærer riving av Bygg 21 som inngår i Landsverneplanen for helsesektoren.

Ullevål

Scenario 3 innebærer, som Scenario 2, at den delen av Psykisk helse som ikke er lagt til Gaustad eller, DPS samles på Ullevål. Dette kan gjennomføres uten at bygninger som inngår i Landsverneplanen for Sykehusbygg rives, men bevaringen av bygningene gir klare begrensninger i forhold til utforming/plassering av nybygg. De somatiske sykehusfunksjonene bygges ut etter samme prinsipp som vist i Scenario 2, det er kun mindre forskjeller i arealbehov for forskning og undervisning mellom disse scenariene.

9.3.2 Radiumhospitalet

I Scenario 3 beholder Radiumhospitalet sin nåværende plassering. Store deler av bygningsmassen ved Radiumhospitalet har dårlig teknisk standard/ funksjonalitet og er i dag delvis fraflyttet. Det er anslått at 14.000 kvm i dårlig fungerende bygningsmasse kan erstattes av 4.000 kvm nybygg.

Alternativ 1. for Radiumhospitalet er å rive den dårligste bygningsmassen, ca 14.000 kvm, og erstatte dette enten med et mindre tilbygg på ca. 4000 kvm, eller å leie disse arealer fra en ekstern utleier. Denne løsningen innebærer en betydelig oppgradering av gjenstående bygningsmasse, sengebygg og behandlingsbygg.

Alternativ 2. for Radiumhospitalet er å bygge nytt sengebygg og behandlingsbygg ved siden av det eksisterende bygget og deretter rive all den gamle bygningsmassen.



Figur 65. Ny situasjon ved Radiumhospitalet der all gammel bygningsmasse er erstattet med nybygg.

9.4 Kommentar fra Plan- og bygningsetaten, Oslo kommune.

Det har vært avholdt 3 møter med Plan- og bygningsetaten (PBE) Oslo kommune, Riksantikvaren og Byantikvaren. I et notat fra PBE av 09.12.2011 konkluderes det med, sitat:

Hovedinnfallsvinkel fra et byplanståsted knytter seg til at institusjonenes lokalisering må vurderes:

- som en del av Oslos nærings- og forskningsmiljø
- mot dagens og fremtidens transportsystem, med vekt på banebetjening

Under henvisning til at Plan- og bygningsetatens kommentarer ovenfor ivaretas i det videre planarbeid, kan vi på foreliggende skissemessige grunnlag foreløpig konkludere med at:

- Plan- og bygningsetaten anbefaler at OUS går videre med **utbyggingsalternativ syd for Rikshospitalet**, men stiller seg foreløpig spørrende til nødvendigheten av det foreslåtte grepet med Ringveien i tunnel med lokk og bebyggelse over.
- Plan- og bygningsetaten kan anbefale OUS å gå videre med **alle alternativer for Ullevål** med unntak av scenarie 1.
- Potensialet ved å inkludere Sognsveien 80 bør undersøkes.

Videre planprosess

PBE anbefaler at OUS etter bearbeiding utarbeider et felles planprogram for alle sykehusene som angir de ulike alternativer og som også angir utviklingen på lang sikt, slik at det gis anledning til innspill ved høring og en politisk og kommunal behandling. Det kan deretter arbeides videre med ulike delområder innenfor det som ligger i planprogrammet. Det anbefales innsendt planinitiativ til PBE for mer formell forankring og prioritering i PBE.

Se for øvrig vedlegg 14.

10 Utbyggingsfaser og tidsbilde

Det planlegges en utbygging av områder for OUS i faser frem mot 2025:

Fase 1: arbeider som er under konkret planlegging eller utførelse nå, bl.a. nytt akuttbygg på Ullevål og diverse "kortsiktige arealtiltak". Disse arbeidene blir ikke presentert i denne rapporten.

Fase 2: arbeider som vil være avsluttet i 2018.

Fase 3: arbeider i perioden 2018-2025.

Vi viser her den planlagte utbyggingen i faser for hvert sykehusområde.

10.1 Gaustad

I Fase 2 For Gaustadområdet er planlagt en mindre utbygging av Rikshospitalet for å kunne samle regionsfunksjoner og flytte barnehabiliteringen til Rikshospitalet. Totalt areal her er vist med ca. 12.000 kvm (mulighetsrommet i henhold til reguleringsplan tillater ca. 14.000 kvm). For Psykisk helse og avhengighet (PHA) planlegges det nybygg for å flytte forsterkede plasser til nordområdene på Gaustad, 13.600 kvm. Samtidig planlegges det ombygging av deler av de gamle bygningene på Gaustad. I fase 3 planlegges utvidelse/påbygg på avsnitt F, ca. 3000 kvm. For PHA kan det bygges nytt anlegg for langtidsavhengige nord for forsterkede plasser. Arealer her vil være ca 13.000 kvm. Alle døgnplasser for PHA vil være i nybygg og det planlegges å utnytte noe areal i eksisterende bygninger for kontorer og forskning.



Figur 66. Utbygging på Gaustad i fase 2 (blått) og 3 (lilla) frem til 2025

10.2 Ullevål sykehus

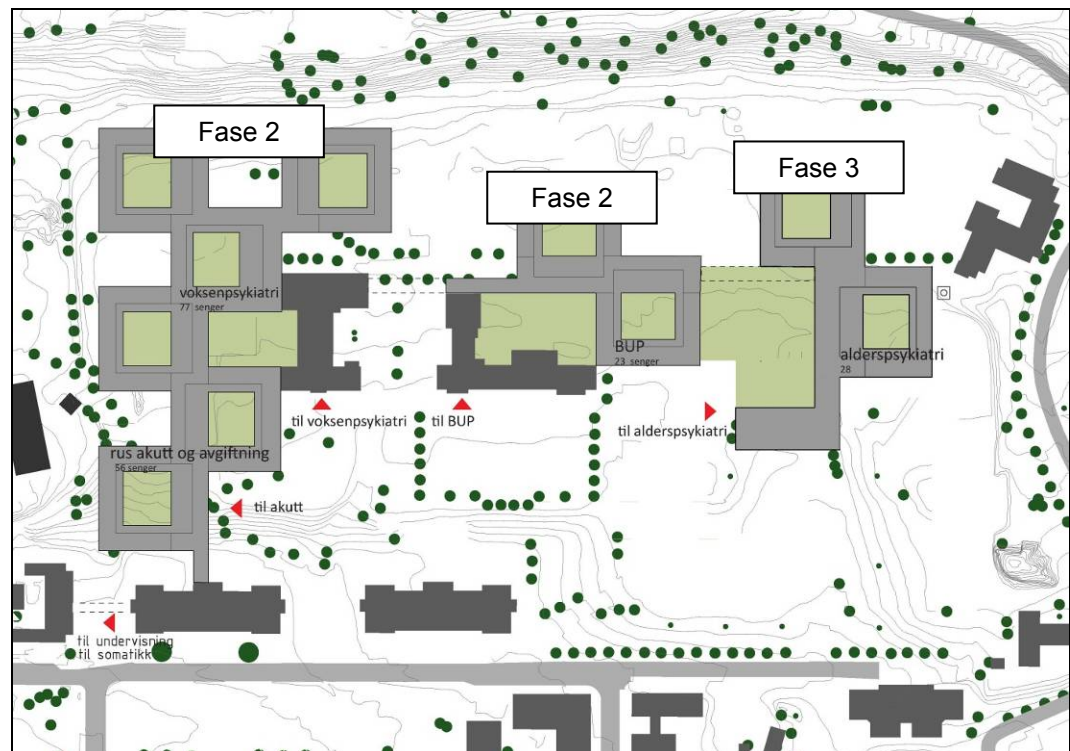
I Fase 2 er det planlagt en større utbygging på Ullevål både for somatikk og Psykisk helse og avhengighet. I denne perioden vil det bli bygget ca. 90.000 kvm nybygg på Ullevål hvorav 24.000 til Psykisk helse og avhengighet og ca. 70.000 kvm til klinikkbygg, kontorer og forsyningsbygg. Eldre bygningsmasse med dårlig teknisk standard vil bli revet og øvrig bygningsmasse blir oppusset/ombygget.

10.2.1 Psykisk helse og avhengighet (PHA)

FASE 2 OG 3

I Fase 2, frem til 2018, er det planlagt en trinnvis utbygging på områdene nordvest på Ullevål. Trinn 1 omfatter Rus/Akutt og avgiftning og Barne- og ungdomspsykiatri (BUP). På den måten kan BUP bli i dagens bygninger inntil det nye står ferdig. Da kan dagens bygninger for BUP rives og nye bygg for voksenpsykiatrien kan bygges. De vernede bygningene i området integreres i det nye anlegget. Totalt areal for PHA Fase 2 er ca. 32.000 kvm hvorav ca. 24.000 kvm i nybygg.

I Fase 3 vil et nytt anlegg for alderspsykiatrien blir oppført mot nord. I denne fasen vil de kliniske funksjoner i eldre bygningene i området bli flyttet til det nye klinikkbygget og de to vernede byggene mot hovedgaten kan benyttes til kontor og forskning og undervisning for PHA. Bygg 36 (øye) og 37 (geriatri) kan rives.



Figur 67. Utbygging psykisk helse og avhengighet Ullevål 2025

10.2.2 Somatikk

For somatikken på Ullevål er det planlagt en trinnvis utbygging av nye klinikkbygg syd på området. Hvis vi ser lengre frem en 2025 vil det kunne være et helt nytt klinikkbygg sentralt plassert på området. De gamle bygningene med vernestatus beholdes og vil ligge i randsonen og i et belte midt på området. Utbyggingstrinnene i Fase 2 og 3 frem til 2025 er planlagt slik for somatikken (PHA ikke vist på disse illustrasjonene):

FASE 2, Trinn 1

I første byggetrinn etableres erstatningsbygg for funksjoner som er plassert i Bygg 13, 14, 15 og 18 slik at disse funksjonene kan flytte før riving. Vest på området bygges et kontor/undervisningsbygg med IT-funksjoner, bl.a. sentralt hovedkommunikasjonsrom. Dagens energisentral må også erstattes, men det bør trolig skje i et eget bygg adskilt fra bl.a. hovedkommunikasjonsrommet. Lokalisering ved dagens Bygg 30 er vurdert som aktuell.

Det oppføres nye kontortårn på laboratoriebygget i henhold til opprinnelige tegninger for bygget (men for å realisere dette må det gjøres mer konkrete avklaringer mot Landsverneplanen for spesialisthelsetjenesten enn det som har vært gjennomført i prosessen knyttet til Arealutviklingsplan 2025). Nord på området kan det etableres et servicebygg med vaskeri og forsyningsfunksjoner. Kjøkkenet kan også få ny plassering her for å frigjøre

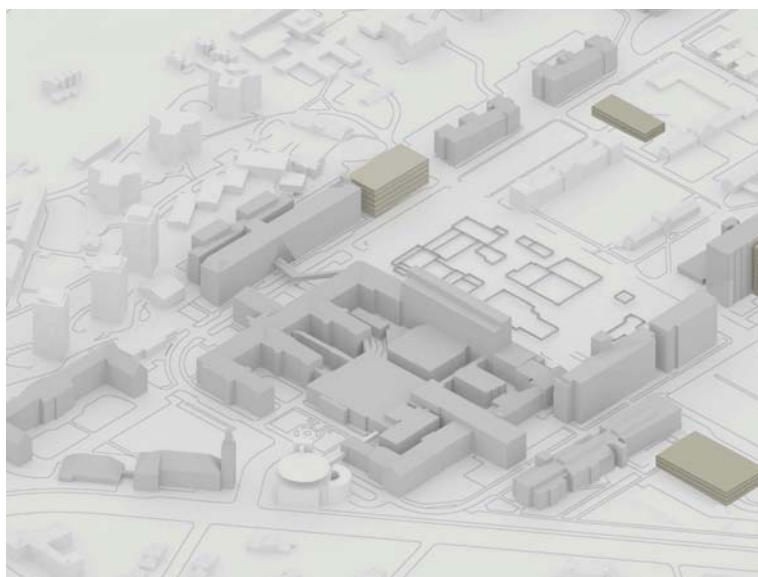
plass til Oslo Kommunes storbylegevakt. Totalt areal nybygg trinn 1: inntil 18.000 kvm (avhengig av hva som blir konklusjonen knyttet til egne bygg eller ekstern forsyning knyttet til vaskeritjenester og mat).



Figur 68. Trinn 1

Riving

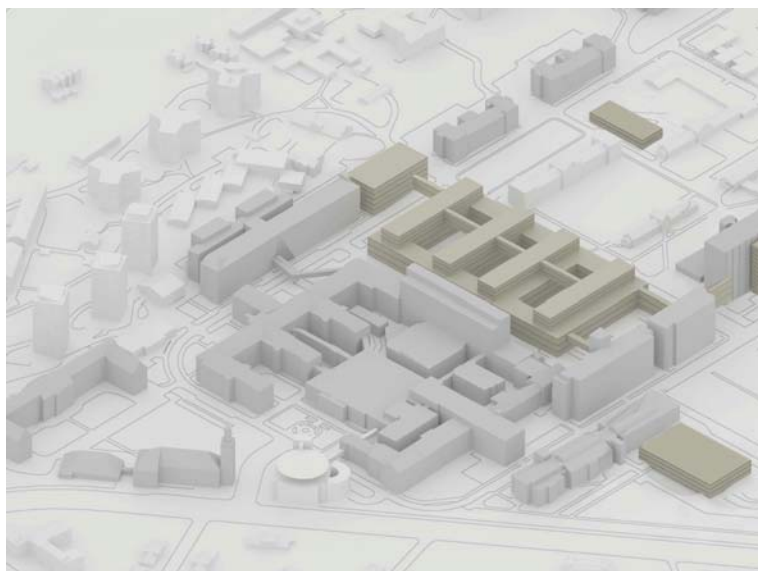
Funksjoner i bygg 13, 14, 15 og 18 flyttes til det nye Klinikbygget og de gamle byggene rives.



Figur 69. Riving

FASE 2, Trinn 2

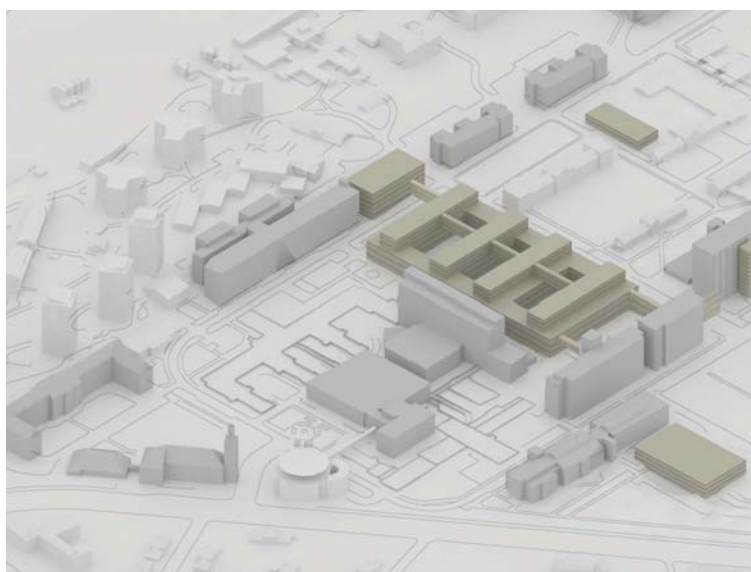
I trinn 2 bygges det et nytt klinikkbygg på ca. 55.000 kvm. Bygget gir plass til funksjoner fra medisin- og kirurgibygget (Bygg 3 og 7) samt funksjoner som flytter fra Aker sykehus. Nybygget er planlagt i 7 etasjer med en sokkel med behandlingsområder og tilbaketrunkne bygningskropper med sengefunksjoner i de øverste etasjene. Det etableres intern forbindelse til Sentralblokka og Midtblokka. Det kan også etableres intern forbindelse til pasienthotellet, laboratoriebygget, kreftbygget og det nye undervisningsbygget i form av broer. Totalt areal trinn 2: ca. 55.000 kvm.



Figur 70. Trinn 2

Riving

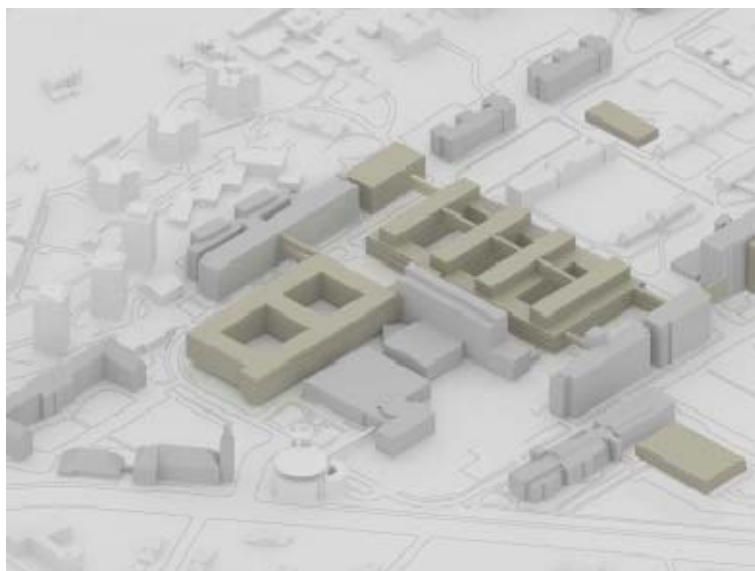
Når det nye klinikkbygget er ferdig flytter funksjoner i Bygg 3 og 7 og byggene rives (trolig med unntak av en del av Bygg 7). Dersom neste fase ikke starter umiddelbart, anlegges en parkmessig plass mellom kreftbygget, det nye klinikkbygget og midtblokka. Det nye klinikkbygget får inngang fra denne plassen og fra parken på nordsiden. I denne fasen vil det fortsatt være noen kliniske funksjoner i de gamle bygningene nord på området. Pareringshus vil måtte etableres som en del av Fase 2, da en del p-plasser vil forsvinne. Det er foreløpig satt av ca. 10.000 kvm som gir rundt 400 plasser fordelt på både utbyggingsområdene psykisk helse og avhengighet og somatikk.



Figur 71. Trinn 2: Illustrasjonen er en diagrammatisk fremstilling av bygningsvolum og areal som vil være mulig på Ullevål i 2018.

FASE 3

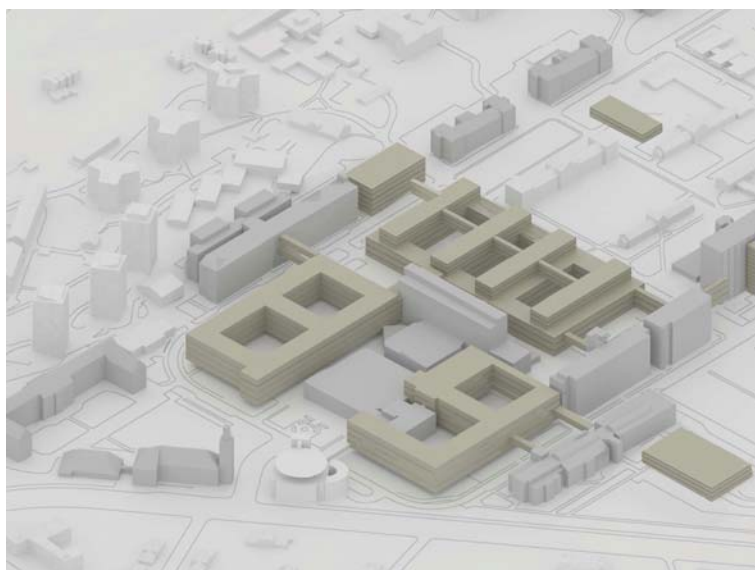
For å tømme bygningen nord på Ullevålområdet for kliniske funksjoner blir det bygget ytterligere et klinikkbygg med sentral plassering. Da kan Bygg 20 (hudavdeling), Bygg 31 (dagkirurgi) Bygg 36 (øyeavdelingen og Bygg 37 (geriatri) fraflyttes for å gi plass til funksjoner for Psykisk helse og avhengighet. Denne delen av bygget vil i hovedsak romme dagkirurgi og dagbehandling. Bygget vil også inneholde areal til forskning. En innvendig hovedgate etableres vest for Sentralblokka og Midtblokka og vil bli sykehusets nye kommunikasjonsakse som forbinder de nye og gamle bygningene. Gaten vil ha hovedinngang mot syd og inngang fra parken mot nord. Totalt areal trinn 3: Ca. 27.000 kvm.



Figur 72. Fase 3: Illustrasjonen er en diagrammatisk fremstilling av bygningsvolum og areal som vil være mulig på Ullevål i 2025.

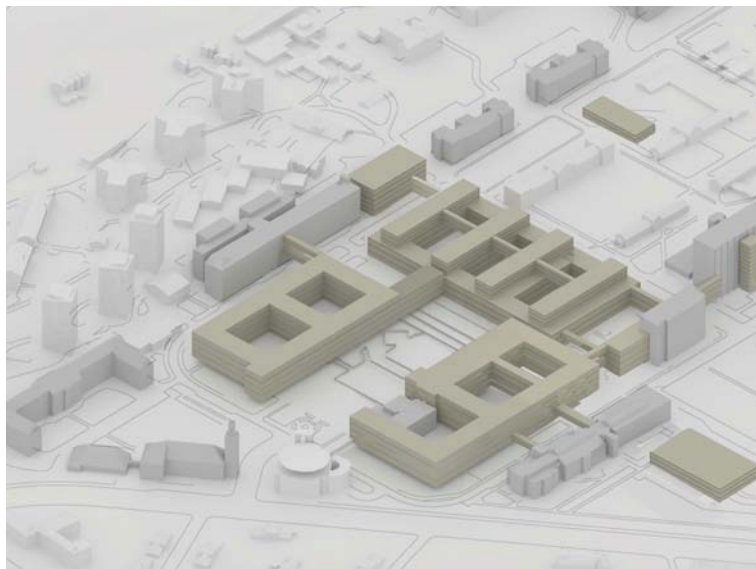
FASE 4, etter 2025

En videre utskifting av bygningsmassen for somatikken er å bygge nye arealer øst for sentralblokka i forbindelse med akuttblokka som planlegges nå. Her kan det etableres kvinneklinikk med fødeavdeling, operasjon, intensiv- og behandlingsområder og utvidede akutfunksjoner. På den måten får man intensiv og operasjonsområder nært fødeavdeling og akuttmottak. Akuttmottaket vil få god forbindelse til Oslo Storbylegevakt som også er under planlegging på Ullevål. Totalt areal trinn 4: 35.000 kvm



Figur 73. Fase 4

FASE 4, Riving

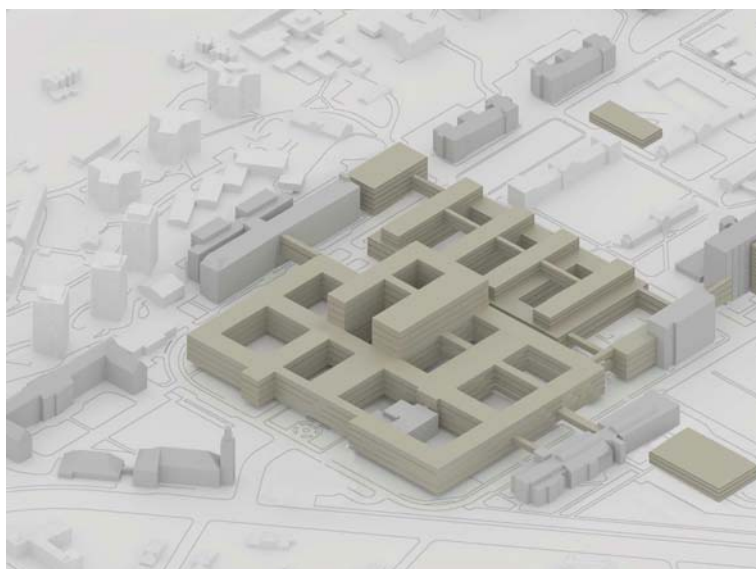


Figur 74. Fase 4, riving

Kvinneklubben, Sentralblokk og Midtblokk kan da rives og funksjonene flytter inn i nybygget mot øst.

FASE 4 – videre utbygging

Videre kan det bygges nye arealer på det frigitte området sentralt i det nye sykehuset. Her kan det anlegges et sentralt plassert forskningsbygg med god tilknytning til behandlingsområder og sengeområder. Det vil også være mulighet for ytterligere areal for dagbehandling, billediagnostikk og dagkirurgi hvis det blir behov for økte arealer. Arealet vil få direkte tilknytning til den innvendige hovedgaten i bygget. Totalt areal trinn 5: 22.000 kvm.



Figur 75. Illustrasjonen er en diagrammatisk fremstilling av bygningsvolum som vil være mulig på Ullevål i 2040.

Oppsummering arealer alle byggetrinn på Ullevål:

FASE 2: 2010-2018

Trinn 1: 18.000 kvm (1700, 9500, 6800)

Trinn 2: 50.000 kvm

FASE 3: 2018-2022: 27.000 kvm (22.000, 5000)

FASE 4 (etter 2025): 35.000 og deretter 22.000 kvm (dette er muligheter mot 2040). Videre utvikling vil deretter primært måtte skje nord for "fredningsbeltet".

10.3 Radiumhospitalet

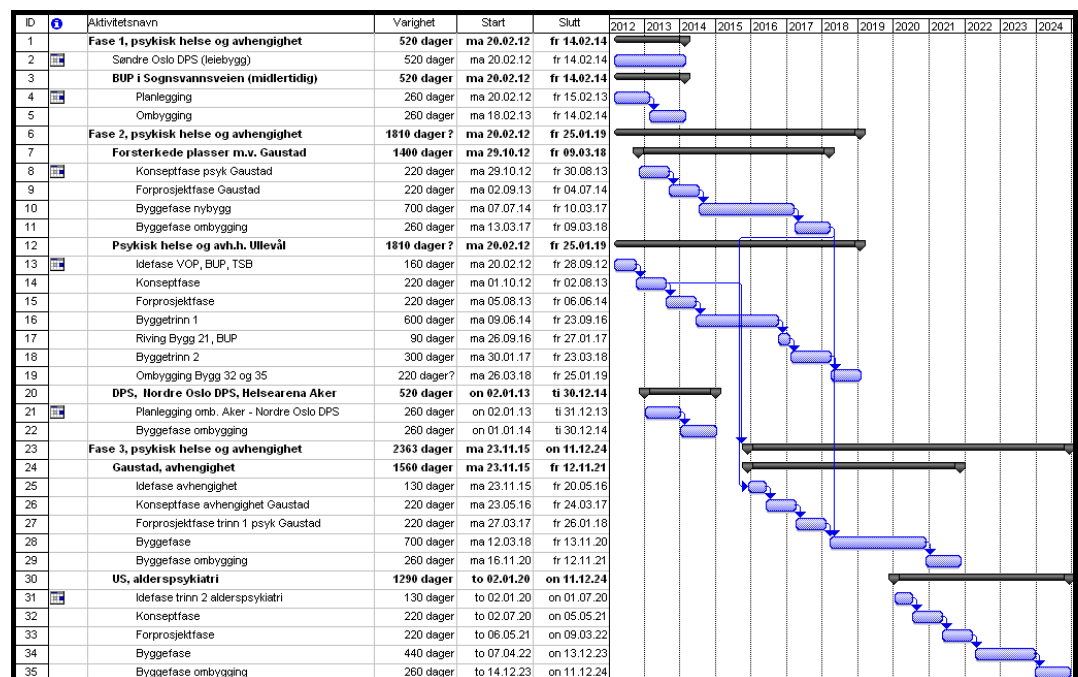
I Fase 2 planlegges det riving av de dårligste bygningene på Radiumhospitalet, Bygg D, E, G og H. Bygg A og B vil få en omfattende rehabilitering/ombygging. Tilsvarende gjelder langt på veg for Byggene C og F.



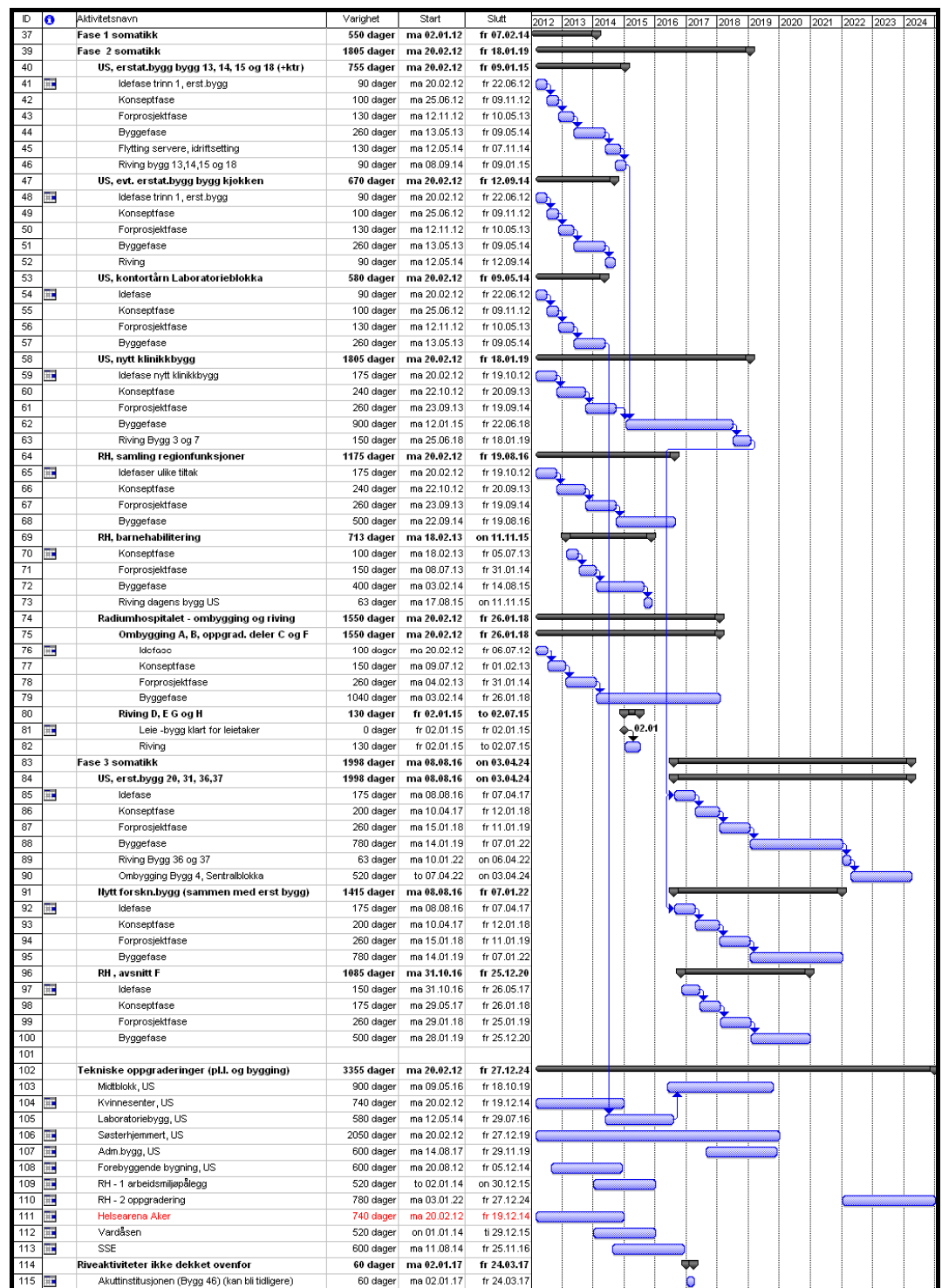
Figur 76. Her er bygg D, E, G og H på Radiumhospitalet revet (hvite flater)

10.4 Samlet tidsplan

For Scenario 3 er det satt opp en overordnet tidsplan som viser en mulig gjennomføringstakt. For at denne gjennomføringstakten skal være realistisk, krever det både løpende gjennomføring og behandling av planprosesser og tilstrekkelig finansiering, jf. analyse av investeringskostnader i kapittel 12.



Figur 77. Tidsplan psykisk helse og avhengighet



Figur 78. Tidsplan somatikk

11 Investeringskostnader

11.1 Scenario 1

For Scenario 1 er det bare gjort en kortfattet kostnadsvurdering, men hovedvekt på kostnader for nybygg. Resultatet framgår av tabellen nedenfor.

Tabell 57. Investeringskostnader Scenario 1

| Kategori | Kvm | Mill kr |
|------------------------|----------------|---------------|
| Nybygg | 525 060 | 27 075 |
| Ombygging | 18 500 | 370 |
| Oppgradering | 151 438 | 1 898 |
| <i>SUM</i> | <i>694 998</i> | <i>29 343</i> |
| Riving | 159 078 | 318 |
| Sum inkl riving | | 29 661 |

I og med at kostnadsbildet nærmer seg 30 mrd kr, og realismen i å samle alt på en tomt (Ullevål) er svært begrenset, så omhandles ikke dette scenarioet videre. Det vurderes ikke som økonomisk eller bygningsmessig "liv laga" innenfor denne planperioden, men er likevel ikke utelukket på lang sikt dersom Scenario 3 legges til grunn i åra som kommer, jf. tidligere omtale av dette.

11.2 Scenario 2

Scenario 2 samler virksomheten i hovedsak på to tomter (utenom DPS). Investeringskostnader for denne tilnærmingen framgår av tabellen nedenfor.

Tabell 58. Investeringskostnader Scenario 2

| Kategori | Kvm | Mill kr |
|------------------------|----------------|---------------|
| Nybygg | 279 322 | 15 899 |
| Ombygging | 66 575 | 1 683 |
| Oppgradering | 133 810 | 4 310 |
| <i>SUM</i> | <i>479 707</i> | <i>21 892</i> |
| Riving | 127 736 | 245 |
| Sum inkl riving | | 22 137 |

Selv om det uttrykkes relativt sterk faglig ønskelighet om å samle regionfunksjonene inkludert kreftbehandlingen og epilepsibehandlingen sammen med Rikshospitalet, så er det både betydelig reguleringsmessige og investeringsmessige utfordringer knyttet til dette. Det er derfor vurdert slik at det videre arbeidet bør baseres på Scenario 3 (se nedenfor), men samtidig starte planlegging av en overgang til Scenario 2. Med unntak av bygg I, J og K, kommer bygningsmassen ved Radiumhospitalet dårlig ut i Multiconsults tilstandsrapport. Hvor mye det skal investeres i nybygg ved Radiumhospitalet, må vurderes i forhold til hvilke strategiske valg som blir gjort med hensyn til utvikling og lokalisering av kreftbehandling i OUS utover et 2025 perspektiv. Det må uansett gjøres betydelige investeringer i Radiumhospitalet bl.a. pga. arbeidsmiljømessige hensyn.

11.3 Scenario 3

Scenario 3 er på denne bakgrunn det mest realistiske utgangspunkt for videre utvikling i årene som kommer. Derfor er dette scenarioet noe grundigere gjennomarbeidet investeringsmessig enn de to foregående. Hovedtallene er slik som vist i tabellen nedenfor.

Tabell 59. Investeringskostnader Scenario 3

| Kategori | Kvm | Mill kr |
|------------------------|----------------|---------------|
| Nybygg | 186 173 | 10 260 |
| Ombygging | 66 557 | 1 682 |
| Oppgradering | 154 810 | 4 486 |
| <i>SUM</i> | <i>407 540</i> | <i>16 429</i> |
| Riving | 122 428 | 245 |
| Sum inkl riving | | 16 673 |

Det samlede bildet med nybygg, ombygging, oppgradering og riving er på 16-17 mrd. kr. I dette er det tatt med de kortsiktige arealtiltakene som nå er under arbeid inklusiv nytt akuttbygg, og det som er medgått til disse tiltakene i 2010-2011.

Helsearena Aker

Helsearena Aker er organisert som eget prosjekt og investeringsbehov er ikke synliggjort her, både fordi man ikke har kommet så langt i arbeidet og fordi det ikke er avklart hvordan eierskap og investering skal fordeles mellom deltagerne på helsearena og samhandlingsarena Aker.

Tabell 60. Scenario 3, nybygg

| NYBYGG | Kvm nybygg sykehus | Kvm nybygg FOU | SUM nybygg | Kr/kvm nybygg | Sum mill kr |
|--|--------------------------|----------------------|----------------|------------------|----------------|
| <i>PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET</i> | | | | | |
| Fase 1, Søndre Oslo DPS, leiebygg, utstyr (finansiert opptrappingsmidl) | | | | | 0 |
| Fase 2, Gaustad, forsterkede plasser (1000 kvm i eksist bygg) | 12 000 | 720 | 12 720 | 50 000 | 636 |
| Fase 2, US, rus og avgiftning | 7 000 | 420 | 7 420 | 47 000 | 349 |
| Fase 2, US, VOP, BUP (unntatt polikl.), TSB | 15 500 | 930 | 16 430 | 47 000 | 772 |
| Fase 3, Gaustad, avhengighet | 12 500 | 750 | 13 250 | 47 000 | 623 |
| Fase 3, US, alderspsykiatri | 3 800 | 228 | 4 028 | 47 000 | 189 |
| <i>SOMATIKK</i> | | | | | |
| Fase 1, US, Akuttbygg (vedtatt 2011) | 4 620 | 383 | 5 003 | 75 000 | 378 |
| Fase 2, US, kontortårn Lab.blokka | 1 550 | 129 | 1 679 | 35 000 | 59 |
| Fase 2, erstatningsbygg for bygg 13, 15 og 18 (19000 kvm i dag) samt UiO funksjoner (2300 kvm) | 12 600 | 0 | 12 600 | 50 000 | 630 |
| Fase 2, Nytt SHKR (serverrom) | 1 000 | 0 | 1 000 | 0 | 445 |
| Fase 2, RH, barnehabilitering | 2 200 | 183 | 2 383 | 40 000 | 95 |
| Fase 2, US, nytt klinikkbygg | 50 785 | 4 215 | 55 000 | 65 000 | 3 575 |
| Fase 2, RH, samling regionfunksjoner | 8 310 | 690 | 9 000 | 75 000 | 675 |
| Fase 3, RH, avsn. F | 2 770 | 230 | 3 000 | 40 000 | 120 |
| Fase 3, US, erstatningsbygg 36, 37 + deler 20 og 31 (i dag 36000 kvm) | 20 000 | 1 660 | 21 660 | 65 000 | 1 408 |
| Fase 3, Forskningsbygg, US | 5 000 | 0 | 5 000 | 40 000 | 200 |
| Fase 4, etter 2025, FoU-bygg | | | | | |
| Utomhus, park, US - Bygg 7 - tomt (f3) | | | 6 000 | 1 000 | 6 |
| Parkering, åpent hus | | | | 5 000 | 0 |
| Parkering, "lukket hus" (fase 2) | | | 10 000 | 10 000 | 100 |
| SUM nybygg | 159 635 | 10 538 | 186 173 | | 10 260 |

For nybygg er det særlig grunn til å peke på usikkerheter knyttet til kostnader i forbindelse med flytting og reetablering av energisentral og hovedkommunikasjonsrom (IT-serverrom). For hovedkommunikasjonsrom er det ikke satt opp kostnad per kvm da utstyr, kabling og planlegging av de IT-tekniske løsningene utgjør tyngre kostnadselementer enn selve bygget. Begge disse forholdene knytter seg til erstatningsbyggene som må reises for å kunne bygget et nytt klinikkbygg nord for Midtblokka.

Arealbehovet for nybygg vil bli påvirket av faktorer som ikke er ferdig avklart når Arealutviklingsplanen skrives. Bl.a. vil dette gjelde arealbehov for avhengighetsbehandling (rus og avgiftning, Fase 2) på Ullevål, hvor det arbeides med en mulighet for at en begrenset andel av dette arealbehovet vil kunne bli dekket gjennom en leieavtale i det nye legevaktbygget. Tilsvarende gjelder for bl.a. ortopedifunksjoner, som også er aktuelle å kunne plassere i leide arealer i legevaktbygget (jf. også dagens lokalisering sammen med legevakten i Storgata). Dette vil primært påvirke Fase 3. Helsearena Aker er også under utredning. Det er her lagt til grunn at det der vil være kapasitet til rundt 50 døgnplasser for bl.a. rehabilitering og palliativ behandling, som ellers mest naturlig ville bli løst i Fase 2, nytt klinikkbygg Ullevål. Helsearena Aker kan også komme til å "avlaste" andre deler av planen. Utredning på regionnivå om mulighet for felles plasser mellom flere helseforetak for forsterkede plasser innenfor psykisk helse utgjør et annet område som kan føre til justeringer. Alle disse forholdene må det korrigeres for i den videre detaljering gjennom idé- og konseptfaser, og etter hvert som tilstrekkelige avklaringer foreligger.

Ombyggingsplanen følger i neste tabell.

Tabell 61. Scenario 3, ombygging

| OMBYGGING | Sum kvm omb | Mill kr |
|--|--------------------|----------------|
| PHA, Gaustad (fase 2 og 3) | 11 000 | 259 |
| US, Bygg 32 og 35 (fase 2) | | 197 |
| Bygg A+B, Radiumhospitalet (fase 2) | 26 000 | 845 |
| US, Bygg 4, Sentralblokk (fase 2 og 3) | 11 075 | 180 |
| US, Bygg 20, Hud - psyk (fase 2+3) | 5 000 | 100 |
| US, Bygg 31, Dagkir (psyk) (fase 2+3) | 5 100 | 102 |
| Helsearena Aker (inkl DPS/BUP-pol) | 0 | 0 |
| SUM ombygging | 66 557 | 1 682 |

Teknisk oppgradering vises nedenfor. Både for ombygging og teknisk oppgradering er det, med en så overordnet analyse, betydelig usikkerhet. Et eksempel på dette er kostnader knyttet til ombygging og oppgradering av Radiumhospitalet, hvor det må gjøres omfattende arbeider med sykehus i drift.

Tabell 62. Scenario 3, teknisk oppgradering

| Teknisk oppgradering - bygg | Kvm | Kr/kvm | Sum mill kr |
|---------------------------------------|----------------|---------------|------------------------|
| 06, US, Midtblokk (fase 3) | 26 815 | 24 613 | 660 |
| 08, US, Kvinnesenteret (fase 2) | 13 107 | 14 496 | 190 |
| 25, US, Laboratoriebygg (fase 2) | 36 613 | 12 700 | 465 |
| 02, US, Søsterhjemmet (fase 2) | 14 410 | 12 977 | 187 |
| 01, US, Administrasjonsbygg (fase 3) | 6 120 | 9 150 | 56 |
| 19, US, Forebyggende bygn (fase 2) | 4 295 | 20 955 | 90 |
| Radiumhospitalet, C og F (fase 2) | 24 045 | 21 626 | 520 |
| Rikshospitalet (fase 2 + fase 3) | | | 935 |
| Helsearena Aker | 0 | 0 | 0 |
| Kjøkken - oppgradering/evt andel nytt | | | 122 |
| Vardåsen (fase 2) | 8 405 | 2 400 | 20 |
| Oppgraderinger OUS fase 1 (ex akutt) | | | 1 116 |
| SSE (fase 2) | 21 000 | 5 952 | 125 |
| SUM | 154 810 | | 4 486 |

Teknisk oppgradering av Rikshospitalet er basert på en oppdatert Multimap-analyse. Det er ikke forventet at et så nytt anlegg skal ha så store oppgraderingsbehov, men det har vist seg ved gjennomgang at både bygg og tekniske systemer vil kreve betydelige oppgraderinger i løpet av denne planperioden. Derfor er beløpet tatt med, men med hovedvekt på gjennomføring i Fase 3.

Alt som ligger i Fase 1 unntatt nytt akuttbygg er her tatt med i en oppsamlingsrad kalt "Oppgraderinger OUS Fase 1 (ex akutt)". På dette området finnes det en egen spesifikasjon innenfor en økonomisk ramme på ca. 1,5 mrd kr som ikke er vist her.

Tabell 63. Scenario 3, riveplan

| Riving - bygg | Revet kvm | Kr/kvm riving | Sum mill kr riving |
|------------------------------------|----------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Bygg 13, US, IT | 1 342 | 2 000 | 3 |
| Bygg 14, US, Teknisk, fyrhus | 4 414 | 2 000 | 9 |
| Bygg 15, US, Låsesentr/lager | 4 449 | 2 000 | 9 |
| Bygg 18, US, Tekstil, ktr | 8 873 | 2 000 | 18 |
| Bygg D, DnR | 2 281 | 2 000 | 5 |
| Bygg E, DnR | 3 734 | 2 000 | 7 |
| Bygg G, DnR | 2 274 | 2 000 | 5 |
| Bygg H, DnR | 5 324 | 2 000 | 11 |
| Bygg 37, US, Geriatrik bygn | 16 771 | 2 000 | 34 |
| Bygg 36, US, ØNH/Øye bygg | 14 252 | 2 000 | 29 |
| Bygg 3, US, Medisinsk bygn | 24 958 | 2 000 | 50 |
| Bygg 7, US, Kirurgisk bygn | 19 640 | 2 000 | 39 |
| Bygg 30, Barnehabilitering | 3 959 | 2 000 | 8 |
| Bygg 21, US, BUP-bygg | 4 117 | 2 000 | 8 |
| Barnehage, US | 1 384 | 2 000 | 3 |
| Bygg 46, US, Akuttinstitusj | 3 656 | 2 000 | 7 |
| Bygg 12, US, Sentralkjøkken (Oslo) | 0 | 2 000 | 0 |
| Bygg 63, US, Dokumentsenter | 1 000 | 2 000 | 2 |
| SUM | 122 428 | | 245 |

Sentralkjøkken er tatt med på rivelisten, men med 0 kr i kostnad da en eventuell riving utløses av nytt legevaktbygg, og derfor er en kostnad som Oslo kommune skal bære.

Investeringsfordelingen fordelt på faser framgår av neste tabell.

Tabell 64. Scenario 3, investeringer fordelt på faser

| Faser | Mill kr |
|--------------------------|--------------|
| Fase 1 (allerede i gang) | 1494 |
| Fase 2 | 10638 |
| Fase 3 | 4541 |
| SUM | 16673 |

Kortsiktige arealtiltak og arbeidsmiljøtiltak vil i stor grad komme i perioden 2012-2014, og dermed gi overlapp mellom Fase 1 og Fase 2.

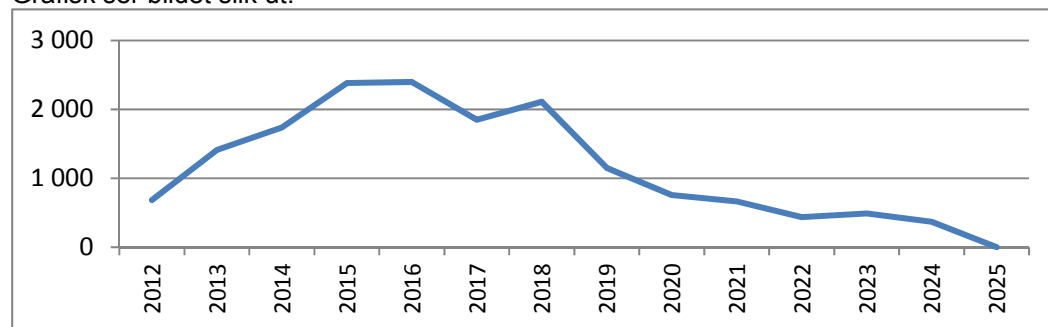
Tidsfordelt forventet kostnadspådrag for alle faser samlet er vist i tabellen og figuren nedenfor.

Tabell 65. Samlet forventet kostnadspådrag per år og per fase

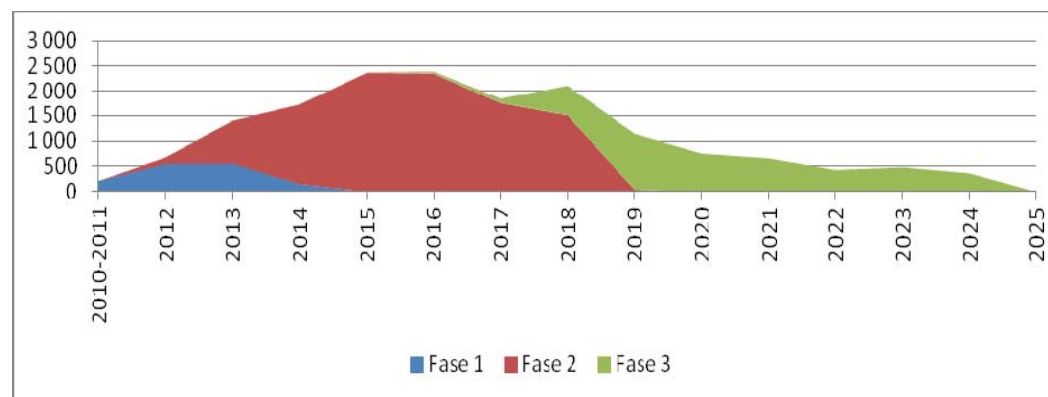
| År | 2010-2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Kontroll |
|--------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|---------------|
| Nybygg | 30 | 231 | 773 | 838 | 1 737 | 1 676 | 1 375 | 1 393 | 760 | 759 | 513 | 88 | 88 | 0 | 0 | 10 259 |
| Ombygging | 0 | 4 | 57 | 316 | 203 | 203 | 289 | 283 | 0 | 0 | 92 | 54 | 107 | 75 | 0 | 1 683 |
| Oppgradering | 189 | 452 | 580 | 534 | 413 | 512 | 179 | 347 | 390 | 0 | 0 | 296 | 296 | 297 | 0 | 4 486 |
| Riving | 0 | 0 | 2 | 49 | 27 | 8 | 7 | 89 | 0 | 0 | 62 | 0 | 0 | 0 | 0 | 245 |
| SUM | 219 | 687 | 1 413 | 1 737 | 2 380 | 2 398 | 1 850 | 2 112 | 1 150 | 759 | 667 | 438 | 491 | 372 | 0 | 16 673 |

| År | 2010-2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | Kontroll |
|------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|---------------|
| Fase 1 | 219 | 558 | 564 | 153 | | | | | | | | | | | | 1 494 |
| Fase 2 | | 129 | 849 | 1 584 | 2 380 | 2 365 | 1 764 | 1 519 | 49 | | | | | | | 10 638 |
| Fase 3 | | | | | | 34 | 86 | 593 | 1 100 | 759 | 667 | 438 | 491 | 372 | 0 | 4 541 |
| SUM | 219 | 687 | 1 413 | 1 737 | 2 380 | 2 398 | 1 850 | 2 112 | 1 150 | 759 | 667 | 438 | 491 | 372 | 0 | 16 673 |

Grafisk ser bildet slik ut:



Figur 79. Investeringskostnader fordelt over tid



Figur 80. Investeringskostnader etter fase

11.4 Arealtiltak og arbeidsmiljøtiltak

Mens Arealutviklingsplan 2025 har siktemål mot 2025 (og lenger), så pågår det samtidig en rekke arealtiltak ("Dag 4-tiltak") knyttet til perioden 2011-2013 for å bedre de bygningmessige forutsetningene på kort sikt. Tilsvarende er det på bakgrunn av pålegg fra Arbeidstilsynet en rekke tiltak knyttet til å sikre forsvarlig arbeidsmiljø. Nedenfor redegjøres det kort for sammenhengen mellom disse tiltakene og Strategisk utviklingsplan.

Konklusjonen er at i all hovedsak vil de investeringer som i 2011-2013 gjennomføres knyttet til Arealtiltak Dag 4 og arbeidsmiljøtiltak være samordnet med Arealutviklingsplan 2025 på en slik måte at det investeres minimalt i den delen av bygningsmassen som ikke planlegges brukt på lang sikt.

11.4.1 Arealtiltak

Det arbeides med arealtiltak innenfor en økonomisk ramme på rundt 1500 mill. kr. I dette må også de mest kortsiktige arbeidsmiljøtiltakene dekkes (tiltak som realiserer 2012-2013).

Det største enkelttiltaket er nytt akuttbygg på Ullevål. Dette er planlagt på en slik måte at det inngår i den framtidige strukturen ved videreutvikling av bygningsmassen på Ullevål. Når hoveddelen av Kirurgi-blokka rives, vil akuttbygget kunne føres videre på en god måte som en del av den framtidige strukturen. Av øvrige tiltak av betydning på Ullevål, er ombygging i Laboratoriebygget (Bygg 25) for å øke laboratoriekapasiteten. Dette bygget er også med som en del av den framtidige byggstrukturen i Arealutviklingsplanen, og det er dermed ingen konflikter på dette punktet.

Alle arealtiltak ved Rikshospitalet vil kunne gjennomføres uten å komme i konflikt med planlagte utbygginger innenfor et tidsperspektiv på minst 10-15 år. Ved eventuell realisering av Scenario 2 rundt 2025, vil det kunne bli tilpasninger for plassering av funksjoner i Rikshospitalets bygningsmasse. Dette vil det uansett ikke kunne tas konkrete hensyn til nå i forbindelse med de begrensede Dag 4 tiltakene som gjennomføres.

Ved Radiumhospitalet foreligger det to arealtiltak som begge vil kunne innebære tekniske oppgraderinger og ombygginger. Dette gjelder brystsenter og endokrin kirurgi, og det gjelder gynekologisk onkologi. Begge disse tiltakene involverer ombygginger knyttet til A-blokka og B-blokka. Dette betyr at ved løsninger der A- og B-blokka beholdes, og oppgraderes, så faller dette godt sammen med Arealutviklingsplanen. Dersom man skulle velge å satse på et nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet (til erstatning for A- og B-blokka), så ville disse investeringene få en relativt kort avskrivningstid.

Samlet sett betyr dette at det er god sammenheng mellom de arealtiltak som så langt er prioritert, og innholdet i Arealutviklingsplanen, Scenario 3. Ved Scenario 2 vil selvsagt investeringer på Radiumhospitalet få en kort avskrivningstid, men også i Scenario 2 må det investeres på Radiumhospitalet på Montebello i påvente av nytt bygg lokalisert ved Rikshospitalet, da nybygg ligger så langt fram i tid.

11.4.2 Arbeidsmiljøtiltak

Arbeidstilsynet gjennomførte våren 2011 en befaring som resulterte i en rapport datert 18.07.2011. Rapporten inneholder pålegg med tilhørende frister. Multiconsult har utarbeidet en oversikt over oppgraderingsomfanget utledet av Arbeidstilsynets pålegg. Den framlagte oversikten baserer seg på Mutimap.

- Kategori 5: Konsekvensgrad Svært alvorlig. Kan gi uopprettelig skade/tap. Eksempelvis ingen/dårlig spesialventilasjon, fare for nedfall fra fasader eller tak.
- Kategori 4: Konsekvensgrad Alvorlig. Reversibel skade/tap. Eksempelvis ingen/dårlig allmennventilasjon.
- Kategori 3: Konsekvensgrad Moderat. Akseptabel skade/tap. Eksempelvis estetikk/generell slitasje.
- Avhendes: Bygg er antatt å skulle selges eller rives.

- Bufferareal: Arealer som benyttes samtidig med at rehabiliteringsarbeid pågår i angitte bygg.
- Kostnader: Prosjektkostnader eksklusiv flyttekostnader og tilretteleggingskostnader for bufferareal.

Oversikten tar kun hensyn til de arbeidsmiljømessige sider ved byggene og inkluderer ikke vedlikehold av andre forhold som bygningsteknisk forfatning osv. Ventilasjonskostnader er det største kostnadselementet.

Kommentarer til enkeltbygg:

- Bygg 3 og Bygg 7 på Ullevål må totalrenoveres for å kunne brukes.

Oppgraderingskostnader nivå 1 (pr lokalisasjon):

| Kategori 4 og 5 | | | |
|------------------------|----------------------------------|----------------------|----------------------|
| Sted | Bygninger for videre bruk | Avhendes | Totalt |
| Dikemark | 0 | 516 290 000 | 516 290 000 |
| Gaustad | 62 390 000 | 3 400 000 | 65 790 000 |
| Radiumhospitalet | 1 417 902 000 | 198 390 000 | 1 616 292 000 |
| Rikshospitalet | 19 672 400 | 0 | 19 672 400 |
| Sinsen | 279 327 000 | 0 | 279 327 000 |
| SSE | 56 185 000 | 0 | 56 185 000 |
| Ullevål sykehus | 761 651 000 | 3 357 840 000 | 4 119 491 000 |
| Totalt | 2 597 127 400 | 4 075 920 000 | 6 673 047 400 |
| Kategori 3 | | | |
| Dikemark | 0 | 71 400 000 | 71 400 000 |
| Gaustad | 346 800 000 | 0 | 346 800 000 |
| Radiumhospitalet | 429 301 000 | 92 310 000 | 521 611 000 |
| Rikshospitalet | 26 006 600 | 0 | 26 006 600 |
| Sinsen | 512 550 000 | 0 | 512 550 000 |
| SSE | 14 383 275 | 0 | 14 383 275 |
| Ullevål sykehus | 488 393 000 | 58 565 000 | 546 958 000 |
| Totalt | 1 817 433 875 | 222 275 000 | 2 039 708 875 |

Sammenhengen mellom Arealutviklingsplan 2025 (Scenario 3) og arbeidsmiljøtiltakene er i hovedsak slik:

Ullevål: For de byggene som foreslås revet i Arealutviklingsplan 2025 kan det likevel være at tiltak må gjennomføres fordi byggene skal drives fram til riving. Den store usikkerheten her gjelder Bygg 3 og Bygg 7 hvor oppgraderingsbehovet er beregnet til over 3,2 mrd. kr. Disse byggene planlegges i hovedsak revet i 2018.

Radiumhospitalet: Ved oppgradering av byggene A, B, C og F er dette vurdert til rundt 1,4 mrd. kr, og faller i stor grad sammen med beregnede arbeidsmiljøtiltak. Men det er en usikkerhet knyttet til sammenhengen mellom funksjonelle ombygginger og arbeidsmiljøtiltak, som kan gjøre at beløpet på 1,4 mrd. vil kunne øke. Byggene I, J og K er ikke med i Arealutviklingsplan 2025 sin "ombyggingspakke", men har oppgraderingsbehov på 236 mill. kr som derfor kommer i tillegg. Arbeidsmiljøtiltak i bygg som foreslås revet er ikke tatt med ut over det som dekkes opp i Fase 1.

Rikshospitalet: Her er arbeidsmiljøtiltak for 46 mill. kr tatt med.

Gaustad: Arbeidsmiljøtiltak er vurdert til vel 400 mill. kr mens det er tatt med 250 mill. kr i Arealutviklingsplanen. Dette skyldes at Arealutviklingsplan 2025 ikke forutsetter full utnyttelse av eksisterende bygningsmasse på Gaustad. Bygningsmassen er ikke egnet for døgnplasser, og det vil dermed være begrenset utnyttelse. Noe av bygningsmassen eventuelt disponeres til for eksempel kontorer for funksjoner knyttet til Rikshospitalet. Dette gjør at hele oppgraderingsbehovet likevel kan bli relevant.

Aker (Sinsen): Ikke tatt med i Arealutviklingsplan 2025 da dette forutsettes tømt i 2018, med unntak av det som videreføres som "Helsearena Aker". Helsearena Aker er, som tidligere beskrevet, ikke med i Arealutviklingsplanen, ut over at det legges til grunn at OUS skal ha noe aktivitet der også etter 2018, bl.a. DPS, BUP-poliklinikk og noen begrensede somatiske funksjoner relatert til "Samhandlingsarena Aker".

Dikemark: Oppgradering er ikke tatt med unntatt for Vardåsen. Alt utenom Vardåsen forutsettes tømt før 2018. Vardåsen forutsettes tømt rundt 2020.

SSE: Oppgraderingsbehov er fanget opp (faller bort i Scenario 2, ved at SSE da flyttes til RH).

12 Gevinstrealisering, driftsøkonomiske effekter og totaløkonomisk vurdering

I dette avsnittet beskrives økonomiske vurderinger i forbindelse med arealplanen som: Endringer i arealporteføljen og eventuelle salgsgevinster, driftsøkonomiske effekter knyttet til drift av bygg som endringer i FDV-kostnader, driftsøkonomiske effekter knyttet til kjernevirksomheten og totaløkonomisk vurdering.

12.1 Endringer i arealporteføljen og salgsgevinster

Dette kapittelet fokuserer på endringene i Scenario 3. Scenario 3 vil føre til at store deler av Aker sykehus fristilles. Om deler av området kan selges kommersielt er ikke tilstrekkelig avklart til at det er grunnlag for konkretisere en mulig salgsgevinst i denne planen. Med et tomteareal på rundt 130 da på Sinsen, hvorav en stor del kan frigjøres selv om det fortsatt skal drives DPS der, og Helsearena Aker opprettes, indikerer en betydelig verdi.

For øvrig vil realisering av planen også frigjøre 86 da tomt knyttet til BUP i Sognsvannsveien. Heller ikke på dette området foreligger en verdivurdering ved salg i det kommersielle markedet, men på samme måte som tomten på Sinsen, så representerer tomten en vesentlig verdi, dog med det forbehold at strenge vernebestemmelser knyttet til både bygg og uteområder kan begrense verdien. Dikemarkområdet vil også bli frigjort gjennom de tiltak som er foreslått i denne planen. Økonomisk verdi er ikke vurdert i dette arbeidet, men også her er det vernebestemmelser som vil påvirke dette.

12.2 Driftsøkonomiske effekter knyttet til drift av bygg (endringer i FDV-kostnader)

FDV-kostnadene vil kunne reduseres betydelig når det samlede arealet går ned. Disse kostnadene ligger vanligvis på i størrelsesorden 800-1000 kr/kvm, men pga. begrenset vedlikehold i en del bygg kan de i praksis ligge noe lavere (jf. "oppmagasinert vedlikeholdsetterlep). Ved en enkel vurdering knyttet til at dagens areal på ca. 900.000 kvm reduseres til ca. 700.000 kvm i 2025, og en beregnet lav FDV-kostnad knyttet til de byggene som går ut av porteføljen (beregnet 600 kr/kvm), så vil dette utgjøre en innsparing på rundt 120 mill. kr per år.

12.3 Driftsøkonomiske effekter knyttet til kjernevirksomheten

Driftsøkonomisk analyse i denne fasen i Arealutviklingsplanen er gjort på overordnet nivå, og etter en enkel modell. I påfølgende idéfase/ konseptfaser vil det være behov for å gå mer i dybden, med detaljberegninger og analyser.

Her er følgende scenarier lagt til grunn:

- For somatikk, Scenario 3.
- For psykiatri og avhengighet (PHA), Scenario 2.

12.3.1 Metodikk og forutsetninger lagt til grunn for gevinstestimaterne.

Det er tatt utgangspunkt i antall administrative enheter i 2011 med tilhørende årsverk. Anslag for utvikling frem mot 2025 er knyttet til realisering ved samlokalisering, samt nybygg ved Scenario 2 for PHA, og scenario 3 for somatikk. Estimaterne er laget på bakgrunn av innspill, samtaler og datainnhenting i hver klinikk, i hovedsak med økonomiledere, som har forankret det hos klinikkleder.

Det er benyttet brutto årsverk, eksklusive eksternfinansierte årsverk. Legeårsverk ikke med i registrerte årsverk i denne analysen, med unntak for PHA. Dette skyldes at legeårsverkene ofte ikke er knyttet til spesifikke administrative driftsenheter, men er registrert i

egne fagseksjoner/avdelinger i kostnadsstrukturen, mens de arbeider i flere enheter. I og med at legeårsværk ikke er med i denne gjennomgangen, vil potensiell gevinstrealisering være større enn det som fremkommer her.

For klinikker som får nytt areal som følge av nybygg, vil grunnlaget for gevinstrealisering være større enn det som fremkommer i denne analysen. Samlokalisering og nybygg kan gi rom for mer effektive pasientsløyfer, større og bedre tilrettede sengeområder med effekt på bemanningsplanlegging, arealeffektivisering og reduksjon i antall administrativt personell.

Kvalitative gevinster ved nybygg vil være knyttet til blant annet nærhet mellom funksjoner og bedre forutsetninger for effektive pasientforløp, bedre fysisk arbeidsmiljø og økt trivsel. Universell utforming vil gi bedre tilgjengelighet for pasient og besøkende. For PHA vil det også gi bedre oversikt og bedre personalsikkerhet.

Nytt akuttbygg på Ullevål skal dekke økt kapasitetsbehov for akuttfunksjoner ved Ullevål som følge av overføring av døgn- og akuttfunksjoner fra Aker. I tillegg inngår noen kvalitetsforbedringer i forhold til dagens akuttfunksjoner. I driftsøkonomiske beregninger ble det ved samling av enheter beregnet en reduksjon i antall årsverk, mens det på kvalitets-siden ble lagt inn forbedringer og økt intensivkapasitet som ga økning i årsverk knyttet til dette.

Flere av klinikkene har i dag driftsenheter spredt, både på samme adresse, og på flere adresser. Noe av årsaken til dette er gammel og uhensiktsmessig bygningsmasse. Urasjonelle størrelser og struktur på driftsenheter bærer også preg av tilpasning til for liten og uhensiktsmessig bygningsmasse. Videre samlokalisering og organisatoriske endringer bør føre til at antall administrative stillinger reduseres, i tillegg til fagansatte i driftsenhetene.

Etter overføringer Dag 3 er somatisk døgnaktivitet på Aker betydelig redusert, men består fortsatt av de fire kirurgiske fagområdene ortopedi, karkirurgi, gastrokirurgi og urologi. Innenfor medisinsk område er det akutt geriatri og indremedisin. Denne virksomheten krever ressurser og beredskap innen akuttmottak, diagnostikk, postoperativ/intensiv og medisinsk overvåking som vil kunne gi betydelige kostnadsreduksjoner ved overføring/samlokalisering.

En viktig forutsetning for at disse gevinstrealiseringene kan tas ut, er tydelige mål, og en tett oppfølging i forhold til forventet resultat.

Tabell 66. Endring antall administrative enheter

| Berørte funksjoner | SUM 2011 | SUM 2025 | Endring i antall adm enheter |
|---------------------|-------------|-------------|---------------------------------------|
| Sengeposter | 134 | 115 | -19 |
| Pasienthotell | 6 | 5 | -1 |
| Akuttmottak | 0 | 0 | |
| Oppvåkning/intensiv | 11 | 10 | -1 |
| Dagbehandling | 51 | 48 | -3 |
| Poliklinikk | 139 | 121 | -18 |
| Operasjon | 6 | 6 | 0 |
| Radiologi | 0 | 0 | 0 |
| Laboratoriefunksj | 11 | 11 | 0 |
| Ikke medisinsk serv | 13 | 13 | 0 |
| Stråleterapi | 14 | 14 | 0 |
| Adm | 35 | 26 | -9 |
| Mottak | 1 | 1 | 0 |
| Andre funksjoner | 99 | 95 | -4 |
| SUM | 520 | 465 | -55 |

Tabell 67. Endring antall årsverk, ekskl. legeårsverk

| Berørte funksjoner | SUM 2011 | SUM 2025 | Endring i antall årsverk |
|---------------------|--------------|--------------|--------------------------|
| Sengeposter | 4448 | 4148 | -300 |
| Pasienthotell | 50 | 40 | -10 |
| Akuttmottak | 151 | 132 | -19 |
| Anestesisykepleie | 308 | 297 | -11 |
| Oppvåkning/intensiv | 1032 | 993 | -39 |
| Dagbehandling | 136 | 135 | -1 |
| Poliklinikk | 1162 | 1122 | -40 |
| Operasjon | 411 | 402 | -9 |
| Radiologi | 1550 | 1514 | -36 |
| Laboratoriefunksj | 76 | 76 | 1 |
| Ikke medisinsk serv | 1775 | 1695 | -80 |
| Stråleterapi | 204 | 204 | 0 |
| Adm | 660 | 643 | -18 |
| Mottak | 21 | 21 | 0 |
| Andre funksjoner | 1100 | 1076 | -24 |
| SUM | 13083 | 12497 | -586 |

Tabell 68. Kostnadseffekt årsverk

| Berørte funksjoner | Endring ant årsv | Kostnad per årsv | Samlet effekt |
|-----------------------|------------------|------------------|---------------------|
| Sengeposter | -300 | 600 000 | -179 940 000 |
| Pasienthotell | -10 | 500 000 | -4 750 000 |
| Akuttmottak | -19 | 650 000 | -12 350 000 |
| Oppvåkning/intensiv | -39 | 650 000 | -25 350 000 |
| Dag-behandling | -1 | 600 000 | -600 000 |
| Poliklinikk | -40 | 600 000 | -24 240 000 |
| Operasjon | -9 | 650 000 | -5 850 000 |
| Radiologi | -36 | 600 000 | -21 600 000 |
| Laboratoriefunksjoner | 1 | 600 000 | 300 000 |
| Ikke med service | -80 | 500 000 | -40 000 000 |
| Administrasjon | -18 | 500 000 | -8 800 000 |
| Andre funksjoner | -24 | 500 000 | -11 950 000 |
| SUM | -586 | | -335 130 000 |

Kostnadseffekten i årsverk som fremkommer her, skyldes i hovedsak redusert antall driftsenheter ved utflytting fra Aker, og samlokaliseringseffekt. For den somatiske virksomheten er gevinsten i hovedsak knyttet til samlokalisering, færre administrative enheter og dermed redusert behov for administrative stillinger. For PHA er også effekten av nybygg, samt legeårsverk tatt med.

Som det fremgår av tabellene over, så er det redusert antall sengeposter, oppvåkning/intensiv, poliklinikker, samt reduksjoner i OSS (andre funksjoner) som gir størst utslag på årsverk.

Tall er innhentet fra somatikk, psykisk helse og avhengighet, samt OSS. To av klinikkene har satt like tall for 2025 som for 2011, det er Medisinsk klinikk og Hjerter- og lungeklinikken, mens Direktørens stab bare har oppgitt årsverk og enheter for 2011. Direktørens stab har i 2011 ca. 285 årsverk. Ved anslagsvis 5 % effektivisering frem mot 2025 vil det kunne gi ca. 8,5 mill. kr i reduserte driftsutgifter.

For PHA er det knyttet effektiviseringsgevinst til bedre bygningsmessige løsninger, samlokalisering av forsterkede avdelinger, fleksibilitet mellom avdelinger, redusert bakvakt - bemanning og sambruk fellesfunksjoner.

For somatisk virksomhet vil nybygg kunne legge til rette for ytterligere samlokalisering, samt at poliklinikker og sengeområder vil kunne organiseres i langt mer hensiktsmessige størrelser. Dette vil kunne gi ytterligere effektiviseringsgevinst.

Medisinsk klinikk har i tidligere kartlegginger oppgitt en reduksjon ved overføring fra Aker på to legeårsverk i 2013, tilsvarende gevinst på 2 mill. For Hjerter- og lungeklinikken er det i prosjektet O+ og sluttdokumentasjonen av 7. juli 2011, beskrevet et alternativ 3, som innebærer hjerter- og lungekirurgi på Ullevål, og med ø-hjelp og tung hjerterbehandling på Rikshospitalet. En slik løsning vil, i følge prosjektrapporten kunne gi en positiv effekt på driftsøkonomien med 35 mill., begrunnet med at det kan realiseres i Hjerter- lungeklinikken egne areal og med liten investering (< 3 mill. kr).

Under andre funksjoner ligger også blant annet kontortjeneste i klinikkene, samt diverse mindre fagenheter. Her forventes en betydelig gevinst i form av redusert antall årsverk, men ytterligere gevinstrealisering er knyttet til forutsetning om blant annet felles og forbedrede IKT-systemer.

For medisinske støttefunksjoner gjelder i stor grad det samme, eksempelvis for sterillager/instrumentenheter. Sterilforsyning foregår i dag på fire steder. Her ligger det betydelig innsparingsgevinst ved færre enheter og større enheter.

Fremtidig organisering av billeddiagnostikk med lokalisering på tre steder, vil neppe gi personellmessige stordriftsfordeler uten et felles RIS/PACS. Et kjernelaboratorium vil kunne gi betydelig gevinst. Felles LIMB, felles RIS/PACS og Corelab kan ifølge klinikkens egne beregninger gi en reduksjon på 118 årsverk. Dette tilsvarer muligheter for ytterligere driftsøkonomisk effektivisering på ca. 70 mill. kr i tillegg til de 335 mill. kr som fremkommer i Tabell 68 over.

OSS har meldt inn en reduksjon i årsverk som i hovedsak er knyttet til serviceenhetene i intern service og logistikkavdelingene, dvs. portører og transport. Deler av disse årsverkene, ca. 40 årsverk innen renhold, er knyttet til aktivitet på Aker, og kan reduseres ved flytting fra Aker over i mer effektive areal. Dette er kostnader som normalt hører under FDV- kostnader, men er lagt inn her. For øvrige fellesfunksjoner som kjøkken, vaskeri og fremtidige logistikksystemer, er fremtidsbildet uavklart. Dagens vaskeri forsyner Ullevål Aker og Radiumhospitalet, mens Rikshospitalet benytter eksternt vaskeri. Det pågår et internt prosjekt som ser på effekt av fremtidige løsninger for de funksjoner OSS i dag har i bygninger som er planlagt revet. I denne analysen er det lagt inn en reduksjon på 80 årsverk for OSS, samtidig tilsier budsjetttrammen for OSS en reduksjon på 250 årsverk i 2012.

I arbeidet med Arealutviklingsplanen er det i scenario 3 beskrevet en trinnvis utvikling mot 2025. Første trinn vil være perioden 2014-2018. Da planlegges en oppgradering av bygningsmassen, samt påbygg og nybygg som vil gi muligheter for mer effektiv drift.

I "Rapport område Sentrum, 12. nov. 2008", ble det anslått en kostnadsreduksjon på kort sikt på ca. 300 mill. kr knyttet til integrasjon mellom sykehusene i Oslo, knyttet til lands-, region- og områdefunksjoner ved Rikshospitalet og Ullevål. På lang sikt var det anslått en kostnadsreduksjon på ca. 500 mill., totalt 800 mill. kr. Av disse er 400 mill. beskrevet knyttet til klinisk virksomhet, og 400 mill. kr til støttefunksjoner.

Sykehusets oppsummering av samlokaliseringsgevinst og ulempekostnad innmeldt fra klinikkene for 2011-2013, ble anslått til 275 mill. kr for 2013. Innsparingene er en blanding av redusert legeårsverk som følge av færre vaktlag, endring i beredskap, omorganisering, endringer i behandlingstilbud og redusert antall driftssteder (McKinsey, 22. juni 2011).

I denne gjennomgangen er det synliggjort en mulig gevinstrealisering på ca. 335 mill. kr frem mot 2025 (pluss gevinst FDV-kostnader). Tallet knytter seg i hovedsak til reduksjon i antall årsverk og færre antall driftsenheter som en effekt av samlokalisering. Legeårsverk er ikke med i denne driftsøkonomianalysen, med unntak av for PHA. De øvrige klinikker, spesielt de som flytter virksomhet inn i nybygg, vil ha muligheter for ytterligere effektivisering. Dette tilsier at det er ligger et betydelig potensial for en gevinstrealisering utover de 335 mill.

Etter overføring av aktivitet til helseforetakene Ahus og Vestre Viken er det fortsatt betydelig etterslep i nedtrapping av legebemanning. Oversikt per oktober 2011 for OUS, viser totalt 2180 legeårsverk (LIS og overleger), eksklusive eksternfinansierte legeårsverk og leger med lederansvar. For 2012 er det lagt inn forslag om 1965 legeårsverk, (LIS og overleger) eksklusiv leger med lederansvar og eksternfinansierte. Det er 215 færre årsverk enn det som er forbruket per oktober 2011.

For 2012 er det lagt inn i lønnsrammen 15 246 årsverk totalt for OUS. Dette er eksklusive eksternt finansierte årsverk.

I framskrivningen til 2025 (kap. 5.7.5) er bemanningen sett i forhold til befolkningsvekst, samt at det er lagt inn effektiviseringskrav. Det er tatt utgangspunkt i 2009-tall med 17 554 årsverk. Det er 2308 flere årsverk enn det som lagt i lønnsrammen for 2012. Tallene synliggjør at årsverkene skal ned som følge av overføringene til Ahus og Vestre Viken før de i 2025 igjen skal øke, og til et høyere nivå enn for 2012. Dette er en konsekvens av befolkningsutviklingen. Antall årsverk i 2025 er beregnet til 15 894. Sammenlignet med 2009 utgjør det en reduksjon i antall årsverk på 9 %, tilsvarende mellom 800-900 mill. kr.

Det arbeides med ulike prosjekter i klinikkene som vil konkretisere gevinstpotensialer. Noen av disse prosjektene vil trolig kunne gi betydelig tilleggs gevinst. Årlige krav om innsparinger/budsjettkutt, og de enkelte klinikkens tilpasninger til disse, overlapper til dels også de driftsøkonomiske kortsiktige effekter beskrevet i denne analysen.

12.4 Totaløkonomisk vurdering

Kan OUS bære et investeringsnivå på 16-17 mrd. kr i perioden? Alternativet for OUS er å måtte investere nærmere 10 mrd. kr i oppgraderinger knyttet til arbeidsmiljø, brannsikring mv. Gjennomføring av en del av disse tiltakene i den dårligste bygningsmassen vil dessuten begrense (og/eller fordyre) driften vesentlig i gjennomføringsperioden. Ved å gjennomføre Scenario 3 med investeringer på 16-17 mrd. kr vil man i 2025 ha en stor andel god, fremtidsrettet bygningsmasse (rundt 60 %). I tillegg vil driftsinnsparingene være betydelige. Foreløpige analyser av dette viser rundt 100 mill. kr i årlig sparte FDV-kostnader³⁶ og rundt 300 mill. kr innsparinger per år knyttet til kjernedriften. Det er grunn til å forvente at dette potensialet vil kunne økes ved videre konkretisering av de aktuelle tiltakene.

OUS vil ikke kunne bære hele investeringen på 16-17 mrd. kr gjennom driftsinnsparinger. På dette overordnede stadiet i planprosessen kan det ikke gjøres noen detaljert bæreevne analyse. Men to enkle analyser kan gjøres.

Analyse 1: Evne til å bære renter og avdrag av 50 % låneandel:

Betjening av renter og avdrag ved 50 % låneandel: Her vil investeringen fordele seg over en lang periode, og det sammen vil de driftsøkonomiske effektene. Men dersom modellen forenkles til at hele investeringen ferdigstilles samtidig, og renter og avdrag starter å løpe påfølgende år, kan det gjøres følgende vurdering:

³⁶ Forvaltning, drift og vedlikehold

| | |
|--------------------------------------|--------------|
| Investeringsbeløp | 16,7 mrd. kr |
| Lånt andel | 8,35 mrd. kr |
| Avdrag per år ved 20 års nedbetaling | 0,42 mrd. kr |
| Renter 1. år ved 5 % rente | 0,42 mrd. kr |
| Sum renter og avdrag 1. år | 0,84 mrd. kr |

Dette innebærer at US med en innsparing på i størrelsesorden 800-900 mill. kr per år kan bære kostnadene ved den lånte andelen av investeringen. Den ikke lånte andelen må da være dekket av investeringsmidler innenfor HF/RHF sin samlede økonomiske investeringsramme i den perioden investeringene påløper. Her ligger det selvsagt usikkerhet bl.a. knyttet til rentenivå i perioden.

Alternativt kunne avskrivninger brukes i stedet for avdrag. Det ville trolig gitt et noe lavere årlig beløp, avhengig av den gjennomsnittlige avskrivningstiden på tiltakene. Men likviditetsmessig er det renter og avdrag som må betales.

Analyse 2: Evne til å bære tilsvarende renter og avdrag av merkostnaden ved Arealplan 2025 sammenlignet med løpende oppgraderingsinvesteringer (tilnærmet 0-alternativ):

Den andre tilnærmingen er å se om OUS gjennom investeringene kan dekke merkostnaden i Arealutviklingsplan 2025 sammenlignet med løpende "oppgraderingsinvesteringer" slik disse framkommer av Multimap, arbeidsmiljøpålegg mv. Det foreligger ikke sikre tall for oppgraderingsbehovet, men Multimap-tallene indikerer ca. 9 mrd. kr innenfor de kommende 10 år. Det betyr i så fall at OUS må evne å bære 7,7 mrd. i "merinvestering" ut over dette for å gjennomføre arealplanen sammenlignet med bare løpende oppgradering ($16,7 - 9 = 7,7$). Hvis den samme tilnærmingen brukes her som i regnestykket ovenfor, så vil OUS måtte oppnå en innsparing på 700-800 mill. kr per år for å kunne bære dette.

Oppsummeringsmessig indikerer dette at OUS må arbeide ut fra et økonomisk gevinstrealiseringsmål på 700-900 mill. kr sett i lys av disse tilnærmingene. I tillegg kommer betydelige gevinster i tjenestekvalitet ved at en stor del av bygningsmassen blir fremtidsrettet.

Vedlegg 1.

Pasientframskriving Aker Sykehus

Nåværende pasientaktivitet og framskrivingen til 2025 for Aker Sykehus illustreres i tabellen nedenfor.

Etter overføring av pasientaktivitet til Ahus og Vestre Viken blir gjenværende pasientaktivitet i Aker følgende målt i 2009 tall følgende:

Aker Sykehus - 2009 etter overføring av aktivitet til Ahus og Vestre Viken)

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Normale senger | | Dag/poliklinikk | |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | | Avdelings- opphold | Ligge- dager | Dag- opphold | Poli- klinikk |
| B - Medisinsk klinikk | Hjertemedisin | 644 | 1.994 | 168 | 3.337 |
| | Lungemedisin | 243 | 1.542 | 183 | 1.215 |
| | Gastromedisin | 365 | 1.450 | 1.233 | 1.425 |
| | Geriatrici | 718 | 7.030 | 1.888 | 603 |
| | Hematologi | 335 | 1.739 | 1.063 | 7.965 |
| | Generell indremedisin | 335 | 410 | 334 | 275 |
| Klinikk B i alt | | 2.641 | 14.164 | 4.870 | 14.819 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 957 | 5.146 | 444 | 3.362 |
| Klinikk C i alt | | 957 | 5.146 | 444 | 3.362 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Gastrokirurgi | 1.793 | 7.631 | 614 | 14.422 |
| | Urologi | 2.333 | 8.279 | 797 | 13.143 |
| Klinikk E i alt | | 4.126 | 15.910 | 1.412 | 27.566 |
| F - Hjerte-, lunge- og karklinikk | Karkirurgi | 903 | 3.410 | 482 | 7.010 |
| Klinikk F i alt | | 903 | 3.410 | 482 | 7.010 |
| I alt | | 8.627 | 38.631 | 7.208 | 52.757 |

Gastromedisin er inkl. infeksjonsmedin, geriatri er inkl. rehabilitering, hematologi er inkl. endokrinologi. Al hematologi er medregnet under Klinikk B

Deretter er det gjort en demografisk framskriving, og resultatet av denne er følgende:

Aker Sykehus - demografisk framskrivning av 2009 etter overføring av aktivitet til Ahus/VV til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Normale senger | | Dag/poliklinikk | |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | | Avdelings- opphold | Ligge- dager | Dag- opphold | Poli- klinikk |
| B - Medisinsk klinikk | Hjertemedisin | 795 | 2.445 | 213 | 4.280 |
| | Lungemedisin | 320 | 1.997 | 252 | 1.577 |
| | Gastromedisin | 440 | 1.746 | 1.450 | 1.718 |
| | Geriatrici | 867 | 8.712 | 2.448 | 770 |
| | Hematologi | 423 | 2.206 | 1.353 | 9.154 |
| | Generell indremedisin | 409 | 502 | 413 | 349 |
| Klinikk B i alt | | 3.253 | 17.608 | 6.130 | 17.847 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 1.146 | 6.215 | 545 | 4.122 |
| Klinikk C i alt | | 1.146 | 6.215 | 545 | 4.122 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Gastrokirurgi | 2.160 | 9.486 | 747 | 17.489 |
| | Urologi | 2.927 | 10.279 | 1.031 | 17.112 |
| Klinikk E i alt | | 5.088 | 19.765 | 1.779 | 34.601 |
| F - Hjerte-, lunge- og karklinikk | Karkirurgi | 1.198 | 4.454 | 596 | 9.194 |
| Klinikk F i alt | | 1.198 | 4.454 | 596 | 9.194 |
| I alt | | 10.684 | 48.043 | 9.049 | 65.763 |

Gastromedisin er inkl. infeksjonsmedin, geriatri er inkl. rehabilitering, hematologi er inkl. endokrinologi. Al hematologi er medregnet under Klinikk B

Neste trinn er å beregne effekt av omstilling og effektivisering, jfr. forutsetningene beskrevet i avsnitt 6.7.

Først beregnes omstilling av døgnopphold, hvor inneliggende pasienter overføres til dagbehandling og til innleggelse i observasjonsseng.

Aker Sykehus - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/eff, avd-opphold - samhandling | | | |
|-------------------------------------|------------------------|---|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | Overført til dag *) | Overført til obs **) | Overført til seng fra obs (40% ***) | Avd-opphold 2025 (reduisert med 5%) |
| B - Medisinsk klinikk | Hjertemedisin | 86 | 249 | 100 | 531 |
| | Lungemedisin | 20 | 35 | 14 | 265 |
| | Gastromedisin | 48 | 109 | 44 | 310 |
| | Geriatrici | 35 | 105 | 42 | 730 |
| | Hematologi | 49 | 60 | 24 | 320 |
| | Generell indremedisin | 11 | 282 | 113 | 218 |
| Klinikk B i alt | | 249 | 841 | 337 | 2.374 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 35 | 232 | 93 | 923 |
| | Klinikk C i alt | | 35 | 232 | 93 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Gastrokirurgi | 325 | 569 | 228 | 1.419 |
| | Urologi | 803 | 366 | 146 | 1.810 |
| Klinikk E i alt | | 1.127 | 935 | 374 | 3.229 |
| F - Hjerte-, lunge- og karklinikk | Karkirurgi | 349 | 145 | 58 | 724 |
| | Klinikk F i alt | | 349 | 145 | 58 |
| I alt | | 1.761 | 2.153 | 861 | 7.250 |

*) 75 % av elektive pasienter med maks 2 dages liggetid overføres til dagbehandling. En pasient som overføres fra innlagte til dag får 1 dagbesøk og 1 poliklinisk besøk. Liggedagerne reduseres også med 75 %

**) 75 % av akutte innleggelser med maks 2 dages liggetid (med visse unntak) innlegges i Obspost.

***) Det forutsettes at 40 % av obs pasientene overføres til sengepost. For disse pasientene spares ½ dages liggetid

****) Det forutsettes at 50 % av overførte dagpasienter overnatter en gang i hotell

Derneft beregnes framskriving av liggedagene:

Aker Sykehus - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/effektivisering, liggedager - samhandling | | | | | | | | |
|---|-----------------------|--|--|--|--|--|---------------------------------------|---|--|--------------------------------|
| | | Red liggedager pga. overført til dag | Red liggedager for pas fra obs (60%) | Red liggedager for pas som overf til seng (40%) | Red av rest- liggedager (20%) | % sats for overf av restligged ager til hotell | Overførte liggedager til hotell | Liggedage r hotell overførte daggpas | Liggedage ri normal seng 2025 - redusert med 5 % | Liggedage ri hotell 2025 |
| B - Medisinsk klinikk | Hjertemedisin | 108 | 205 | 50 | 416 | 5% | 83 | 43 | 1.503 | 249 |
| | Lungemedisin | 30 | 33 | 7 | 386 | 5% | 77 | 10 | 1.392 | 35 |
| | Gastromedisin | 65 | 95 | 22 | 313 | 5% | 63 | 24 | 1.129 | 109 |
| | Geriatrici | 55 | 95 | 21 | 1.708 | 5% | 342 | 17 | 6.167 | 105 |
| | Hematologi | 69 | 54 | 12 | 414 | 5% | 83 | 25 | 1.495 | 60 |
| | Generell indremedisin | 13 | 194 | 56 | 48 | 5% | 10 | 5 | 172 | 282 |
| Klinikk B i alt | | 340 | 675 | 168 | 3.285 | | 657 | 125 | 11.859 | 841 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 54 | 198 | 46 | 1.183 | 5% | 237 | 18 | 4.271 | 232 |
| Klinikk C i alt | | 54 | 198 | 46 | 1.183 | | 237 | 18 | 4.271 | 232 |
| E - Klinikk for krefte og kirurgi | Gastrokirurgi | 525 | 467 | 114 | 1.676 | 5% | 335 | 162 | 6.050 | 569 |
| | Urologi | 1.197 | 311 | 73 | 1.739 | 5% | 348 | 401 | 6.280 | 366 |
| Klinikk E i alt | | 1.723 | 779 | 187 | 3.415 | | 683 | 564 | 12.330 | 935 |
| F - Hjerter-, lunge- og karklinikk | Karkirurgi | 418 | 116 | 29 | 778 | 5% | 156 | 175 | 2.809 | 145 |
| Klinikk F i alt | | 418 | 116 | 29 | 778 | | 156 | 175 | 2.809 | 145 |
| I alt | | 2.535 | 1.768 | 431 | 8.662 | | 1.732 | 880 | 31.269 | 2.613 |

Og til slutt beregnes dagbehandling og poliklinikk.

Aker Sykehus - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/eff dag og poliklinikk - samhandling | | | |
|---|-----------------------|---|---|--|--|
| | | Polikli kons for overført til dag | Poliklin kons for overført og utskrevet fra obs | Poliklinisk e kons 2025 - redusert med 5 % | Dagoppfo ld 2025 - redusert med 5 % |
| B - Medisinsk klinikk | Hjertemedisin | 86 | 149 | 4.290 | 284 |
| | Lungemedisin | 20 | 21 | 1.537 | 259 |
| | Gastromedisin | 48 | 66 | 1.740 | 1.423 |
| | Geriatrici | 35 | 63 | 824 | 2.359 |
| | Hematologi | 49 | 36 | 8.777 | 1.332 |
| | Generell indremedisin | 11 | 169 | 502 | 403 |
| Klinikk B i alt | | 249 | 505 | 17.671 | 6.060 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 35 | 139 | 4.081 | 551 |
| Klinikk C i alt | | 35 | 139 | 4.081 | 551 |
| E - Klinikk for krefte og kirurgi | Gastrokirurgi | 325 | 341 | 17.247 | 1.018 |
| | Urologi | 803 | 220 | 17.228 | 1.742 |
| Klinikk E i alt | | 1.127 | 561 | 34.475 | 2.761 |
| F - Hjerter-, lunge- og karklinikk | Karkirurgi | 349 | 87 | 9.148 | 898 |
| Klinikk F i alt | | 349 | 87 | 9.148 | 898 |
| I alt | | 1.761 | 1.292 | 65.375 | 10.270 |

Vedlegg 2.**Pasientframskriving Radiumhospitalet**

Nåværende pasientaktivitet og framskrivingen til 2025 for Radiumhospitalet illustreres i tabellen nedenfor.

Etter overføring av pasientaktivitet til Ahus og Vestre Viken blir gjenværende pasientaktivitet følgende målt i 2009 tall følgende:

Radiumhospitalet - 2009 etter overføring av aktivitet til Ahus og Vestre Viken)

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Normale senger | | Hotell senger *) | | Dag/poliklinikk | |
|----------------------------------|----------------------|------------------|---------------|------------------|---------------|-----------------|---------------|
| | | Avdelingsopphold | Liggedager | Opphold | Liggedager | Dagopphold | Poli-klinikk |
| D - Kvinne- og barneklirikken | Gynekologisk kreft | 1.611 | 9.361 | | | 862 | 6.168 |
| Klinikk D i alt | | 1.611 | 9.361 | 0 | 0 | 862 | 6.168 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Onkologi | 5.493 | 32.731 | | | 4.881 | 29.971 |
| | Kirurgi | 1.626 | 10.380 | | | 451 | 1.301 |
| Klinikk E i alt | | 7.119 | 43.111 | 0 | 0 | 5.335 | 34.906 |
| I alt | | 8.730 | 52.472 | 16.560 | 16.818 | 6.197 | 41.074 |

*) Basert på hotell registreringer fra september 2010

Deretter foretas en demografisk framskriving og innlegges en realvekst på 10 %, og resultatet herav er følgende:

Radiumhospitalet - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Demografisk framskriving og realvekst ***) | | | | |
|----------------------------------|----------------------|--|--------------------------|---------------------|--------------|---------------|
| | | Avd-opphold | Liggedager i normal seng | Liggedager i hotell | Dagopphold | Poli-klinikk |
| D - Kvinne- og barneklirikken | Gynekologisk kreft | 2.236 | 12.830 | | 1.136 | 8.497 |
| Klinikk D i alt | | 2.236 | 12.830 | | 1.136 | 8.497 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Onkologi | 7.604 | 45.887 | | 6.645 | 42.083 |
| | Kirurgi | 2.199 | 14.115 | | 631 | 2.001 |
| | Bryst- og endokrin | 0 | 0 | | 2 | 4.565 |
| Klinikk E i alt | | 9.802 | 60.001 | | 7.278 | 48.649 |
| I alt | | 12.038 | 72.831 | 21.221 | 8.414 | 57.146 |

Neste trinn er å beregne effekt av omstilling og effektivisering, jf forutsetningene beskrevet i avsnitt 6.7.

Først beregnes omstilling av døgnopphold, hvor inneliggende pasienter overføres til dagbehandling og til innleggelse i observasjonsseng.

Radiumhospitalet - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/eff, avd-opphold - samhandling | | | |
|----------------------------------|--------------------------|---|------------------|---------------------------|------------------------------------|
| | | Overført til dag *) | Overført til obs | Overført til seng fra obs | Avd-opphold 2025 (redusert med 5%) |
| D - Kvinne- og barneklini kken | Gynekologisk kreft | 300 | | | 1.839 |
| Klinikk D i alt | | 300 | | | 1.839 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Onkologi | 958 | | | 6.313 |
| | Kirurgi | 194 | | | 1.904 |
| | Bryst- og endokrinkirurg | 0 | | | 0 |
| Klinikk E i alt | | 1.152 | | | 8.217 |
| I alt | | 1.453 | | | 10.056 |

*) 40 % av elektive pasienter med maks 2 dages liggetid overføres til dagbehandling. En pasient som overføres fra innlagte til dag får 1 dagbesøk og 1 poliklinisk besøk. Liggedagerne reduseres også med 40 %

**) Det forutsettes at 50 % av overførte dagpasienter overnatter en gang i hotell

***) Det regnes med 10 % realvekst for avdelingene i DNR: avdopph, liggedager, poliklinikk og dag

Derneft beregnes framskriving av liggedagene:

Radiumhospitalet - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/effektivisering, liggedager - samhandling | | | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---|---------------------------------|--|---|-------------------------|----------------------------------|
| | | Red liggedager pga. overført til dag | Red liggedager for pas fra obs | Red liggedager for pas overf til seng | Red av rest-liggedager (10%) | % sats for overf av restliggedager til hotell | Overførte liggedager til hotell | Liggedager hotell overførte dagpas **) | Liggedage i normal seng 2025 - redusert med 5 % | Liggedage i hotell 2025 | Liggedage i obs 2025 (1 dag/pas) |
| D - Kvinne- og barneklini kken | Gynekologisk kreft | 444 | | | 1.239 | 5% | 557 | 150 | 10.061 | | |
| Klinikk D i alt | | 444 | | | 1.239 | | 557 | 150 | 10.061 | | |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Onkologi | 1.417 | | | 4.447 | 5% | 2.001 | 479 | 36.120 | | |
| | Kirurgi | 321 | | | 1.379 | 5% | 621 | 97 | 11.204 | | |
| | Bryst- og endokrinkirurg | | | | | 5% | | | | | |
| Klinikk E i alt | | 1.738 | | | 5.826 | | 2.622 | 576 | 47.324 | | |
| I alt | | 2.182 | | | 7.065 | | 3.179 | 726 | 57.385 | 25.126 | |

Og til slutt beregnes dagbehandling og poliklinikk.

Radiumhospitalet - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/eff dag og poliklinikk - samhandling | | | |
|---|--------------------------|---|---|---|---|
| | | Polikl kons for overført til dag | Poliklin kons for overført og utskrevet fra obs | Poliklinisk e kons 2025 - reduisert med 5 % | Dagoppfo ld 2025 - reduisert med 5 % |
| D - Kvinne- og barneklini kken | Gynekologisk kreft | 300 | 0 | 8.357 | 1.365 |
| Klinikk D i alt | | 300 | 0 | 8.357 | 1.365 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Onkologi | 958 | 0 | 40.890 | 7.223 |
| | Kirurgi | 194 | 0 | 2.085 | 784 |
| | Bryst- og endokrinkirurg | 0 | 0 | 4.337 | 2 |
| Klinikk E i alt | | 1.152 | 0 | 47.312 | 8.009 |
| I alt | | 1.453 | 0 | 55.669 | 9.374 |

Vedlegg 3.**Pasientframskriving Rikshospitalet**

Nåværende pasientaktivitet og framskrivingen til 2025 for Rikshospitalet illustreres i tabellen nedenfor.

Etter overføring av pasientaktivitet til Ahus og Vestre Viken blir gjenværende pasientaktivitet følgende målt i 2009 tall følgende:

Rikshospitalet - 2009 etter overføring av aktivitet til Ahus og Vestre Viken

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Normale senger | | Hotell senger *) | | Dag/poliklinikk | |
|---|-----------------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|
| | | Avdelings- opphold | Ligge- dager | Opphold | Ligge- dager | Dag- opphold | Poli-klinikk |
| B - Medisinsk klinikk | Endokrinologi | 30 | 68 | | | 495 | 5.916 |
| Klinikk B i alt | | 30 | 68 | | | 495 | 5.916 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 1.609 | 8.471 | | | 3.729 | 9.253 |
| | Plastikk- og rekonstruktiv kirurg | 979 | 4.302 | | | 1.044 | 7.146 |
| | ØNH | 2.043 | 6.696 | | | 3.382 | 16.066 |
| | Nevrokirurgi | 3.058 | 14.123 | | | 821 | 3.931 |
| | Nevrologi | 1.360 | 4.478 | | | 1.352 | 4.283 |
| Klinikk C i alt | | 9.048 | 38.071 | | | 10.329 | 43.587 |
| D - Kvinne- og barneklubben | Føde (ekskl. nyfødte) | 2.222 | 8.889 | | | 528 | 30.483 |
| | Gynekologi | 363 | 1.197 | | | 751 | 2.165 |
| | Barnemedisin | 1.709 | 7.421 | | | 2.236 | 5.730 |
| | Nyfødtintensiv | 559 | 5.253 | | | 17 | 0 |
| Klinikk D i alt | | 4.852 | 22.760 | | | 3.533 | 38.379 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Urologi | 474 | 2.058 | | | 313 | 1.445 |
| Klinikk E i alt | | 474 | 2.058 | | | 313 | 1.445 |
| F - Hjerte-, lunge- og karklinikk | Hjertemedisin | 4.293 | 8.476 | | | 4.165 | 9.648 |
| | Lungemedisin | 1.655 | 6.763 | | | 749 | 1.225 |
| | Thoraxkirurgi | 2.745 | 13.937 | | | 512 | 1.353 |
| Klinikk F i alt | | 8.693 | 29.175 | | | 5.426 | 12.226 |
| G - Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | Gastrokirurgi | 892 | 5.142 | | | 327 | 462 |
| | Kirurgi, transplantasjon | 694 | 5.977 | | | 76 | 77 |
| | Barnekirurgi | 763 | 4.028 | | | 746 | 183 |
| | Generell indremedisin | 2 | 3 | | | 728 | 1.777 |
| | Infeksjonsmedisin | 366 | 1.512 | | | 664 | 831 |
| | Hematologi | 374 | 4.148 | | | 341 | 2.583 |
| | Nyremedisin | 440 | 2.432 | | | 2.350 | 6.048 |
| | Gastromedisin | 838 | 3.266 | | | 625 | 1.783 |
| | Hudsykdommer | 482 | 3.187 | | | 900 | 31.849 |
| | Revmatologi | 1.222 | 4.174 | | | 1.356 | 3.697 |
| Klinikk G i alt | | 6.074 | 33.870 | | | 8.112 | 49.291 |
| I alt | | 29.172 | 126.002 | 30.360 | 33.602 | 28.207 | 150.843 |

*) Basert på hotell registreringer fra november 2010

Deretter foretas det en demografisk framskriving, og resultatet av denne er følgende:

Rikshospitalet - demografisk framskrivning av 2009 etter overføring av aktivitet til Ahus/VV til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Normale senger | | Hotell senger *) | | Dag/poliklinikk | |
|---|------------------------------------|-----------------------|-----------------|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | | Avdelings- opphold | Ligge- dager | Opphold | Ligge- dager | Dag- opphold | Poli- klinikk |
| B - Medisinsk klinikk | Endokrinologi | 37 | 79 | | | 573 | 7.007 |
| Klinikk B i alt | | 37 | 79 | | | 573 | 7.007 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 1.874 | 9.871 | | | 4.236 | 10.790 |
| | Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi | 1.134 | 4.959 | | | 1.247 | 8.392 |
| | ØNH | 2.509 | 8.266 | | | 4.058 | 19.813 |
| | Nevrokirurgi | 3.662 | 16.851 | | | 955 | 4.684 |
| | Nevrologi | 1.691 | 5.454 | | | 1.658 | 5.136 |
| Klinikk C i alt | | 10.869 | 45.401 | | | 12.156 | 52.103 |
| D - Kvinne- og barneklubben | Føde (ekskl. nyfødte) | 2.647 | 10.160 | | | 627 | 34.102 |
| | Gynekologi | 432 | 1.423 | | | 848 | 2.486 |
| | Barnemedisin | 1.892 | 8.263 | | | 2.477 | 6.526 |
| | Nyfødtintensiv | 650 | 6.158 | | | 21 | |
| Klinikk D i alt | | 5.620 | 26.004 | | | 3.974 | 43.114 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Urologi | 579 | 2.517 | | | 390 | 1.795 |
| Klinikk E i alt | | 579 | 2.517 | | | 390 | 1.795 |
| F - Hjerte-, lunge- og karklinikk | Hjertemedisin | 5.576 | 10.735 | | | 5.377 | 11.904 |
| | Lungemedisin | 2.020 | 8.170 | | | 866 | 1.490 |
| | Thoraxkirurgi | 3.577 | 18.078 | | | 661 | 1.774 |
| Klinikk F i alt | | 11.173 | 36.982 | | | 6.903 | 15.168 |
| G - Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | Gastrokirurgi | 1.139 | 6.526 | | | 412 | 587 |
| | Kirurgi, transplantasjon | 818 | 7.062 | | | 89 | 92 |
| | Barnekirurgi | 840 | 4.431 | | | 836 | 206 |
| | Generell indremedisin | 2 | 3 | | | 878 | 2.235 |
| | Infeksjonsmedisin | 421 | 1.780 | | | 760 | 974 |
| | Hematologi | 428 | 4.722 | | | 394 | 3.026 |
| | Nyremedisin | 541 | 3.031 | | | 2.876 | 7.275 |
| | Gastromedisin | 990 | 3.798 | | | 753 | 2.113 |
| | Hudsykdommer | 584 | 3.891 | | | 1.085 | 39.446 |
| | Revmatologi | 1.414 | 4.863 | | | 1.583 | 4.510 |
| Klinikk G i alt | | 7.178 | 40.108 | | | 9.666 | 60.464 |
| I alt | | 35.455 | 151.090 | 36.899 | 40.292 | 33.662 | 179.651 |

*) økes med veksten for opphold og liggedager

Neste trinn er å beregne effekt av omstilling og effektivisering, jf forutsetningene beskrevet i avsnitt 6.7.

Først beregnes omstilling av døgnopphold, hvor inneliggende pasienter overføres til dagbehandling og til innleggelse i observasjonsseng.

Rikshospitalet - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/eff, avd-opphold - samhandling | | | |
|---|-------------------------------------|---|------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| | | Overført til dag *) | Overført til obs | Overført til seng fra obs | Avd-opphold 2025 (reduisert med 5%) |
| B - | Medisinsk Endokrinologi | 0 | | | 35 |
| Klinikk B i alt | | 0 | | | 35 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 134 | | | 1.652 |
| | Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi | 161 | | | 924 |
| | Øye | 0 | | | 0 |
| | ØNH | 444 | | | 1.961 |
| | Fysikalsk medisin og rehabilitering | 0 | | | 0 |
| | Kjevekirurgi og sykehusodontologi | 0 | | | 0 |
| | Nevrokirurgi | 419 | | | 3.080 |
| | Nevropsykiatri og psykosomatikk | 0 | | | 0 |
| | Nevrologi | 334 | | | 1.289 |
| | Voksenhabilitering | 0 | | | 0 |
| | Kompleks epilepsi | 0 | | | 0 |
| Klinikk C i alt | | 1.494 | | | 8.907 |
| D - Kvinne- og barneklinnen | Føde (ekskl. nyfødte) | 0 | | | 2.647 |
| | Gynekologi | 38 | | | 374 |
| | Barnemedisin | 337 | | | 1.477 |
| | Nyfødtintensiv | 0 | | | 617 |
| Klinikk D i alt | | 375 | | | 5.116 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Urologi | 87 | | | 467 |
| Klinikk E i alt | | 87 | | | 467 |
| F - Hjerter-, lunge- og karklinikk | Hjertemedisin | 1.174 | | | 4.182 |
| | Lungemedisin | 426 | | | 1.515 |
| | Thoraxkirurgi | 248 | | | 3.163 |
| Klinikk F i alt | | 1.847 | | | 8.859 |
| G - Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | Gastrokirurgi | 163 | | | 927 |
| | Kirurgi, transplantasjon | 29 | | | 750 |
| | Barnekirurgi | 141 | | | 665 |
| | Generell indremedisin | 0 | | | 2 |
| | Infeksjonsmedisin | 111 | | | 294 |
| | Hematologi | 39 | | | 370 |
| | Nyremedisin | 57 | | | 460 |
| | Gastromedisin | 204 | | | 747 |
| | Hudsykdommer | 31 | | | 525 |
| | Revmatologi | 306 | | | 1.053 |
| Klinikk G i alt | | 1.082 | | | 5.792 |
| I alt | | 4.884 | | | 29.175 |

*) 40 % av elektive pasienter med maks 2 dages liggetid overføres til dagbehandling. En pasient som overføres fra innlagte til dag får 1 dagbesøk og 1 poliklinisk besøk. Liggedagerne reduseres også med 40 %

**) Det forutsettes at 50 % av overførte dagpasienter overnatter en gang i hotell

Hotell senger 70 %

Normale senger 70 % og 85%

Deretter beregnes framskrivning av liggedagene:

Rikshospitalet - framskrivning til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/effektivisering, liggedager - samhandling | | | | | | | | | |
|------------------------|---|--|--|---|--|--|---------------------------------------|--|---|-------------------------------|---|
| | | Red liggedager pga. overført til dag | Red liggedager for pas som utskr fra obs | Red liggedager for pas som overf til senq | Red av rest- liggedager (10%) | % sats for overf av restligged ager til hotell | Overførte liggedager til hotell | Liggedage r hotell overførte dagpas **) | Liggedage i normal seng 2025 - redusert med 5 % | Liggedage i hotell 2025 | Liggedage i obs 2025 (1 dag/pas) |
| B - | Medisinsk Endokrinologi | 0 | | | 8 | 5% | 4 | 0 | 64 | | |
| Klinikk B i alt | | 0 | | | 8 | | 4 | 0 | 64 | | |
| C - | Klinikk for kirurgi og nevrofag | | | | | | | | | | |
| | Ortopedi | 217 | | | 965 | 5% | 434 | 67 | 7.842 | | |
| | Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi | 261 | | | 470 | 5% | 211 | 81 | 3.816 | | |
| | Øye | 0 | | | 0 | 10% | 0 | 0 | 0 | | |
| | ØNH | 659 | | | 761 | 10% | 685 | 222 | 5.853 | | |
| | Fysikalsk medisin og rehabilitering | 0 | | | 0 | 5% | 0 | 0 | 0 | | |
| | Kjevekirurgi og sykehusodontolog | 0 | | | 0 | 5% | 0 | 0 | 0 | | |
| | Neurokirurgi | 699 | | | 1.615 | 5% | 727 | 210 | 13.120 | | |
| | Nevropsykiatri og psykosomatikk | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | |
| | Nevrologi | 450 | | | 500 | 5% | 225 | 167 | 4.065 | | |
| | Voksenhabilitering | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | |
| | Kompleks epilepsi | 0 | | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | |
| Klinikk C i alt | | 2.285 | | | 4.312 | | 2.283 | 747 | 34.695 | | |
| D - | Kvinne- og barneklini- kken | | | | | | | | | | |
| | Føde (ekskl. nyfødte) | 0 | | | 1.016 | 10% | 914 | 0 | 8.230 | | |
| | Gynekologi | 55 | | | 137 | 5% | 62 | 19 | 1.111 | | |
| | Barnemedisin | 505 | | | 776 | 5% | 349 | 168 | 6.301 | | |
| | Nyfødtintensiv | 0 | | | 616 | 0% | 0 | 0 | 5.265 | | |
| Klinikk D i alt | | 560 | | | 2.544 | | 1.325 | 187 | 20.907 | | |
| E - | Klinikk for kreft og kirurgi | | | | | | | | | | |
| | Urologi | 133 | | | 238 | 5% | 107 | 43 | 1.936 | | |
| Klinikk E i alt | | 133 | | | 238 | | 107 | 43 | 1.936 | | |
| F - | Hjerte-, lunge- og karklinikk | | | | | | | | | | |
| | Hjertemedisin | 1.413 | | | 932 | 5% | 419 | 587 | 7.572 | | |
| | Lungemedisin | 551 | | | 762 | 5% | 343 | 213 | 6.189 | | |
| | Thoraxkirurgi | 336 | | | 1.774 | 5% | 798 | 124 | 14.411 | | |
| Klinikk F i alt | | 2.299 | | | 3.468 | | 1.561 | 924 | 28.171 | | |
| G - | Klinikk for spesialise- rt medisin og kirurgi | | | | | | | | | | |
| | Gastrokirurgi | 225 | | | 630 | 5% | 284 | 81 | 5.118 | | |
| | Kirurgi, transplantasjon | 41 | | | 702 | | 0 | 14 | 6.004 | | |
| | Barnekirurgi | 198 | | | 423 | 5% | 190 | 70 | 3.438 | | |
| | Generell indremedisin | 0 | | | 0 | 5% | 0 | 0 | 3 | | |
| | Infeksjonsmedisin | 147 | | | 163 | 5% | 74 | 55 | 1.327 | | |
| | Hematologi | 59 | | | 466 | 5% | 210 | 20 | 3.788 | | |
| | Nyremedisin | 93 | | | 294 | 5% | 132 | 29 | 2.386 | | |
| | Gastromedisin | 289 | | | 351 | 5% | 158 | 102 | 2.850 | | |
| | Hudsykdommer | 49 | | | 384 | 5% | 173 | 16 | 3.120 | | |
| | Revmatologi | 454 | | | 441 | 5% | 198 | 153 | 3.581 | | |
| Klinikk G i alt | | 1.555 | | | 3.855 | | 1.419 | 541 | 31.615 | | |
| I alt | | 6.833 | | | 14.426 | | 6.698 | 2.442 | 117.388 | 49.432 | |

Og til slutt beregnes dagbehandling og poliklinikk.

Rikshospitalet - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/eff dag og poliklinikk - samhandling | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|---|---|
| | | Polikl kons for overført til dag | Poliklin kons for overført og utskrevet fra obs | Poliklinisk e kons 2025 - reduisert med 5 % | Dagoppho ld 2025 - reduisert med 5 % |
| B - | Medisinsk Endokrinologi | 0 | 0 | 6.657 | 544 |
| Klinikk B i alt | | 0 | 0 | 6.657 | 544 |
| C - Klinikk for kirurgi og neurofag | Ortopedi | 134 | 0 | 10.378 | 4.152 |
| | Plastikk- og rekonstruktiv kirurgi | 161 | 0 | 8.126 | 1.338 |
| | Øye | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | ØNH | 444 | 0 | 19.244 | 4.277 |
| | Fysikalsk medisin og rehabilitering | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Kjevekirurgi og sykehusodontologi | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Nevrokirurgi | 419 | 0 | 4.848 | 1.306 |
| | Nevropsykiatri og psykosomatikk | 0 | 0 | 262 | 0 |
| | Nevrologi | 334 | 0 | 5.197 | 1.893 |
| | Voksenhabilitering | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Kompleks epilepsi | 0 | 0 | 2.862 | 0 |
| Klinikk C i alt | | 1.494 | 0 | 50.917 | 12.967 |
| D - Kvinne- og barneklini kken | Føde (ekskl. nyfødte) | 0 | 0 | 34.102 | 627 |
| | Gynekologi | 38 | 0 | 2.397 | 842 |
| | Barnemedisin | 337 | 0 | 6.520 | 2.673 |
| | Nyfødtintensiv | 0 | 0 | 0 | 20 |
| Klinikk D i alt | | 375 | 0 | 43.019 | 4.162 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Urologi | 87 | 0 | 1.788 | 453 |
| Klinikk E i alt | | 87 | 0 | 1.788 | 453 |
| F - Hjerte-, lunge- og karklinikk | Hjertemedisin | 1.174 | 0 | 12.424 | 6.223 |
| | Lungemedisin | 426 | 0 | 1.820 | 1.227 |
| | Thoraxkirurgi | 248 | 0 | 1.921 | 863 |
| Klinikk F i alt | | 1.847 | 0 | 16.164 | 8.313 |
| G - Klinikk for spesialise rt medisin og kirurgi | Gastrokirurgi | 163 | 0 | 713 | 546 |
| | Kirurgi, transplantasjon | 29 | 0 | 115 | 112 |
| | Barnekirurgi | 141 | 0 | 329 | 928 |
| | Generell indremedisin | 0 | 0 | 2.123 | 834 |
| | Infeksjonsmedisin | 111 | 0 | 1.031 | 827 |
| | Hematologi | 39 | 0 | 2.912 | 411 |
| | Nyremedisin | 57 | 0 | 6.966 | 2.787 |
| | Gastromedisin | 204 | 0 | 2.201 | 910 |
| | Hudsykdommer | 31 | 0 | 37.504 | 1.061 |
| | Revmatologi | 306 | 0 | 4.575 | 1.795 |
| Klinikk G i alt | | 1.082 | 0 | 58.468 | 10.211 |
| I alt | | 4.884 | 0 | 177.013 | 36.650 |

Vedlegg 4.

Pasientframskrivning Ullevål Sykehus

Nåværende pasientaktivitet og framskrivningen til 2025 for Ullevål Sykehus illustreres i tabellen nedenfor.

Etter overføring av pasientaktivitet til Ahus og Vestre Viken blir gjenværende pasientaktivitet følgende målt i 2009 tall følgende:

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Normale senger | | Hotell | | Obs-senger | | Dag/poliklinikk | |
|---|---|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------|
| | | Avdelings- opphold | Ligge- dager i normal seng | Avdelings- opphold | Ligge- dager | Opphold | Ligge- dager | Dag- opphold | Poli-klinikk |
| B - Medisinsk klinikk | Hjertemedisin | 2.696 | 10.336 | 2 | 2 | | | 402 | 6.408 |
| | Lungemedisin | 1.038 | 6.775 | | | | | 175 | 13.727 |
| | Nyremedisin | 1.037 | 6.967 | | | | | 11.446 | 4.907 |
| | Gastromedisin | 723 | 3.920 | 1 | 5 | | | 532 | 6.647 |
| | Infeksjonsmedisin | 1.349 | 9.602 | 1 | 1 | | | 106 | 7.416 |
| | Geriatrici | 1.535 | 14.113 | | | | | 2.384 | 1.737 |
| | Forebyggende medisin ME/CFS | | | | | | | | 6.271 |
| | Akuttmedisin | | | | | 2.904 | 3.941 | | 759 |
| | Klinikk B i alt | | 8.378 | 51.713 | 4 | 8 | 2.904 | 3.941 | 15.044 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 4.017 | 13.539 | 1.265 | 2.335 | | | 2.550 | 105.226 |
| | Plastikk- og rekonstr. | 994 | 4.870 | | | | | 670 | 4.161 |
| | Øye | 1.442 | 4.694 | 34 | 45 | | | 9.668 | 40.079 |
| | Fysikalsk medisin og Kjevekirurgi og sykeh | 166 | 1.948 | 8 | 62 | | | 117 | 3.659 |
| | Nevrokirurgi | 0 | 0 | | | | | 21 | 3.538 |
| | Nevrokirurgi | 2.008 | 7.409 | 24 | 340 | | | 401 | 7.332 |
| | Nevrologi | 1.169 | 5.637 | | | | | 571 | 10.391 |
| | Voksenhabilitering | 0 | 0 | | | | | 0 | 3.289 |
| Klinikk C i alt | | 9.796 | 38.097 | 1.331 | 2.782 | | | 13.998 | 177.676 |
| D - Kvinne- og barneklirikken | Føde (ekskl. nyfødte) | 9.680 | 12.736 | 4.546 | 10.605 | | | 6.537 | 30.007 |
| | Gynekologi | 1.440 | 2.721 | 1 | 2 | | | 4.787 | 19.933 |
| | Gynekologisk kreft | 856 | 3.124 | | | | | 658 | 49 |
| | Barnemedisin | 2.814 | 11.800 | | | | | 1.842 | 16.154 |
| | Barnehabilitering | 0 | 0 | | | | | 636 | 5.134 |
| | Nyfødtintensiv | 1.052 | 9.427 | | | | | 141 | 1 |
| | Barnekirurgi | 906 | 3.363 | | | | | 1.009 | 1.536 |
| Klinikk D i alt | | 16.748 | 43.170 | 4.547 | 10.607 | | | 15.611 | 72.815 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Onkologi | 1.938 | 12.661 | 1 | 4 | | | 7.368 | 16.372 |
| | Gastrokirurgi | 3.751 | 14.138 | | | | | 354 | 5.804 |
| | Bryst- og endokrinkir. | 0 | 0 | | | | | 0 | 3.819 |
| Klinikk E i alt | | 5.689 | 26.799 | 1 | 4 | | | 7.721 | 25.994 |
| F - Hjerne-, lunge- og karklinikk | Hjertemedisin | 1.492 | 3.260 | | | | | 390 | 5.170 |
| | Thoraxkirurgi | 1.787 | 4.833 | 799 | 1.135 | | | 292 | 886 |
| Klinikk F i alt | | 3.279 | 8.093 | 799 | 1.135 | | | 682 | 6.055 |
| G - Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | Hematologi | 779 | 4.911 | 63 | 95 | | | 817 | 5.847 |
| | Klinikk G i alt | 779 | 4.911 | 63 | 95 | 0 | 0 | 817 | 5.847 |
| H - akuttlinikken | Akuttmottak | | | | | 3.899 | 1.808 | | |
| | Klinikk H i alt | | | | | 3.899 | 1.808 | | |
| I alt | | 44.668 | 172.782 | 6.745 | 14.631 | 6.803 | 5.749 | 53.873 | 336.259 |

Nyremedisin er inkl. dialyse, nevrokirurgi er inkl. nakke-rygg poliklinikk, barnemedisin er inkl. hjemmesengepost

Deretter foretas det en demografisk framskrivning og en 10 % realvekstøking for gynekologisk kreft, onkologi og bryst- og endokrinkirurgi. Dessuten tillegges de tilbakeførte fødsler fra Vestre Viken. Resultatet herav er følgende:

Ullevål Sykehus - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Demografisk framskriving + realvekst 1) + tilbakeførte fødsler fra VV 3) | | | | | | |
|--|--------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------|------------------|
| | | Avd- opphold | Ligge- dager i normal seng | Ligge- dager i hotell | Opphold i obs seng | Ligge- dager i obs seng | Dag- opphold | Poli- klinikk |
| B - Medisinsk klinikk | Hjertemedisin | 3.443 | 13.066 | 2 | | | 529 | 8.398 |
| | Lungemedisin | 1.343 | 8.775 | 0 | | | 201 | 16.785 |
| | Nyremedisin 2) | 1.286 | 8.636 | 0 | | | 22.233 | 6.370 |
| | Gastromedisin | 891 | 4.744 | 5 | | | 646 | 8.375 |
| | Infeksjonsmedisin | 1.650 | 11.749 | 1 | | | 131 | 8.957 |
| | Geriatrici | 1.788 | 16.392 | 0 | | | 3.003 | 2.309 |
| | Forebyggende medisin ME/CFS | | | | | | | 7.772 |
| | Akuttmedisin | | | | 3.561 | 4.828 | | 874 |
| Klinikk B i alt | | 10.400 | 63.361 | 9 | 3.561 | 4.828 | 26.743 | 59.840 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 4.839 | 16.692 | 2.692 | | | 3.037 | 127.986 |
| | Plastikk- og rekonstrukt | 1.170 | 5.697 | 0 | | | 832 | 5.100 |
| | Øye | 1.799 | 5.881 | 49 | | | 12.955 | 51.180 |
| | Fysikalsk medisin og re | 218 | 2.621 | 60 | | | 140 | 4.433 |
| | Kjevekirurgi og sykehus | 0 | 0 | 0 | | | 24 | 4.218 |
| | Nevrokirurgi | 2.469 | 9.166 | 377 | | | 468 | 9.004 |
| | Nevrologi | 1.451 | 7.048 | 0 | | | 716 | 12.997 |
| | Voksenhabilitering | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 3.904 |
| Klinikk C i alt | | 11.947 | 47.104 | 3.178 | | | 18.172 | 218.821 |
| D - Kvinne- og barneklinnen | Føde (ekskl. nyfødte) | 13.069 | 21.489 | 10.743 | | | 8.134 | 40.575 |
| | Gynekologi | 1.722 | 3.276 | 3 | | | 5.587 | 23.420 |
| | Gynekologisk kreft | 1.146 | 4.332 | 0 | | | 924 | 70 |
| | Barnemedisin | 3.587 | 15.142 | 0 | | | 2.366 | 20.793 |
| | Barnehabilitering | 0 | 0 | 0 | | | 799 | 6.602 |
| | Nyfødtintensiv | 1.328 | 11.938 | 0 | | | 176 | 1 |
| | Barnekirurgi | 1.120 | 4.105 | 0 | | | 1.280 | 1.935 |
| Klinikk D i alt | | 21.973 | 60.281 | 10.746 | | | 19.265 | 93.397 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Onkologi | 2.796 | 18.331 | 5 | | | 10.789 | 23.753 |
| | Gastrokirurgi | 4.737 | 17.894 | 0 | | | 434 | 7.411 |
| | Bryst- og endokrinkirurg | 0 | 0 | 0 | | | 0 | 5.346 |
| Klinikk E i alt | | 7.533 | 36.225 | 5 | | | 11.223 | 36.509 |
| F - Hjerter-, lunge- og karklinikk | Hjertemedisin | 1.901 | 4.177 | 0 | | | 495 | 6.662 |
| | Thoraxkirurgi | 2.356 | 6.581 | 1.291 | | | 387 | 1.159 |
| Klinikk F i alt | | 4.257 | 10.757 | 1.291 | | | 882 | 7.821 |
| G - Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | Hematologi | 943 | 5.909 | 97 | | | 1.079 | 7.535 |
| | | | | | | | | |
| Klinikk G i alt | | 943 | 5.909 | 97 | | | 1.079 | 7.535 |
| H - akuttlinikken | Akuttmottak | | | | 4.788 | 2.216 | | |
| Klinikk H i alt | | 0 | 0 | 0 | 4.788 | 2.216 | 0 | 0 |
| I alt | | 57.053 | 223.638 | 15.326 | 8.348 | 7.044 | 77.364 | 423.924 |

***) Det forutsettes at 40 % av obs pasientene overføres til sengepost. For disse pasientene spares ½ dags liggetid

****) Det forutsettes at 50 % av overførte dagpasienter overnatter en gang i hotell

1) Det regnes med 10 % realvekst for onkologi, bryst- og endokrinkirurgi samt gynekologisk kreft. Dessuten regnes med realvekst for dialyse, se fotnote 2)

2) Dagbehandling i nyremedisin er dialyse. Aktivitet i 2009 ekskl. overførte var 11.000 fremskrevet demografisk til ca. 15.000. I perioden må regnes med en fordobling. Dvs. det tillegges 7000 dagbesøk som realvekst

3) Tilbakeførte fødsler fra VV utgjorde 1000 fødsler i 2009. Data fremskrives til 2025 med den demografiske utviklingen for føde i US: 1224 døgnopphold, 4863 liggedager, 104 dagopphold og 5633 polikliniske kons

Neste trinn er å beregne effekt av omstilling og effektivisering, jf forutsetningene beskrevet i avsnitt 6.7.

Først beregnes omstilling av døgnopphold, hvor inneliggende pasienter overføres til dagbehandling og til innleggelse i observasjonsseng.

Ullevål Sykehus - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/eff, avd-opphold - samhandling | | | |
|---|--------------------------|---|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | | Overført til dag *) | Overført til obs **) | Overført til seng fra obs (40% ***) | Avd-opphold 2025 (reduisert med 5%) |
| B - Medisinsk klinikk | Hjertemedisin | 246 | 1.021 | 408 | 2.455 |
| | Lungemedisin | 152 | 101 | 41 | 1.073 |
| | Nyremedisin 2) | 38 | 168 | 67 | 1.089 |
| | Gastromedisin | 61 | 153 | 61 | 701 |
| | Infeksjonsmedisin | 23 | 335 | 134 | 1.354 |
| | Geriatrici | 2 | 169 | 68 | 1.600 |
| | Forebyggende medisin | | | | 0 |
| | ME/CFS | | | | 0 |
| | Akuttmedisin | | | | 0 |
| Klinikk B i alt | | 523 | 1.948 | 779 | 8.273 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 374 | 430 | 172 | 3.996 |
| | Plastikk- og rekonstrukt | 124 | 157 | 63 | 904 |
| | Øye | 205 | 290 | 116 | 1.349 |
| | Fysikalsk medisin og re | 2 | 5 | 2 | 202 |
| | Kjevekirurgi og sykehus | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Nevrokirurgi | 237 | 563 | 225 | 1.800 |
| | Nevrologi | 33 | 387 | 155 | 1.127 |
| | Voksenhabilitering | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Klinikk C i alt | | 975 | 1.832 | 733 | 9.379 |
| D - Kvinne- og barneklirikken | Føde (ekskl. nyfødte) | 0 | 0 | 0 | 13.069 |
| | Gynekologi | 486 | 239 | 95 | 1.038 |
| | Gynekologisk kreft | 118 | 216 | 86 | 854 |
| | Barnemedisin | 164 | 609 | 244 | 2.904 |
| | Barnehabilitering | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Nyfødintensiv | 0 | 0 | 0 | 1.262 |
| | Barnekirurgi | 63 | 425 | 170 | 762 |
| Klinikk D i alt | | 832 | 1.489 | 596 | 19.889 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Onkologi | 245 | 196 | 78 | 2.311 |
| | Gastrokirurgi | 707 | 806 | 322 | 3.369 |
| | Bryst- og endokrinkirurg | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Klinikk E i alt | | 952 | 1.002 | 401 | 5.680 |
| F - Hjerter-, lunge- og karklinikk | Hjertemedisin | 25 | 985 | 394 | 1.221 |
| | Thoraxkirurgi | 66 | 76 | 30 | 2.132 |
| Klinikk F i alt | | 92 | 1.060 | 424 | 3.353 |
| G - Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | Hematologi | | 202 | 81 | 781 |
| Klinikk G i alt | | 0 | 202 | 81 | 781 |
| H - akuttlinikken | Akuttmottak | | 0 | 0 | 0 |
| Klinikk H i alt | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| I alt | | 3.374 | 7.533 | 3.013 | 47.355 |

Der etter beregnes framskriving av liggedagene:

Ullevål Sykehus - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/effektivisering, liggedager - samhandling | | | | | | | | | |
|--|--------------------------------|--|---|--|-------------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|--------------------------------|---|
| | | Red liggedager pga. overført til dag | Red liggedager for pas som utskr fra obs (60%) | Red liggedager for pas som overf til seng (40%) | Red av rest- liggedager (20%) | % sats for overf av restliggedag er til hotell | Overførte liggedager til hotell | Liggedager hotell overførte dagpas | Liggedager i normal seng 2025 - redusert med 5 % | Liggedager i hotell 2025 | Liggedager i obs 2025 (1 dag/pas) |
| B - Medisinsk klinikk | Hjertemedisin | 280 | 798 | 204 | 2.357 | 5% | 471 | 123 | 8.507 | 596 | 1.021 |
| | Lungemedisin | 195 | 94 | 20 | 1.693 | 5% | 339 | 76 | 6.112 | 415 | 101 |
| | Nyremedisin 2) | 70 | 145 | 34 | 1.677 | 5% | 335 | 19 | 6.056 | 355 | 168 |
| | Gastromedisin | 75 | 137 | 31 | 900 | 5% | 180 | 31 | 3.250 | 216 | 153 |
| | Infeksjonsmedisin | 31 | 299 | 67 | 2.270 | 5% | 454 | 11 | 8.196 | 467 | 335 |
| | Geriatrici | 4 | 150 | 34 | 3.241 | 5% | 648 | 1 | 11.700 | 649 | 169 |
| | Forebyggende medisin ME/CFS | | | | | 5% | | | | | |
| | Akuttmedisin | | | | | | | | | | 3.561 |
| Klinikk B i alt | | 655 | 1.623 | 390 | 12.139 | | 2.428 | 262 | 43.821 | 2.698 | 5.508 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 499 | 374 | 86 | 3.147 | 0% | 0 | 187 | 11.957 | 2.879 | 430 |
| | Plastikk- og rekonstrukt | 196 | 146 | 31 | 1.065 | 5% | 213 | 62 | 3.843 | 275 | 157 |
| | Øye | 304 | 275 | 58 | 1.049 | 10% | 420 | 103 | 3.587 | 571 | 290 |
| | Fysikalsk medisin og re | 4 | 5 | 1 | 522 | 0% | 0 | 1 | 1.985 | 61 | 5 |
| | Kjevekirurgi og sykehus | 0 | 0 | 0 | 0 | 5% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Nevrokirurgi | 338 | 474 | 113 | 1.648 | 0% | 0 | 118 | 6.263 | 495 | 563 |
| | Nevrologi | 48 | 333 | 77 | 1.318 | 5% | 264 | 17 | 4.758 | 280 | 387 |
| | Voksenhabilitering | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Klinikk C i alt | | 1.388 | 1.608 | 366 | 8.748 | | 896 | 487 | 32.393 | 4.561 | 1.832 |
| D - Kvinne- og barneklirikken | Føde (ekskl. nyfødte) | 0 | 0 | 0 | 4.298 | 0% | 0 | 0 | 17.192 | 10.743 | 0 |
| | Gynekologi | 621 | 192 | 48 | 483 | 5% | 97 | 243 | 1.744 | 343 | 239 |
| | Gynekologisk kreft | 158 | 176 | 43 | 791 | 5% | 158 | 59 | 2.855 | 217 | 216 |
| | Barnemedisin | 224 | 523 | 122 | 2.855 | 5% | 571 | 82 | 10.305 | 653 | 609 |
| | Barnhabilitering | 0 | 0 | 0 | 0 | 0% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Nyfødtintensiv | 0 | 0 | 0 | 2.388 | 0% | 0 | 0 | 9.073 | 0 | 0 |
| | Barnekirurgi | 81 | 314 | 85 | 725 | 5% | 145 | 32 | 2.617 | 177 | 425 |
| Klinikk D i alt | | 1.085 | 1.204 | 298 | 11.539 | | 971 | 416 | 43.786 | 12.133 | 1.489 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Onkologi | 338 | 177 | 39 | 3.555 | 5% | 711 | 123 | 12.835 | 839 | 196 |
| | Gastrokirurgi | 942 | 689 | 161 | 3.221 | 5% | 644 | 353 | 11.626 | 998 | 806 |
| | Bryst- og endokrinkirurg | 0 | 0 | 0 | 0 | 5% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Klinikk E i alt | | 1.279 | 866 | 200 | 6.776 | | 1.355 | 476 | 24.461 | 1.836 | 1.002 |
| F - Hjerter-, lunge- og karklinikk | Hjertemedisin | 29 | 751 | 197 | 640 | 5% | 128 | 13 | 2.310 | 141 | 985 |
| | Thoraxkirurgi | 91 | 66 | 15 | 1.282 | 0% | 0 | 33 | 4.870 | 1.324 | 76 |
| Klinikk F i alt | | 120 | 818 | 212 | 1.921 | | 128 | 46 | 7.180 | 1.465 | 1.060 |
| G - Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | Hematologi | 26 | 176 | 40 | 1.133 | 0% | 0 | 0 | 4.533 | 97 | 202 |
| Klinikk G i alt | | 26 | 176 | 40 | 1.133 | | 0 | 0 | 4.533 | 97 | 202 |
| H - akuttlinikken | Akuttmottak | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 4.788 |
| Klinikk H i alt | | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 4.788 |
| I alt | | 4.554 | 6.293 | 1.507 | 42.257 | | 5.778 | 1.687 | 156.174 | 22.790 | 15.881 |

Og til slutt beregnes dagbehandling og poliklinikk

Ullevål Sykehus - framskriving til 2025

| Klinikk | Avdeling/spesialitet | Omstilling/eff dag og poliklinikk - samhandling | | | |
|---|---------------------------|---|---|--|------------------------------------|
| | | Polikl kons for overført til dag | Poliklin kons for overført og utskrevet fra obs | Poliklinisk e kons 2025 - redusert med 5 % | Dagopphold 2025 - redusert med 5 % |
| B - Medisinsk klinikk | Hjertemedisin | 246 | 613 | 8.793 | 736 |
| | Lungemedisin | 152 | 61 | 16.148 | 336 |
| | Nyremedisin 2) | 38 | 101 | 6.183 | 21.158 |
| | Gastromedisin | 61 | 92 | 8.101 | 672 |
| | Infeksjonsmedisin | 23 | 201 | 8.722 | 146 |
| | Geriatrici | 2 | 102 | 2.292 | 2.855 |
| | Forebyggende medisin | | | 7.383 | |
| | ME/CFS | | | 831 | |
| | Akuttmedisin | | | | |
| Klinikk B i alt | | 523 | 1.169 | 58.455 | 25.903 |
| C - Klinikk for kirurgi og nevrofag | Ortopedi | 374 | 258 | 122.188 | 3.241 |
| | Plastikk- og rekonstrukt | 124 | 94 | 5.052 | 908 |
| | Øye | 205 | 174 | 48.980 | 12.502 |
| | Fysikalsk medisin og re | 2 | 3 | 4.216 | 134 |
| | Kjevekirurgi og sykehus | 0 | 0 | 4.007 | 23 |
| | Nevrokirurgi | 237 | 338 | 9.100 | 670 |
| | Nevrologi | 33 | 232 | 12.599 | 711 |
| | Voksenhabilitering | 0 | 0 | 3.709 | 0 |
| Klinikk C i alt | | 975 | 1.099 | 209.851 | 18.189 |
| D - Kvinne- og barnekl. klinikk | Føde (ekskl. nyfødte) | 0 | 0 | 40.575 | 8.134 |
| | Gynekologi | 486 | 143 | 22.847 | 5.769 |
| | Gynekologisk kreft | 118 | 129 | 301 | 990 |
| | Barnemedisin | 164 | 366 | 20.257 | 2.404 |
| | Barnehabilitering | 0 | 0 | 6.272 | 759 |
| | Nyfødtintensiv | 0 | 0 | 1 | 167 |
| | Barnekirurgi | 63 | 255 | 2.141 | 1.276 |
| Klinikk D i alt | | 832 | 893 | 92.395 | 19.499 |
| E - Klinikk for kreft og kirurgi | Onkologi | 245 | 118 | 22.910 | 10.483 |
| | Gastrokirurgi | 707 | 483 | 8.171 | 1.084 |
| | Bryst- og endokrinkirurgi | 0 | 0 | 5.079 | 0 |
| Klinikk E i alt | | 952 | 601 | 36.160 | 11.567 |
| F - Hjerter-, lunge- og karklinikk | Hjertemedisin | 25 | 591 | 6.914 | 494 |
| | Thoraxkirurgi | 66 | 45 | 1.207 | 431 |
| Klinikk F i alt | | 92 | 636 | 8.121 | 925 |
| G - Klinikk for spesialisert medisin og kirurgi | Hematologi | 0 | 121 | 7.274 | 1.025 |
| Klinikk G i alt | | 0 | 121 | 7.274 | 1.025 |
| H - akuttklinikk | Akuttmottak | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Klinikk H i alt | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| I alt | | 3.374 | 4.520 | 412.255 | 77.107 |

Vedlegg 5.

Nåværende areal til ikke-medisinsk service, pasientservice, personalservice og sentraladministrasjon.

Registrering av nåværende areal til ikke-medisinsk service, personalservice, pasientservice og administrasjon

Nettoareal omfatter funksjonsrom, dvs. personal og pasientrom inkl. WC/dusj, lagerrom mv.

Forrom, korridorer, trafikareal og tekniske rom er ikke inneholdt i nettoareal

| Hovedfunksjon | Delfunksjon | Aker | | Rikshospitalet | | DNR | | Ullevål | | OUS i alt | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------|---------------|----------------|---------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | | Nettoareal | Bruttoareal | Nettoareal | Bruttoareal | Nettoareal | Bruttoareal | Nettoareal | Bruttoareal | Nettoareal | Bruttoareal |
| Ikke-medisinsk service | Sengehåndtering | 819 | 879 | 908 | 986 | 585 | 626 | 1.108 | 1.337 | 3.419 | 3.828 |
| | Journalarkiv | 389 | 437 | 1.162 | 1.256 | 365 | 408 | 1.271 | 1.563 | 3.187 | 3.664 |
| | Renhold | 497 | 586 | 476 | 555 | 280 | 327 | 1.143 | 1.286 | 2.397 | 2.755 |
| | IKT drift | 931 | 1.141 | 707 | 781 | 45 | 52 | 1.584 | 1.981 | 3.267 | 3.954 |
| | Sterilsentral | 851 | 946 | 745 | 798 | 409 | 443 | 1.327 | 1.706 | 3.332 | 3.893 |
| | FDVU drift og vedlikehold | 2.706 | 3.156 | 2.300 | 2.559 | 1.459 | 1.666 | 5.382 | 6.478 | 11.847 | 13.859 |
| | Transport og portør | 353 | 397 | 50 | 58 | 32 | 38 | 140 | 166 | 576 | 658 |
| | Sikkerhetstjeneste | 80 | 91 | 125 | 151 | 0 | 0 | 67 | 83 | 272 | 325 |
| | Sentralkjøkken | 1.171 | 1.377 | 1.097 | 1.202 | 810 | 922 | 2.540 | 2.880 | 5.618 | 6.380 |
| | Tøyhåndtering | 1.357 | 1.541 | 210 | 241 | 439 | 480 | 3.143 | 3.487 | 5.149 | 5.749 |
| | Sentrallager | 825 | 1.066 | 827 | 890 | 592 | 638 | 3.259 | 3.897 | 5.504 | 6.491 |
| | Kontorfunksjoner | 1.134 | 1.333 | 937 | 1.087 | 543 | 625 | 2.985 | 3.553 | 5.599 | 6.599 |
| | Garderobes | 197 | 227 | 58 | 66 | 131 | 150 | 593 | 498 | 979 | 941 |
| | Avfallshåndtering | 17 | 27 | 451 | 552 | 298 | 319 | 212 | 236 | 978 | 1.134 |
| | Beredskap | 0 | 0 | 21 | 25 | 0 | 0 | 64 | 75 | 85 | 100 |
| Medisinsk teknikk | | | 535 | 615 | 420 | 507 | 865 | 1.024 | 1.820 | 2.145 | |
| Ikke-medisinsk service i alt | | 11.129 | 12.977 | 10.551 | 11.755 | 6.279 | 7.053 | 25.091 | 29.752 | 53.050 | 61.536 |
| Personalservice | Garderobes | 1.484 | 1.793 | 2.959 | 3.377 | 883 | 1.014 | 3.064 | 3.578 | 8.391 | 9.762 |
| | Overnatting | 43 | 51 | 0 | 0 | 0 | 0 | 152 | 178 | 195 | 229 |
| | Kantine | 161 | 201 | 640 | 679 | 201 | 211 | 355 | 423 | 1.358 | 1.514 |
| | Barnehage | 14 | 16 | 2.461 | 2.803 | 0 | 0 | 4.393 | 5.221 | 6.868 | 8.040 |
| | Rekreasjon | 1.030 | 1.122 | 142 | 167 | 0 | 0 | 1.921 | 2.028 | 3.094 | 3.317 |
| | Fagorganisasjoner | 233 | 281 | 93 | 111 | 33 | 39 | 9 | 11 | 368 | 441 |
| Bedriftshelsetjeneste | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 126 | 158 | 126 | 158 | |
| Personalservice i alt | | 2.965 | 3.464 | 6.295 | 7.137 | 1.118 | 1.263 | 10.021 | 11.596 | 20.400 | 23.461 |
| Pasientservice | Prestetjeneste | 165 | 241 | 193 | 223 | 178 | 203 | 205 | 243 | 741 | 910 |
| | Næringsvirksomhet, pasie | 111 | 121 | 105 | 112 | 133 | 136 | 264 | 295 | 614 | 664 |
| | Næringsvirksomhet, butikt | 209 | 244 | 72 | 74 | 46 | 50 | 8 | 10 | 336 | 378 |
| | Pasientinformasjon | 36 | 39 | 27 | 28 | 130 | 144 | 890 | 1.063 | 1.082 | 1.274 |
| | Læring og mestring | 0 | 0 | 38 | 42 | 826 | 910 | 455 | 510 | 1.319 | 1.462 |
| | Pasientbibliotek | 0 | 0 | 62 | 71 | 81 | 87 | 244 | 275 | 387 | 434 |
| | Overnatting | 0 | 0 | 131 | 155 | 0 | 0 | 81 | 91 | 212 | 246 |
| Skole og barnehage | 0 | 0 | 96 | 108 | 0 | 0 | 0 | 0 | 96 | 108 | |
| Pasientservice i alt | | 521 | 645 | 724 | 814 | 1.394 | 1.531 | 2.147 | 2.487 | 4.786 | 5.477 |
| Administrasjon | Sentraladministrasjon | 1.495 | 1.742 | 2.876 | 3.280 | 694 | 806 | 8.076 | 9.668 | 13.141 | 15.496 |

Vedlegg 6.**Arealberegning, somatikk**

I dette avsnittet vises arealberegningen for OUS basert på pasientfremskrivningene vist i de forrige vedlegg samt bemanningen 2025, arealstandardene og utnyttelsesgrader.

Resultatet vises i en samletabell der viser de resulterende kapasiteter (senger, polikliniske standardrom, operasjonsstuer etc.) samt nettoarealene fordelt på funksjonsområder. Nederst i hver tabell vises bruttoarealet.

| Arealberegning OUS av 29.06.11. Scenarie 1: Alt er samlet ett sted | Antall enheter | Arealbehov kvm netto |
|---|---------------------------|---------------------------------|
| Akuttmottak/observasjonspost/prehospitale tjenester | | |
| Akuttmottak og prehospital | | 4.201 |
| Observasjonspost | 62 | 1.668 |
| Delsum | | 5.868 |
| Somatikk, klinikkene | | |
| Poliklinikker | 245 | 7.344 |
| Kliniske spesiallaboratorier | 184 | 7.344 |
| Dagområde | 313 | 4.925 |
| Sengeområde | 1193 | 34.969 |
| Hotellsenger | 391 | 8.998 |
| Intensiv | 66 | 3.281 |
| Stråleterapi | 38 | 7.612 |
| Fødestuer | 45 | 2.700 |
| Operasjon, dagkirurgi | 36 | 4.320 |
| Operasjon, inneliggende | 42 | 5.040 |
| Postoperativ | 131 | 3.299 |
| Kliniske støttefunksjoner | | 1.320 |
| Fysio- og ergoterapi | | 1.800 |
| Pasientservice | | 5.108 |
| Delsum | | 98.059 |
| Medisinsk service | | |
| Billeddiagnostikk | 88 | 6.780 |
| Laboratorier | | 15.753 |
| Apotek | | 2.340 |
| Sterilsentral/sterilforsyning | | 2.052 |
| Medisinsk teknikk | | 900 |
| Delsum | | 27.825 |
| Kontorområde | | |
| Kontorer, klinikker somatikk | | 16.763 |
| Møte, klinikker somatikk | | 2.911 |
| Kontorer, akutt og med service | | 7.963 |
| Møte, akutt og med service | | 1.658 |
| Delsum | | 29.295 |
| Intern service og administrasjon | | |
| Ledelse og administrasjon | | 5.004 |
| Personaleservice | | 18.767 |
| Ikke-medisinsk service | | 13.050 |
| Undervisning, personal | | 3.950 |
| Delsum | | 40.772 |
| Nettoareal i alt | | 201.819 |
| Beregnet bruttoareal (brutto/netto faktor 2,1) | | 423.819 |

Vedlegg 7.**Arealberegning, psykisk helse og avhengighet**

Her vises arealberegningen for psykisk helse og avhengighet i OUS:

| Psykisk helse og avhengighet - én lokalisasjon. Arealberegning av 24.10.11 | Kapasiteter | Arealbehov kvm netto |
|---|--------------------|-----------------------------|
| Akuttmottak | | |
| Akuttmottak og observasjon | | 896 |
| Delsum | | 896 |
| Behandling | | |
| Senger | 400 | 18 265 |
| Poliklinikk og spesialrom | 117 | 3 520 |
| Dagplasser | 24 | 480 |
| Klinisk støtte | | 1 040 |
| Delsum | | 23 305 |
| Kontorfunkjoner | | |
| Kontorer og møterom | | 10 861 |
| Delsum | | 10 861 |
| Service | | |
| Ledelse og administrasjon *) | | |
| Pasientservice | | 600 |
| Personaleservice | | 3 935 |
| Ikke-medisinsk service | | 3 600 |
| Undervisning, personal | | 880 |
| Delsum | | 9 015 |
| Nettoareal i alt | | 44 077 |
| Bruttoareal med B/N faktor 1,8 | | 79 339 |

*) Inneholdt i kontorfunksjoner

Vedlegg 8.**Arealbehov ved ulike scenarier.**

Her vises beregninger for arealbehov ved 3 ulike scenarier for somatikk og 3 ulike scenarier for psykisk helse og avhengighet.

Scenarier somatikk

I tabellen herunder er en oppstilling av de tre scenarier:

| Somatiske funksjoner | DNR | RH | US | I alt |
|---|---|--|---|----------------|
| Scenarie 1. Alt samlet ett sted | | | | |
| Senger (normal, obs og hotell) | | | | 1.646 |
| Sykehusfunksjoner, bruttoareal | | | | 423.819 |
| SSE, bruttoareal | | Alle funksjoner lokalisert ett sted | | 17.000 |
| FoU, bruttoareal | | | | 93.000 |
| I alt | | | | 533.819 |
| Scenarie 2. To lokaliseringer, DNR til RH, regionsfunksjoner fra US til RH | | | | |
| Senger (normal, obs og hotell) | | 958 | 721 | 1.678 |
| Sykehusfunksjoner, bruttoareal | | 222.953 | 217.375 | 440.328 |
| | DNR overført til RH | RH inkluderer DNR og regionsfkt (60 senger) fra US | US: inkluderer Aker og multitraume, avgir regionsfkt (60 senger) til RH | |
| SSE, bruttoareal | | 17.000 | | 17.000 |
| FoU, bruttoareal | | 46.500 | 46.500 | 93.000 |
| Bruttoareal i alt | | 286.453 | 263.875 | 550.328 |
| Scenarie 3. Tre lokaliseringer, regionsfunksjoner fra US til RH | | | | |
| Senger (normal, obs og hotell) | 295 | 663 | 721 | 1.678 |
| Sykehusfunksjoner, bruttoareal | 73.082 | 167.530 | 217.375 | 457.987 |
| | DNR i prinsipp uendret, men renovert/oppgradert | RH inkluderer regionsfkt (60 senger) fra US | US: inkluderer Aker og multitraume, avgir regionsfkt (60 senger) til RH | |
| SSE, bruttoareal | | 17.000 | | 17.000 |
| FoU, bruttoareal | 21.000 | 35.000 | 37.000 | 93.000 |
| Bruttoareal i alt | 94.082 | 219.530 | 254.375 | 567.987 |

Scenarier Psykisk helse og avhengighet

I tabellen nedenfor er en oppstilling av de to scenarier:

| Psykisk helse og avhengighet | US | Gaustad | DPS 2 steder | I alt |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|---|---------------|
| Scenarie 1 | | | | |
| Senger | 334 | | 66 | 400 |
| Bruttoareal | 65 313 | | 17 232 | 82 546 |
| | Alle PHA sykehusfunksjoner (ekskl. BUP poliklinikk) i US | | DPS funksjoner og BUP poliklinikk i DPS | |
| Bruttoareal, FoU | 6 400 | | 800 | 7 200 |
| Bruttoareal i alt | 71 713 | | 18 032 | 89 746 |
| Scenarie 2 | | | | |
| Senger | 184 | 150 | 66 | 400 |
| Bruttoareal | 35 570 | 31 760 | 17 232 | 84 563 |
| | Voksenpsykiatri, alderspsykiatri, akutt rus og avgiftning samt BUP (ekskl. poliklinikk) | Forsterkede plasser og avhengighet | DPS funksjoner og BUP poliklinikk | |
| Bruttoareal, FoU | 3200 | 3200 | 800 | 7 200 |
| Bruttoareal i alt | 38 770 | 34 960 | 18 032 | 91 763 |

Vedlegg 9. Innspill fra Klinikk I (diagnostikk og intervensjon)

Utvikling av laboratoriemedisin ved OUS mot 2025.

Nye teknologier – ny diagnostikk:

Det skjer en utvikling av laboratoriemetodikk som forventes å få stor betydning innen pasientdiagnostikk. Stikkord for utviklingen er storskalerte undersøkelser av DNA/RNA (*genomikk*), proteiner (*proteomikk*) og metabolitter (*metabolomikk*). Disse undersøkelsesmetodene har det til felles at de tar mål av seg til å undersøke "alt" i stedet for dagens undersøkelser som begrenser seg til ett gen, ett protein osv. De aktuelle teknologiene er i ulik grad modne for implementering i diagnostikk og vil utgjøre hjørnesteiner i utviklingen mot mer individualisert medisinsk behandling.

Genomikk, særlig i form av såkalt high throughput DNA sekvensering, er allerede på vei inn i genetisk diagnostikk og i diagnostikk av erhvervete mutasjoner i kreftdiagnostikk. Dette vil affisere en rekke av avdelingene i Klinikk for diagnostikk og intervensjon som medisinsk genetikk, farmakologi (farmakogenetikk), mikrobiologi (molekylær karakterisering av mikrober), immunologi (HLA typing m.m.), patologi (kreftdiagnostikk m.m.) og forventes å utgjøre en viktig og økende del av den diagnostiske virksomheten i 2025. Man må anta at en stadig økende del av befolkningen vil få sekvensert store deler (evt. hele) av sitt genom noe som reiser nye krav til IKT infrastruktur på flere plan, samt til personvern. Gjenbruk av genomikdata vil i økende grad bli aktuelt, og undersøkelsene genererer store datamengder som representerer en utfordring både mtp lagring, analyse og fleksibel bruk i den kliniske hverdag. Når det gjelder proteomikk og metabolomikk er disse per i dag i hovedsak forskningsverktøy, og det er usikkert hvor raskt disse teknologiene vil bli tatt i bruk i storskaladiagnostikk, men i en planlegging av OUS mot 2025 bør man ta høyde for at disse teknologiene vil kunne bli tatt i bruk i økende grad. Mange av utfordringene som gjelder innføring av high throughput DNA sekvensering (IKT infrastruktur, bioinformatikk) vil gjelde også her. Dette aktualiserer samling av sykehusets ressurser i spesialiserte sentre hvor man også bør se på samarbeidsflater mot særlig universitetet.

Nye laboratoriedrevne terapier – ex vivo:

Stamcelleforskning og genterapi er teknologier som mot 2025 vil kunne utvikles til å i større grad bli tatt i bruk terapeutisk i klinikken innen regenerativ medisin, immunterapi. Celleterapi er allerede i dag beste behandlingsalternativ for noen sykdommer. Mot 2025 vil trolig cellebaserte strategier kunne regenerere vev som ikke har for stort volum og består av få cellepopulasjoner. Reprogrammeringsstrategier vil gjøre det mulig å lage pasientderiverte organspesifikke celler som kan brukes i diagnostikk, for pasient-tilpasset medikamentell behandling og muligens for regenerativ terapi. Genterapi vil kunne behandle enkelt monogen-sykdommer. Rollen immunterapi vil spille er uavklart, men vil kunne bli stor. Celle- og genterapi vil være individualiserte behandlingsstrategier med store krav til kompetanse og laboratorieressurser.

Implikasjoner for klinisk virksomhet:

Innføring av storskalerte, effektive laboratorieundersøkelser vil kunne få store implikasjoner for klinisk virksomhet og vil kunne redusere behovet for kliniske utredninger ved OUS. Et eksempel kan illustrere dette. Det finnes et stort antall sykdommer som er forbundet med mental retardasjon, og en stor del av dem er genetiske. Mutasjoner i langt over 100 gener kan gi tilstanden; svært mange av formene er sjeldne, og det er estimert at nesten halvparten av barn med alvorlig mental retardasjon ikke får noen spesifikk diagnose i dag. Det tar ofte svært lang tid å utrede disse pasientene med ulike avanserte undersøkelsesmodaliteter, og mange av dem vil til slutt bli henvist til OUS. Med innføring av ny DNA sekvenseringsteknologi i diagnostikk vil disse pasientene raskt kunne få en genetisk diagnose som i mange tilfeller vil kunne redusere behovet for ytterligere utredninger.

Laboratoriefagene ved OUS må ligge i front regionalt og nasjonalt, og på bred front være godt oppdatert internasjonalt, på noen områder ledende. For å sikre en slik kvalitet i tilbudet for OUS' pasienter frem mot 2025, er det essensielt at den store forskningsinnsatsen som drives i laboratorieavdelingene understøttes og prioriteres.

Utvikling av patologi ved OUS mot 2025:

Overordnet ser man følgende framtidsbilder:

- Økt behov for raskere svar, dels brukerpåvirket
- Standardisering for å øke reproducerbarhet og effektivitet
- Mer komplisert diagnostikk (flere metoder), med økt behov for integrasjon av disse til et samlet svar (diagnose)
- Behov for metodeutvikling knyttet til nye biomedisinske forskningsresultater

Mer spesifikt for patologi sees følgende trender:

- Økt etterspørsel ift diagnostiske, prediktive og behandlingsbestemmende tester. Disse benytter oftest molekylære teknikker, og felles for disse er at man bruker parafinsnitt for avmerking av relevant svulstvev basert på morfologiske trekk.
- Overgang til digital patologi. Dette muliggjør et tettere samarbeid mellom fysisk atskilte avdelinger og reduserer behovet for lagerplass i patologiavdelinger
- Økt behov for integrasjon av varierende antall supplerende undersøkelser til en bestemt prøve. Visuell framstilling av slike prøvesvar.
- Redusert etterspørsel etter obduksjoner. Overgang til "elektronisk" obduksjon, virtopsi

Laboratoriefagene har i mange år vist økende spesialisering mot ulike metoder. Dette har vært knyttet til utvikling av fagenes egenart, f eks forståelse av immunsystemet og proteiners rolle i påvisning av sykdom. På mange måter konvergerer nå laboratoriefagene mot felles metoder, i særlig grad genteknologi. For patologi er også denne trenden sterk. Foreløpig kan imidlertid ikke teknologien nyttiggjøres fullt ut uten tett integrasjon med tradisjonell patologi, da i form av morfologisk bedømmelse av vev. Disse trender fanges opp av industrien som ønsker å utvikle skreddersydde produkter for raske prøvesvar tross kompliserte analyser, f eks multipleks metodologi som kan gi svar både på protein- og mRNA eller DNA-nivå framstilt i en test. I praksis vil patologien derfor sannsynligvis ta opp i seg nye metoder men fortsatt ha en basis i tradisjonell vevshåndtering i mange år framover. Ved overgang til digitalisering åpnes mulighet for visuell framstilling av svar i tilslutning til radiologiske bilder f eks innen kreftdiagnostikk.

Innen OUS innebærer for patologi den ovenfor nevnte utvikling at faglig aktivitet vil profitere på en fysisk samling av de ulike laboratoriene, mens det kan bli mulig å distribuere legegruppen på det antall sykehus som måtte bli realisert. De beskrevne trender får imidlertid konsekvenser for planlegging og gjennomføring av spesialistutdanning så vel i patologi som innen radiologi og øvrige laboratoriefag. Den sentrale plass KDI's tjenester har i pasientbehandlingen plasserer klinikken som en tung del av OUS' infrastruktur.

Laboratiebasert infeksjonsdiagnostikk (Mikrobiologi)

For Laboratiebasert infeksjonsdiagnostikk (MIKROBIOLOGI) vil denne utfordres faglig av følgende:

- Internasjonalisering av infeksjonspanoramaet som en konsekvens av økt reiseaktivitet.
 - Nye nordmenn med infeksjonsproblematikk fra opprinnelsesland.
- Alderssammensetning vil medføre økning i infeksjonsutsatte grupper
 - Nyfødte
 - En større gruppe eldre.
 - Disse vil ha økt risiko for infeksjoner;
 - bruke intensivmedisin dvs flere eldre vil gjennomgå mer omfattende terapeutiske inngrep.
- Generelt økt bruk av immunsuppressiva for ulike lidelser (revmatologi osv) medfører risiko for aktivering av tidligere infeksjoner (Tb)
- Økt utvikling av resistens mot antimikrobielle midler.
 - Et internasjonalt betydelig problem med avleggere til OUS.
- Redusert utvikling av nye antimikrobielle midler.
 - Dette er en kjent trend over de siste 10 år og den har ikke snudd.
 - Vil avstedkomme behov for raskere (genteknologi dvs PCR kvalitativt/kvantitativt;sekvensering) og mer eksakt diagnostikk av infeksjoner (nøyaktig resistensbestemmelse) for å sikre at rett middel blir anvendt.
- Beskrevne tekniske metoder vil i varierende grad anvendes.

- Det tilsier at bakteriologi vil minst kreve den plass den har i dag kompensert med automasjon for volum.
- Infeksjonsserologi og mol.diagnostikk vil øke sterkt i årene som kommer for å lette presset på bruk av antibakterielle midler på banale luftveisinfeksjoner.
- Infeksjonstilstander for sykehuspasientene vil antagelig være mer komplekse enn vi ser i dag og dette vil kreve kunne kreve mer omstendelig diagnostikk for utsatte grupper - noe vi ser starten av i dag.

IMM og blodbank

Økt transfusjonsbehov pga. en stadig eldre befolkning er en global utfordring som affiserer alle land med en moderne helsetjeneste. Samtidig blir det færre personer i aldersgruppen 18-67 år som kan godtas som blodgivere. Dette gir en utfordring på forsynings-siden. Det er behov for bedre koordinering av blodbankvirksomheten, spesielt i Oslo og tilstøtende sykehusområder der det er korte transportavstander og der det er samling av transfusjonskrevende regionsfunksjoner.

Utvikling av radiologi ved OUS mot 2025.

Behandling:

Tradisjonelt behandles pasienter enten indremedisinsk eller kirurgisk. Dette skillet er visket ut takket være innføringen av bildeassistert behandling. Sykehuset vil ha tre typer behandlingsrom: Konvensjonelle operasjonsstuer, behandlingsrom for kun bildeassistert behandling (intervensjonsrom), operasjonsrom der avansert bildeteknologi er integrert (hybridstuer). De vanligste bildemodalitetene som brukes til intervensjon er i dag angiografi, ultralyd, videoteknologi og til dels CT. Siden begynnelsen av 2000 tallet brukes også MR ved enkelte prosedyrer. Rollen til PET og optisk imaging i intervensjon er pr 2011 kun på idéstadiet, mens CT veiledet behandling forventes å øke. Innenfor stråleterapi er PET-CT, MR, Conebeam CT og ordinær CT verktøy i forbindelse med doseplanlegging og behandling. Robotteknologi benyttes i dag ved enkelte videoassisterte prosedyrer og det er sannsynlig at dette vil øke noe i løpet av de neste 15 år.

Det er sannsynlig at behovet for intervensjonsrom og kirurgiske hybridrom vil øke på bekostning av behovet for tradisjonelle operasjonsrom. Drift av slike hybridrom må samordnes og samlokaliseres med drift av konvensjonelle operasjonsstuer. Akuttmottaket må ha både CT og hybrid angiorom.

Diagnostikk:

Radiologisk diagnostikk er i dag basert på konvensjonell røntgen med eller uten kontrast, ultralyd, CT, MR og PET. På landsbasis har antallet konvensjonelle røntgenundersøkelser avtatt, antallet ultralydundersøkelser ligger stabilt, mens antallet CT- og MR-undersøkelser er fordoblet i perioden 2002 til 2008 (Strålevernrapport, 2010:12). Det er sannsynlig at denne trenden vil fortsette, non invasiv CT og MR vil fortsette å øke på bekostning av konvensjonell og invasiv røntgen. Hybride bildeteknikker som PET/CT og PET/MR vil øke i omfang og betydning. Optisk imaging vil bli mer brukt. Etter hvert vil nye teknikker som synchrotron radiation kunne bli viktig innenfor diagnostikk. Økt spesialisering og behov for best mulig utnyttelse av dyrt utstyr, taler for mest mulig samling av radiologisk virksomhet i sykehuset. På den annen side åpner utviklingen i IT-teknologi for desentralisering av bildedannende utstyr utenfor sykehus.

Det kan også være aktuelt å plassere bildedannende utstyr f. eks. i tilslutning til legesentre og sykehjem, men drevet av sykehusets radiologiske avdeling via nettverk.

Bildeforskning på dyr:

I hybride operasjonsstuer (operasjoner veiledet med angio, MR eller CT) kan det være behov for begrenset antall dyr i innføringsfasen/utviklingsfasen av nye metoder (klinisk medisin). I tillegg er det behov for dedikert dyre-PET, dyre-MR og kombinert MR/CT/PET for eksperimentelle undersøkelser (preklinisk). Det kan bli aktuelt å opprette en egen enhet for dyre-PET, dyre-MR og annen avansert bildeteknologi i tilslutning til forskningsbygg/dyrestall.

Metodeutvikling:

I fremtidens sykehus vil det være kostnadseffektivt å skille rutinebehandling og utviklende behandling, for å skape forutsigbarhet i rutinearbeidet og mest mulig effektiv kvalitetssik-

ring av nye metoder før de tas i bruk. Dette bør gjøres i en egen enhet med avansert utstyr for operasjon og intervensjon som Intervensjonsenteret i dag.

Utdanning:

Spesialisering bør starte tidligere enn i dag. Radiologitdanningen bør styrkes i klinisk retning, avhengig av subspesialisering. Bildediagnostiske hybridteknikker som PET/CT og PET/MR vil kreve dobbelspesialisering i radiologi og nukleærmedisin. Fremtidens "intervensjonsbehandlere" vil ha en kombinert kirurgisk og intervensjonsradiologisk kompetanse. Det vil skje en jobbglidning der radiografene overtar en del av de oppgavene som i dag tradisjonelt tilhører radiologene.

Vedlegg 10.**Innspill fra Klinikk A (psykisk helse og avhengighet)****Forsterkede plasser**

Det er parallelt med Arealutviklingsplan 2025 gjennomført en idéfase for enheter med forsterkede sengeplasser primært fra Dikemark til Gaustad. Enhetene har fellestrekk og behov for ganske likeartet bygningsmessig infrastruktur, fellesfunksjoner og felles sikkerhet. Felles fir pasientgruppene er at de krever høy bemanning med høy kompetanse og fagfolk som skal håndtere krevende utrednings- og behandlingsoppgaver i lukkede enheter. Det er derfor foreslått at flere funksjoner kan samles i og omkring en ny og formålstjenelig bygning på Gaustad sykehusområde. Ved å planlegge nytt vil det kunne planlegges for høy innebygget sikkerhet i bygningsmassen inkludert god oversikt og logistikk, atrier for sikkert uteopphold for pasienter uten samme risiko for rømning, med medfølgende personalressurser og tiltak etc. Samlet vil dette kunne gi en vesentlig gevinst.

Byomfattende funksjoner fra Dikemark

Samling av byomfattende funksjoner til Ullevål vil tilsvarende gi en vesentlig gevinst for både dag og døgnpasienttjenester. Alderpsykiatrisk avdeling på Dikemark vil få nærhet til ECT-behandling, støtte fra akuttpsykiatrisk avdeling og geriatrisk avdeling på Ullevål. Samlokalisering av egnet virksomhet med påfølgende mulighet for en mer robust behandlingsskjede mot DPS og kommune, skal gi gevinst med hensyn til pasientbehandling og ressursbruk. Det forventes økte muligheter for psykosepasientbehandling.

Akuttpsykiatri Ullevål

I et 2025 perspektiv må det sikres at akuttmottaket og øvrige poster har funksjonelle lokaler egnet for pasientbehandling av de dårligste pasientene. I idéfaseutredningen for Ullevål HF i 2006 forutsatte hovedalternativet riving av akuttpostene i bygg 32 og 35. En utfordring i dag er at disse byggene er satt på listen i forslaget til landsverneplan for Ullevål. Med fredete bygg er det enda vanskeligere å tenke seg drift i 32 og 35, og spørsmålet må tas opp med antikvar for mulig endring, der nybygg på sikt får handlingsrom for drifting av akuttpsykiatri ni funksjonelle og sikre bygg.

Avhengighet og avgiftning fra Aker

Integrering av avhengighet og avgiftning i psykisk helse og somatikk er til gjensidig gevinst og forutsetter samlokalisering av tjenester. Aker er i dag adresse for mottak og korttidsopphold for disse tjenestene, mens Gaustad har langtidsbehandling. Ved å flytte avhengighet og avgiftning til Ullevål sammen med øvrige byomfattende tiltak, akuttmottak og en tett forbindelse til somatikken, oppnås et bærekraftig fagmiljø som lettere vil være i sand til å ta de ulike utfordringene som endrer seg innen psykisk helse nye former for avhengighet.

Samlokalisering DPS

Samlokalisering av DPS-funksjoner i henholdsvis Nordre Oslo - og Søndre Oslo DPS vil gi et mer robust faglig miljø for ambulerende, dag-, poliklinisk- og døgnvirksomhet og gir mer effektiv utnyttelse av ressurser mellom disse og et mer bærekraftig miljø. Det er her forventet en gevinst på 5 % ved samlokalisering.

Endringer i behandlingstilbudet fremover

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er under omstilling og opptrapping. Siden rusreformen i 2004 har det vært arbeidet med å vri behandlingstilbudet fra langtid til korttidstilbud og fra døgn til dag/poliklinikk. Feltet er fortsatt preget av et fragmentert pasienttilbud og lang ventetid til døgnbehandling. Omstillingsarbeidet vil fortsette frem mot 2025. Dette innebærer i praksis at veksten innenfor tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) vil komme på poliklinikk/dagbehandling, mens sengetilbudet beholdes på nåværende nivå. Senter for rus og avhengighetsbehandling har en områdefunksjon innenfor TSB dvs. at hele Oslo unntatt bydelene Grorud, Stovner og Alna er opptaksområdet. Avdeling rus-akuttmottak har derimot hele Oslo som opptaksområde.

Private tjenesteleverandører

En betydelig andel av behandlingsskapasiteten i TSB utføres av private tjenesteaktører. Faglig arbeides det med å skape et mer helhetlig behandlingstilbud for pasientene noe

som vil innebære at OUS tar et større ansvar for Oslo-pasientene og at det er en tydeligere oppgave og funksjonsfordeling med de private aktørene.

Grenseflate til somatikk

20 % av pasientene innlagt i somatiske avdelinger har rusproblemer som en del av den bakenforliggende årsaken til innleggelsen. Det er derfor nødvendig med oppbygging og forsterkning av konsultasjonstjenester (liaison) for å følge opp disse pasientene. Arealmessig innebærer dette at i planlegging av somatiske sengeposter i lokalsykehuset reserveres rom til å gjennomføre konsultasjoner. Dette forsterker også betydningen av at rusakuttmottaket, avgiftningstilbudet samt Avdeling spesialiserte ruspoliklinikker er samlokalisert med resten av lokalsykehuset på sykehusområdet Ullevål.

Grenseflate psykisk helsevern

SRA har i dag 2 avgiftningsplasser reservert for pasienter innlagt etter tvangsbestemmelsene i Lov om sosiale tjenester og 3 regionale plasser i Avdeling avhengighetsbehandling voksne. Enkelte av pasientene er så utagerende at de trenger forsterkede skjermingsmuligheter. Utviklingen i sykdomsbilde tilsier at dette behovet øker i fremtiden. Idéfase nytt sikkerhetsbygg på Gaustad vil derfor planlegges med mulighet for etablere et skjermet avsnitt med 3 senger som kan brukes fleksibelt av SRA. Nybygg bør planlegges med atrium for å redusere rømningsfare.

Endringer i akutt og avgiftningstilbudet

Akutt og avgiftning er tilbud som har tette overlapp med somatisk og psykiatriske akuttmottak. Akutt og avgiftningstilbudet innenfor TSB er nå samlet på Aker sykehus. Det er svært viktig at denne funksjonen planlegges samlokalisert i umiddelbar nærhet til resten av lokalsykehuset på Ullevål sykehus.

Endring i Avdeling avhengighetsbehandling voksne

Avhengighetsbehandling voksne omstilles til å kunne ta et helhetlig ansvar for voksne rusmiddelavhengige i Oslo og vil gi tilbud om intermediær, kort og langtidsdøgntilbud (herunder tvang), samt poliklinikk, dagbehandling. Utredning vil være en integrert del av tilbudet. Tilbudet skal på sikt samles på Gamle Gaustad sykehus.

Endringer i Avdeling avhengighetsbehandling unge.

Avhengighetsbehandling unge er omstilt fra tradisjonelle behandlingsinstitusjoner og samlet på Gamle Gaustad sykehus. Avdelingen er bygd opp med korttidsbehandling, langtidsbehandling, dag og poliklinikk. Tilbudet planlegges utvidet med intermediært tilbud og ACT-team. Utredning vil være en integrert del av tilbudet.

Utredningspoliklinikken

Pasientflyten i TSB i dag er preget av at det ikke er tilstrekkelig utredning av pasientenes behandlingsbehov. Behandlingsavdelingene i SRA vil derfor etablere en felles poliklinikk med hovedansvar for utredning av pasientene. Intermediære døgnplasser i både avdeling avhengighetsbehandling unge og voksne vil fungere som sengestøtte.

Avdeling spesialiserte poliklinikker

Avdeling spesialiserte poliklinikker har i tillegg til avhengighetspoliklinikken, 2 LAR (legemiddelassistert rehabilitering) -poliklinikker samt et nasjonalt/regionalt kompetansesenter. Det ble implementert nye LAR retningslinjer fra 2010 som innebærer at opiat avhengighet er eneste inklusjonsgrunn til behandlingen. Ved innføringen av LAR ser vi at pasientenes levealder har økt betraktelig slik at antatt behov for LAR, med poliklinisk behandling og døgninnleggelser, vil øke mer enn hva befolkningsveksten skulle tilsi. LAR er en livslang behandling som innebærer et kontinuerlig spesialistansvar hvor også all medikamentbehandling finansieres av spesialisthelsetjenesten.

Overføringen til Ahus

Klinikk psykisk helse og avhengighet har overført en intermediær sengepost med 7 døgnplasser samt to ruspoliklinikker til Ahus. Resterende overføringen ble utsatt i påvente av avklaring av inntektsmodell og reguleres av denne.

Vedlegg 11.**Innspill fra klinikk F (Hjerte- lunge- og karklinikken)**

Innspill til AREAL OUS 2025

Svend Aakhus

Klinikk F

Forventet utvikling innen kliniske fag innen hjerte, lunge- og kar feltet frem mot 2025.

- Befolkningens endring i alderssammensetning, med økende antall eldre og derved en forutsigbar økning i degenerative sykdommer ("slitasjesykdommer") som hjerte- og karsykdom, hjerneslag, og kroniske lungesykdommer inkludert lungekreft.
- Pasienter med livsløpssykdom pga medfødte anomalier /sykdommer og multiple, eventuelt sekvensielle behandlinger inkludert tverrfaglige vurderinger
- Økende krav til spesialisert behandling ved sentra med stor erfaring
- Etablering av nye behandlingsprinsipper
 - videreføring av akuttbehandling av hjerteinfarkt som ble kateterbasert rundt år 2000, og derved sentralisert til 5 regionsykehus i Norge, mot tidligere standardbehandling ved alle sykehus. Akutt intervensjon vil i enda større grad prege koronarvirksomheten på bekostning av den elektive virksomheten, og vil gjøre virksomheten mindre forutsigbar med hensyn på planlagt aktivitet. På den annen side vil et økende antall pasienter ha behov for oppfølging og eventuell reintervensjon.
 - Alvorlig hjertesvikt med TX og økende bruk av mekaniske pumper.
 - Endring fra store åpne kirurgiske inngrep til mini-invasive og kateterbaserte prinsipper for behandling, som koronarsykdom, ulike typer klaffesykdommer, arytmier, medfødte hjertesykdommer, lungesykdommer og karsykdommer.
 - Genetisk og molekylær diagnostikk kan forventes å bli innført i større skala og dermed gi bedre risikovurdering, etablere nye behandlingsprinsipper for både hjerte-, kar og lungesykdom
 - Stamcellebehandling forventes en viktig plass i behandling av kronisk hjertesykdom, som hjertesvikt.
- Spesialister innen hjerte, kar og lunge vil dels initiere, dels utvikle og ta i bruk nye og bedre teknikker for behandling av hjerte, kar og lungesykdommer.
- Det vil bli en overføring av behandling fra åpen kirurgi til miniinvasiv og intervensjonell behandling, tildels som kombinerte prosedyrer innen alle fagfeltene.
- Miniaturiserte systemer for diagnostikk (f.eks. ultralyd) vil være tilgjengelig for bedside bruk.
- Kombinerte operasjonsenheter og intervensjonslaboratorier (hybrid) vil få økende betydning og forutsetter integrasjon av utstyr for bildediagnostikk. Disse behandlingseenhetene vil da tillate samtidig intervensjonsbehandling og operasjon. Eksempler på dette er kateterbasert implantasjon av hjerteklaffer og behandling av aortasykdom som begge allerede er etablert. Disse pasientgruppene vil øke, både som følge av aldring, men også redusert risiko ved behandling, bedret medisinsk teknologi og større krav til behandling i den aldrende befolkningen.

Arealbehov: sengeareal, laboratorier, operasjonsstuer

Diagnostikk og behandling vil i økende grad foregå i klinikken, dvs at pasienter utredes og behandles i de kliniske avdelingene.

- Dette fordrer at areal for avansert diagnostikk (angiografi, intervensjonskardiologi, ultralyd, MR, CT) også avsettes innenfor de kliniske avdelingene.
- Intervensjonslaboratorium (angiografi), evt med CT/MRI lab må planlegges i tilslutning til akuttmottak siden akuttbehandling av hjerte- og avansert aortasykdom er et hovedansvar for klinikken.
- Det vil være viktig å planlegge fleksibilitet av sykehusets arealer og infrastrukturer som tåler endringer i sykdomspanorama, diagnostikk og behandling.
- Det reelle romarealet for medisinsk overvåkningssenger må være tilpasset behovet for avansert medisinsk utstyr som ofte omgir disse pasientene.

- Planlegging av operasjonsstuer bør ta hensyn til utvikling i retning av kombinerte operasjonsenheter og intervensjonslaboratorier (hybrid).

Overvåkingsbehov

De tyngste pasientgruppene vil forventes å øke i størrelse. Dette gjelder spesielt pasienter med mange parallelle medisinske problemer med behov for avansert behandling. Behovet for avanserte overvåkings og intensivenheter vil derfor ikke reduseres. Det vil derimot være behov for både:

- generelle, organsystemrettede, spesialiserte enheter for koronarpasienter som fortsatt vil være en stor gruppe, så vel som multisyke pasienter med hovedproblem i thoraxorganer eller karsystem.
- mer spesifikke tverrfaglig orienterte enheter. Et eksempel på dette er enheter for avansert hjertesviktbehandling hvor skolering, medikamentell behandling, implanteringer med henblikk på resynkronisering og rytmekontroll, mekanisk understøttelse eller transplantasjon.

Poliklinikk/dagbehandling

- Arealer for poliklinikk og dagbehandling bør planlegges med muligheter for samtidig, tverrfaglig konsultasjon, rådgiving og undervisning. Direkte tilgang til billeddiagnostikk og de mest sentrale laboratoriefasiliteter, slik at antallet visitter / reiser til sykehuset reduseres og samhandling innen sykehuset og med andre nivåer i helsetjenesten bedres
- Tilstrekkelig med møtearealer for faglige møter, pasient- og pårørende informasjon.

Behov for pasientsenger:

- Overgang til mindre og tildels kateterbaserte inngrep for å behandle hjerte-, kar- og lungesykdom vil kunne bidra til å redusere behovet for sykehussenger. Det samme vil økning av polikliniske konsultasjoner og dagopphold.
- Samtidig vil utredning av eldre pasienter med mer komplekse sykdomstilstander på sin side øke behovet for senger, også i forbindelse med dagutredning. De kateterbaserte og mini-invasive behandlingsteknikkene fordrer sengearealer før og etter prosedyre – ofte er det behov for flere dagers behandling og observasjon etter et slikt inngrep.
- En forventer derfor ikke vesentlig reduksjon i behovet for pasientsenger ved klinikken, sannsynligvis vil behovet kunne øke.

Pårørende

Arealer bør planlegges med hensyn til plass til pårørende, ikke minst pga landsfunksjoner, komplekse sykdommer med høy risiko og tildels lange sykehusopphold (hjertesvikt, transplantasjoner).

Vedlegg 12.

Innspill fra Seksjon for biobank og registerstøtte

Biobanker ved OUS – 2025

1. Bakgrunn for notatet

Notatet er utarbeidet etter henvendelse fra Fanny Sæthre i forbindelse med arbeidet med OUS Arealutviklingsplan 2025, forskning og undervisning.

2. Rammer for notatet

På grunn av den korte svarfristen har det ikke vært mulig å fremskaffe oppdatert informasjon på flere av punktene. Man har derfor måttet legge til grunn tidligere vurderinger.

3. Nåsituasjon

3.1 Biobanker ved OUS

Oslo universitetssykehus er landets største sykehus og utfører omtrent halvparten av all medisinsk forskning i Norge. Anslagsvis 40 % av alle forskningsprosjekt benytter humant biologisk materiale. Biobanker er således sentrale både for pasientbehandling og kunnskapsutvikling.

I 2007 ble det gjort en gjennomgang av arealbehovet for lagring av diagnostiske biobanker, behandlingsbiobanker og forskningsbiobanker på Rikshospitalet – Radiumhospitalet til i underkant av 1 400 kvm. En tilsvarende oversikt har vi i dag ikke for Ullevål og Aker, men vi har tall for mellomlagre på alle 4 lokaliteter og tall for Forskningsbygget:

| | |
|-----------------------------------|-----------|
| Rikshospitalet – Radiumhospitalet | 1 400 kvm |
| Fellesareal Ullevål | 145 kvm |
| Fellesareal Aker | 65 kvm |
| Forskningsbygget, Montebello | 253 kvm |
| | <hr/> |
| | 1 863 kvm |

Tallene er ikke nøyaktige. I tillegg må man skjønnsmessig anslå et tall for nærlagre på Ullevål og Aker. Samlet sett anslås arealer for nærlagre og mellomlagre for OUS på **2 500 kvm**.

3.2 Generelt om biobanker i Norge

Biobanker er samlinger av humant biologisk materiale innsamlet til bruk ved enten pasientbehandling (diagnostikk/behandling) eller forskning. I Norge reguleres biobanker av behandlingsbiobankloven og helseforskningsloven. Langt det meste av humant biologisk materiale i Norge blir innsamlet og lagret i diagnostiske biobanker og behandlingsbiobanker ved sykehus:

- **Patologi:** Nesten 1 000 000 celle- og vevsprøver blir årlig tatt og lagret ved patologilaboratorier. Disse prøvene blir lagret (nesten) uendelig. Inkludert i dette materialet er celleprøver fra det nasjonale screeningsprogrammet for livmorhalskreft. Omtrent 80 % av alle norske kvinner deltar i dette programmet.
- **Bloddonasjoner:** Prøver fra 210 000 bloddonasjoner blir årlig lagret ved sykehusene. Disse prøvene skal lagres i minimum to år, men blir vanligvis lagret lengre.
- **Mikrobiologi:** Det er estimert at omtrent 1,8 million prøver tas årlig. Serologiprøver tas, og blir lagret, fra nesten alle gravide. Lagringstiden for mikrobiologiske prøver varierer avhengig av prøvetype og lokale laboratorierutiner.
- **Screening av nyfødte for stoffskiftesykdommer:** Alle nyfødte blir screenet for noen typer av medfødte stoffskiftesykdommer. Det tas og lagres omtrent 60 000 prøver årlig.

3.3 Krav til lagring av biologisk materiale

Lagringstid er enten styrt av egne forskrifter (blodbank) eller fagspesifikke krav. Når det gjelder fysiske krav til lagring, har man tidligere vurdert at anbefalinger fra *International Society for Biological and Environmental Repositories* (se over) og momenter i arkivloven med forskrifter er godt egnet for å utarbeide mer detaljerte krav. Generelt vil biologisk materiale kunne lagres ved:

- Romtemperatur
- +4°C
- -20°C
- -80°C (dvs. ultrafrysere)
- -150°C eller kaldere (dvs. dampfasen av flytende nitrogen/i flytende nitrogen)

3.4 Nærhetsbehov

I tidligere utredninger har man bl.a. vurdert hvor tett inntil den daglige virksomheten (som regel laboratoriearbeid) biologisk materiale bør lagres. Man delte da nærhetsbehovet i tre nivåer:

- **Nærlager** – i laboratoriet.
- **Intermediærlager/mellomlager** – i samme bygg eller nærliggende bygg.
- **Fjernlager** – fortrinnsvis på organisasjonens område, men kan under noen rammebetingelser være lengre unna.

Vi mener at denne vurderingen av nærhetsbehov vil være relevant også videre fremover.

3.5 Fysisk infrastruktur: Behandlingsbiobanker vs. forskningsbiobanker

Krav til fysisk infrastruktur er ikke avhengig av hvorvidt det biologiske materiale befinner seg i en behandlingsbiobank eller en forskningsbiobank. Sett i lys av kostnadene knyttet til etablering av adekvat infrastruktur, har man derfor tidligere vurdert at det er hensiktsmessig å se på alle typer biobanker samlet i organisasjonen.

Vi mener at denne vurderingen av fysisk infrastruktur er riktig også videre fremover.

4. Fremtid

Når det gjelder behovet for 2025 stipuleres en årlig vekst av diagnostiske patologiprøver på 2 %. Når det gjelder forskningsbiobanker vil man kunne anta en viss økt prosentandel av forskning med bruk biobanker, ikke minst til genomikk-studier. Dette innebærer et behov for nærlagre og mellomagre for biobank også i 2025. Lokalene må tilrettelegges for henholdsvis frysere, nitrogentanker, kjølerom, og lagring av parafinblokker og glass i romtemperatur. Behovet for lagre vil være noe større enn dagens. I tillegg vil det måtte være etablert fjernlagre, men dette ligger utenfor dette mandatet.

5. Relevante bakgrunnsdokumenter

- Biobank - Bygg 3. Forprosjektrapport. Ullevål universitetssykehus HF. Oslo, 03.10.2005.
- Evaluering - biobankareal i Bygg 03 Ullevål universitetssykehus HF. Hospitalitet AS i samarbeid med Norconsult AS. Oslo, 16.05.2008.
- Lagring av biobankmateriale i Lab-Rad divisjon og Avdeling for medisinsk genetik. Behov og mulige løsninger. Ullevål universitetssykehus HF. Oslo, april 2006 (korr_020606).
- Biobank - Bygg 25. Forprosjektrapport. Ullevål universitetssykehus HF. Oslo, oktober 2006.
- Regionalt biologisk ressurscenter for medisinsk forskning. Samarbeidsorganet for Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst RHF. Oslo, november 2007.
- Biobankrelatert virksomhet på Rikshospitalet – med fokus på lagringsforhold. 2007
- Fellesarealer for biobanklagring ved OUS. Internt notat februar 2011 ved T Eide, Stab FIU.
- Regionalt biobanksenter. Samarbeidsorganet for Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst RHF. Oslo, Feb 2009.
- Gode biobanker – bedre helse. Norges forskningsråd. Oslo, juli 2008.
- 2008 Best practices for repositories. Collection, storage, retrieval and distribution of biological materials for research, second edition. ISBER. Cell Preservation Technology, 2008;6.

Vedlegg 13.**Innspill fra medlemmer medvirkningsgruppen somatikk, Gunnar Tannum og Tove Nakken.**

28/4-2011

INNSPILL TIL "MEDVIRKNINGSGRUPPE SOMATIKK", OUS 2025:
Areal situasjonen ved OUS og framtidig lokalisasjon.

Areal situasjonen er vanskelig for OUS både på kort og lang sikt:

Rikshospitalet på Gaustad:

Regions- og landsfunksjoner skal samles på Rikshospitalet.

Eksisterende bygningsmasse er av god kvalitet. Sykehuset er imidlertid i dag svært trangbodd og har ingen ledige arealer. Nybygg kan kun skje i meget begrenset omfang fordi sykehuset ikke disponerer vesentlige byggeklare tomter. Nybygg i større omfang vil kreve betydelige offentlige omreguleringer og ta lang tid. Det er lite sannsynlig at evt. større utbygginger av området kan stå klart til 2025.

Radiumhospitalet på Montebello:

Sykehuset har i dag regions- og landsfunksjoner for kreftbehandling. Radiumhospitalet drives etter CCC-konseptet som ivaretar tverrfaglig pasientbehandling innenfor samme lokalisasjon.

Eksisterende bygningsmasse er variabel med kvalitetsnivå mellom Rikshospitalets og Ullevåls standard. Det er ledig tomteareal for nybygg og det hefter ingen fredningsbestemmelser i området. Sykehuset kan fungere i 2025 men det krever nybygg. Alternativet er massiv opprusting av gammel bygningsmasse hvilket er mindre hensiktsmessig.

Ullevål sykehus:

Ullevål skal være et lokalsykehus og storby sykehus.

Eksisterende bygningsmasse er med få unntak av dårlig kvalitet. Imidlertid har Ullevål store tomtearealer ledige for utbygging selv om vernebestemmelser innskrenker både tomtebruk og riving av gamle bygg. Sykehusområdet er med dagens begrensninger dog ikke tilstrekkelig stort for å bygge nytt der man samler alle OUS funksjoner. Et nytt, samlet OUS vil kreve betydelige offentlige omreguleringer, stor grad av riving av eksisterende bygg og ta meget lang tid. Et nytt, samlet OUS vil neppe være realistisk på Ullevål i 2025.

Aker sykehus:

Aker er lokalsykehus med spesielle funksjoner de nærmeste årene men er planlagt nedlagt innen 2025.

KONKLUSJON:

Situasjonen i 2025 vil trolig være slik at OUS fortsatt må ha drift ved Gaustad, Montebello og Ullevål. Ingen av disse 3 lokalisasjonene har tomteareal for et helt nytt og samlet OUS innen 2025. Etablering av et nytt OUS på en helt ny lokalisasjon i 2025 synes urealistisk. Det er økonomisk og tomtemessig urealistisk at Radiumhospitalet skal flyttes fra Montebello til Gaustad innen 2025.

Trangboddhet og en del dårlig bygningsmasse gjør at OUS må renovere og bygge nytt på alle 3 lokalisasjonene Gaustad, Montebello og Ullevål i tiden fram mot 2025. Dette er eneste realistiske alternativet i et 15 års perspektiv. Alle 3 lokalisasjoner må derfor tilføres investeringsmidler i perioden fram til 2025.

Vedlegg 14.**Plan – og bygningsetatens kommentarer til OUS 2025 mulighetsstudier**

Oslo kommune
Plan- og bygningsetaten

Notat

| | | | |
|------------------|-------------------------|----------------------|---|
| Til: | OUS | Dato: | 12.12.2011 |
| Fra: | Plan- og bygningsetaten | Vårt saksnr.: | |
| Saksbeh.: | Torben Skytte | Arkivkode: | 111125 PBE kommentarer OUS scenarier 2025 |
| Telefon: | 23491348 | | |

PLAN- OG BYGNINGSETATENS KOMMENTARER TIL OUS 2025 MULIGHETSSTUDIER

Plan- og bygningsetaten viser til møter avholdt om utviklingen av OUS 26.10, 10.11.11 og 30.11 hvor mulighetsstudier for OUS 2025 ble fremlagt. Det er mange scenarier, noen i flere alternativer. Alle disse vil ikke bli gjennomgått. Vi velger i stedet å gi mer samlede vurderinger og foringer for utviklingsområdene. Det er gjort forespørsel om Ullevål og Rikshospitalet. Gaustad og Radiumhospitalet er derfor ikke vurdert i dette notat.

Generelle byplanbetraktninger og kommuneplanen

Life science (bioteknologi og medisin) og kultur er svært viktige basisnæringer som bidrar til verdiskaping og de institusjonelle utviklingsområdene ved Gaustadbekken og Ullevål ("Kunnskapsbyen Oslo") utgjør en viktig del av den fremtidige regionale næringsstruktur. Innenfor "Kunnskapsbyen" må institusjonenes primær oppgaver prioriteres (med tilknyttet service- og næringsvirksomhet) og de må gis handlingsrom for økonomiske aktiviteter og vekst. Målet er at deres spesialiserte og samfunnstjenende funksjon opprettholdes og forsterkes samtidig med at de knyttes til den etablerte og omkringliggende gate- og byromsstruktur. I områder med frittliggende bebyggelse i parklandskap bør denne karakteren søkes opprettholdt ved fremtidig utvikling. Kommuneplanen for Oslo har en tidshorisont til 2030. En lignende tidshorisont for OUS hadde derfor vært ønskelig i likhet med mer langsiktige vurderinger frem mot 2050, bl.a. for



Plan- og bygningsetaten
Boks 364 Sentrum
0102 Oslo

Besøksadresse:
Vahls gate 1, 0187 Oslo
www.pbe.oslo.kommune.no

Sentralbord: 02 180
Kundesenteret: 23 49 10 00
Telefaks: 23 49 10 01
E-post: postmottak@pbe.oslo.kommune.no

Bankgiro: 6003.05.58920
Org.nr.: 971 040 823 MVA

å ta hensyn til befolkningsveksten i Oslo frem til 2030 og 2050. Vi oppfordrer derfor OUS til å vurdere det. PBE vil også oppfordre OUS til å angi noe om hvordan Diakonhjemmet samt Lovisenberg- og Aker sykehus inngår i planleggingen av sykehusdekningen for fremtidens Oslo? PBE ønsker at OUS vurderer om det vil være områder som kan transformeres til mer generell byutvikling og angi mer konkret hvilke (SSBU ved Gaustad og deler av Aker ble nevnt).

Felles utrednings behov

For alle scenarier og varianter må høyder i og utforming av de ulike delene vurderes i forhold til gode lys/solforhold for pasienter og i arbeidssoner, områdets bebyggelsesstruktur forøvrig, hensynet til bevaringsverdig bebyggelse (spesielt for Ullevål), hensynet til grøntstrukturen (spesielt for Rikshospitalet), universell utforming og en mest mulig logisk pasient-, ansatt- og besøksadkomst samt nær- og fjernvirkning. Vi vil også poengtere behovet for at den økte trafikken til områdene som følge av utbyggingen – uansett valgt variant – samt konsekvensene av den må utredes nærmere i trafikkanalyser, bl.a. med tanke på tilgjengelighet til hovedveinettet og betjening med byens/regionens buss- og banesystem.

ULLEVÅL SYKEHUS

Overordnede føringer og pågående utredninger

Forslag til kommunedelplan for byutvikling og bevaring for indre Oslo 2010-2025 (KDP BB) angir maks. byggehøyde til 30m, men med mulighet for inntil 2 ekstra etasjer (anslagsvis 7m) ved spesielt høy prosjektkvalitet og en utnyttelse på %-BRA 500%. **Vedtatt** kommunedelplan for torg og moteplasser (KDP T+M) og **planforslag** kommunedelplan for den blågrønne strukturen i Oslos byggesone har ingen kartfestede føringer for Ullevål.

Storbylegevakten

Det er nylig regulert inn ny adkomst til Ullevål fra Kirkeveien i områdets sydøstre hjørne. Oslo kommune har bestemt at ny Storbylegevakt lokaliseres i tilknytning til akuttmottaket og har foreslått området syd for avkjørselen (storkjøkkenet). Det forutsetter at storkjøkkenet rives. Det pågår også utredning av ulike veiadkomster fra Kirkeveien. Alternativene omfatter både justering av regulert ny adkomst og forslag til nye, herunder mulig forbindelse til nærliggende kryss og interneveiene på Ullevål. PBE vil foreløpig støtte en flytting.

PBE vil påpeke Oslo kommunes behov for at en Storbylegevakt medtas i OUS sitt videre planarbeid. Storbylegevakt her er vedtatt prioritert av Oslo kommune.

Byplanfaglige vurderinger

Scenarie 1 - alt samlet på Ullevål. Scenariet er så lite skissert at det ikke er mulig å gi noen nærmere byplanfaglig vurdering av forslaget, men det synes umiddelbart som forslaget kan overstige en kritisk masse for området. Vårt inntrykk – bl.a. med referanse til den manglende bearbeidingen - er da også at dette ikke er noe foretrukket/sannsynlig scenarie av OUS.

Scenarie 2 og 3 – somatikk. Utbyggingsvolumet synes å ligge innenfor områdets tålegrense og rammene som angitt i KDP BB. De foreløpig skisserte løsningene er oppgitt å ha 7 etasjer som største høyde. PBE tror at 1-3 etasjer mer bør vurderes i deler av bebyggelsen for å unngå for stort fotavtrykk / oppnå større åpenhet på bakkeplan samt sikre fleksibilitet og evt. fremtidige utvidelsesmuligheter. Det vil også gi bedre mulighet for å opprettholde parkmessige kvaliteter. PBE ser det som positivt at OUS angir å ville innarbeide et grøntdrag gjennom bebyggelsen i form av grønt i gårdsrom, tverrforbindelser med mer. OUS foreslår en avkjørsel direkte til akuttmottaket. PBE foreslår en ny avkjørsel til Storbylegevaktet. Det bør bare være en ny avkjørsel i tillegg til eksisterende. Dette bør derfor vurderes videre, men foreløpig anbefaler PBE avkjørselen ved Storbylegevaktet.

Scenarie 1 og 2 – PHA. Utbyggingsformen er plasskrevende og en ny bebyggelsesform i fht eksisterende mer åpne og parkmessige bebyggelse, men etter hva vi forsto en form som anses ideell for PHA-pasienter. I scenarie 1 rives 2 bygninger - bygning 32 og 35 - som i hht Landsvernplanen er fredningsverdige. I hht Byantikvarens innspill til KDP BB - Gul liste av 1.09.08, jfr temakart 2 – er imidlertid ikke disse bygningene oppført på listen, dvs ansett verneverdige. Heller ikke bygning 25 Laboratoriebygningen, bygning 20 og 21 samt bygning 29 og 48, som nå er ansett fredningsverdige i LVP, var oppført på listen som verneverdige. Dette kan tyde på at det er en gradforskjell i verneverdien som tilsier at utbyggingen i begge scenariene etter PBEs oppfatning kan være akseptable. Vi vil likevel oppfordre til at den videre bearbeidingen søker å inkl bygning 32 og 35 for i størst mulig grad å ivareta Ullevåls kulturminneverdier og opprinnelige karakter. Dvs søke en variant av scenarie 2 også med en utbygging i størrelsesorden som i scenarie 1, for eksempel ved større høyde? Den nye formen bør nærmere redegjøres for i det videre planarbeide og alternativer bør kanskje også vurderes.

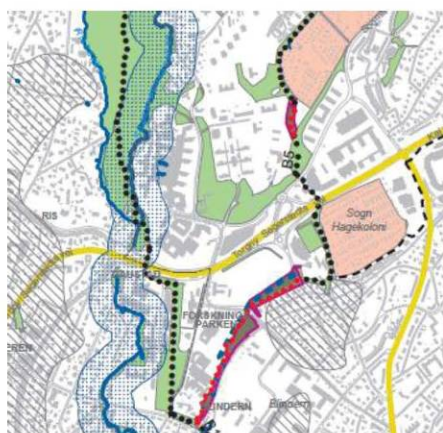
Mulighetsstudien indikerer for øvrig at områdets potensiale reduseres vesentlig dersom bevaringsinteressene skal prioriteres. Det nødvendige bygningsvolum synes da å føre til kompakte bygningsløsninger ellers på Ullevål.

RIKSHOSPITALET

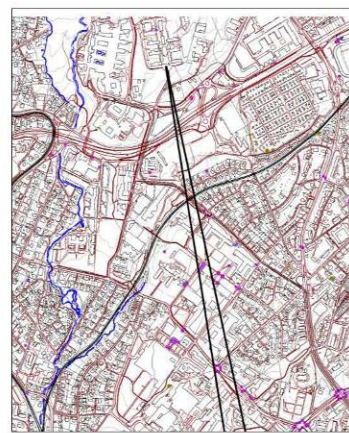
Overordnede føringer og reguleringer

Forslag til kommunedelplan for den blågrønne strukturen i Oslos byggesone (mars 2011) angir regulerte friområder samt behovet for en supplering med en manglende turveilenke som angitt på kartutsnitt.

Utbygging som er i strid med friområder og nevnte turveilenke kan ikke anbefales. Arealbytte i fht friområde kan unntaksvis være aktuelt, men ikke noe som umiddelbart kan påregnes. Nedenfor Ringveien er det nylig regulert et utviklingsområde for Universitetet – med campuskarakter –for forskning og undervisning. I tillegg er det også innregulert noe forskningsvirksomhet i området vest for dette. I førstnevnte regulering er det i bestemmelsene angitt at bebyggelsen skal lokaliseres slik at gløtt sørøstover mot byens åssider bevares samt at eksisterende fjordgløtt fra hovedporten til Gaustad sykehus mot Bunnefjorden skal opprettholdes, se kartutsnitt.



Forslag til KDP for den blågrønne strukturen i Oslos byggesone



Bestemmelse i reguleringsplan om fjordgløtt som skal opprettholdes

Byplanfaglige vurderinger

Scenario 2 – alt 1, 3 og 4 - somatikk. Disse utbyggingsalternativene angir ulike oppdelte utbyggingsvarianter, herunder det volum som ligger i gjeldende reguleringsplan. Med unntak av bebyggelse i nord synes ny bebyggelse lokalisert utenom friområdene, dvs at størstedelen, evt med mindre justeringer, er etablert i byggeområde.

PBE mener at de landskapsmessige konsekvensene samt nær- og fjernvirkning av spesielt de største utbyggingsvolumene i nord, i syd ved inngangen og FOU-bygget må vurderes nærmere. FOU-bygget synes å komme i konflikt med siktaksen i reguleringen angitt ovenfor og kan derfor ikke anbefales slik den nå er lokalisert og utformet. Det nordlige bygget ligger til dels i friområde og stenger forbindelsen mot grøntområdet og elven bak og dermed den visuelle atskillelsen mellom Rikshospitalet og Gaustad som friområdet utgjør. Det er derfor uheldig plassert.

Scenario 2 – alt. 2 – somatikk. Utbyggingsvolumet i nord er svært stort. En så stor bygningsmasse synes både i forhold til den bakenforliggende småskalastruktur og grønne åpenhet å ligge over en kritisk masse. Et slikt volum vil sannsynligvis heller ikke være mulig å bryte ned ved en annen struktur til større åpenhet. De trafikale utfordringene ved en såpass stor utbygging er problematisk og kan medføre behov for ombygging av trikkenett og justering av hovedveinettet. Trafikkmengden til sykehuset på veien langs friområdet og internveinettet dit, vil ha negativ innvirkning på bruken og rekreasjonsverdien av friområdet langs veien og i området generelt.

Scenario 2 . alt. 5 –somatikk. Det er mange utfordringer i dette alternativet. Jfr ”Kunnskapsbyen” nevnt ovenfor skjønner vi hensikten med et nærmere samarbeid innen de medisinske forsknings- og sykehusmiljøene i sykehusene og på Universitetet, men hvorfor det også må implisere en fysisk/bygningsmessig sammenkobling ved en overbygging over Ringveien synes mer uklart. Konsekvensen av noe mer enn for eksempel under- eller overganger, er at Ringveien må legges i tunnel, et lokk bygges over og trikken flyttes, noe som kan bli kostbart og en stor fysisk og arkitektonisk/estetisk utfordring å løse på en god måte. Et lokk i likhet med for eksempel Skøyen eller Lysaker kan være en tenkelig mulighet, men området syd for veien er nylig regulert for forskning og undervisning for Universitet (som angitt ovenfor) og det vil derfor neppe være rom for sykehusaktiviteter her i tillegg.

En lokalisering av bebyggelse nord for Ringveien / syd for Rikshospitalet synes som et bedre alternativ, kanskje med muligheter også for ytterligere utvidelse østover ved kjøp av Sogn videregående skole (Sognsveien 80), som er under nedlegging og under omregulering til næring, kontor bolig, undervisning/forskning og ev allmenntilgjenge formål (skole/barnehage). Dette alternativ har den fordel at trafikken ligger til Ringveien, med mulighet for rask av- og påkjørsel/-stigning til denne, en fordel både for ansatte, pasienter og besøkende. Det er bussdekning på Ringveien og det er ikke langt til T-baneringen. Dette synes derfor å være det beste alternativet i fht samordnet areal og transport. Førnevnte siktakse mot Bunnefjorden må ivaretas i utbyggingsforslagets østre del og utformingen her vurderes i fht landskapsdraget og den verneverdige bebyggelsen på Gaustad. Bebyggelsen bør struktureres etter Ringveien og Blindernaksen må ivaretas.

Konklusjoner

Hovedinnfallsvinkel fra et byplanstøsted knytter seg til at institusjonenes lokalisering må vurderes:

- som en del av Oslos nærings- og forskningsmiljø

- mot dagens og fremtidens transportsystem, med vekt på banebetjening

Under henvisning til at Plan- og bygningsetatens kommentarer ovenfor ivaretas i det videre planarbeid, kan vi på foreliggende skissemessige grunnlag foreløpig konkludere med at:

- Plan- og bygningsetaten anbefaler at OUS går videre med **utbyggingsalternativ syd for Rikshospitalet**, men stiller seg foreløpig spørrende til nødvendigheten av det foreslåtte grepet med Ringveien i tunnel med løkk og bebyggelse over.
- Plan- og bygningsetaten kan anbefale OUS å gå videre med **alle alternativer for Ullevål** med unntak av scenarie 1.
- Potensialet ved å inkludere Sognsveien 80 bør undersøkes.

Videre planprosess

PBE anbefaler at OUS etter bearbeiding utarbeider et felles planprogram for alle sykehusene som angir de ulike alternativer og som også angir utviklingen på langt sikt, slik at det gis anledning til innspill ved høring og en politisk og kommunal behandling. Det kan deretter arbeides videre med ulike delområder innenfor det som ligger i planprogrammet. Det anbefales innsendt planinitiativ til PBE for mer formell forankring og prioritering i PBE.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 9. februar 2012

Saksbehandler: Viseadministrerende direktør samhandling og
internasjonalt samarbeid

SAK 8/2012: OPPNEVNING AV NYTT STYRE I KREFTREGISTERET

Styret ved Kreftregisteret ble oppnevnt av styret for Oslo universitetssykehus i møte den 17. desember 2009. Styret ble valgt for perioden 16. januar 2010 til 31. desember 2011.

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

To av enhetsstyrets medlemmer har nå vært medlemmer av enhetsstyret i mer enn seks år. Dette gjelder representantene fra henholdsvis Helse Nord og Helse Vest. I samråd med de to regionale helseforetakene, foreslås henholdsvis direktør (og stedfortreder for administrerende direktør i Helse Nord) Finn Henry Hansen og Helga Salvesen som nye representanter i styret. For de øvrige foreslås gjenvalg. To medlemmer i styret velges av og blant de ansatte i registeret.

Forslag til vedtak:

Styret i Oslo universitetssykehus HF oppnevner et nytt styre for Kreftregisteret med funksjonstid fra 1. januar 2012 til 31. desember 2013. Som medlemmer av enhetsstyret oppnevnes følgende:

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

Oslo, den 2. februar 2012

Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 9. februar 2012

Saksbehandler: Visestuderende direktør samhandling og internasjonalt samarbeid

Vedlegg: 1. Utkast samarbeidsavtale Del 1 - generell del
2. Utkast samarbeidsavtale Del 2 - tjenesteavtale 2
3. Utkast samarbeidsavtale Del 2 - tjenesteavtale 9

SAK 9/2012: SAMARBEIDSAVTALER MELLOM HELSEFORETAKENE OG OSLO KOMMUNE I HENHOLD TIL HELSE- OG OMSORGSTJENESTELOVEN

Forslag til vedtak:

- 1. Styret slutter seg til avtaleutkastene.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å undertegne avtalene og å godkjenne eventuelle mindre justeringer i avtalene etter behandling hos de øvrige parter.*

Oslo, den 30. januar 2012

Bjørn Erikstein

Bakgrunn

Stortinget vedtok 17. juni 2011 ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, samt endringer i en rekke andre lover. Den nye loven knyttes opp mot Samhandlingsreformen. Det fremgår av § 6-1 i loven at kommunen skal inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesteloven har fått en ny bestemmelse i § 2-1 e som pålegger de regionale helseforetakene å sørge for at helseforetakene inngår samarbeidsavtaler med kommunene.

Nasjonal veileder for 2011 om lovpålagte avtaler fastlegger at samarbeidsavtalene som et minimum skal omhandle 11 områder. Fire av disse skal foreligge innen 31. januar 2012:

1. Enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak helseforetaket og kommunen til enhver tid skal utføre. Partene kan ikke avtale annen ansvarsfordeling enn den som fremkommer av lovgivningen. Likevel kan partene avtale at de utfører tjenester for hverandre, men da uten at det overordnende ansvaret endres.
2. Retningslinjer for innleggelse i sykehus. I veilederen opplistes detaljerte punkter, for eksempel: hvordan skal sykehuset kontaktes, hvordan kan man oppnå kontakt med kompetent lege for råd, henvisningsrutiner, system for pasienttransport.
3. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon. Det henvises også til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Retningslinjer som utarbeides må være i samsvar med forskriften.
4. Omforente beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede.

Inngåtte avtaler om de fire områdene skal sendes via det regionale helseforetaket til Helsedirektoratet innen utgangen av februar 2012. De resterende 7 områdene er:

1. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til habilitering, rehabilitering,
2. Lærings- og mestringstilbud,
3. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
4. Retningslinjer om kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling
5. Retningslinjer for faglige nettverk og hospitering
6. Samarbeid om jordmortjenester,
7. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.

De resterende avtalene skal bygge på til dels nye og endrede forskrifter og avtalene må legge bestemmelsene i forskriftene til grunn, etter hvert som forskriftene ferdigstilles. Fristen for å få avtalene på plass er innen 1. juli 2012.

Nærmere om prosessen

Oslo universitetssykehus HF har sammen med Diakonhjemmet sykehus, Lovisenberg sykehus, Akershus universitetssykehus HF og Oslo kommune fra tidligere en "Avtale om samhandling angående helsetjenester knyttet til lokalsykehusfunksjoner" (Egger-utvalget). Denne avtalen ble inngått 26. juni 2011 og bygde på erfaringene fra samarbeid mellom partene gjennom lang tid.

I forbindelse med innføring av Samhandlingsreformen ble Egger-utvalget bedt om å gjenoppta arbeidet for å sikre at foreliggende avtale ble justert slik at avtalen ble utformet i henhold til lovpålagte krav. De nødvendige justeringer er foretatt i det foreliggende forslag til samarbeidsavtale.

Arbeidet med avtalene har vært preget av godt samarbeidsklima og det har vært et mål om å sikre at samarbeidsavtalene blir felles dokumenter for hele Hovedstadsområdet. Dette har partene lyktes med og det foreliggende forslag er omforent mellom Oslo kommune, Lovisenberg Diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Akershus universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Sunnås sykehus har uttrykt at også dette sykehuset vil legge avtalen til grunn for samarbeidet med Oslo kommune.

Frist for ferdigstillelse var 31. januar 2012. Oslo universitetssykehus har på denne bakgrunn gitt en foreløpig tilslutning til forslaget, men har tatt forbehold om at avtalesforslaget må vedtas av styret i helseforetaket.

Avtalene

Egger-utvalget har enstemmig valgt å legge frem som sitt forslag til samarbeidsavtale i følgende (vedlagte) dokumenter:

1. Samarbeidsavtale Del 1 - generell del
2. Samarbeidsavtale Del 2 - tjenesteavtale 2
3. Samarbeidsavtale Del 2 - tjenesteavtale 9

Det er lagt til grunn at "generell del" og "tjenesteavtalene" er å anse som én avtale.

Tjenesteavtale 2 omhandler retningslinjer for innleggelse i sykehus og retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter.

Tjenesteavtale 9 omhandler beredskapsplaner og planer for akuttmedisinsk kjede.

Utvalget har ikke laget noen tjenesteavtale om enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. Det fremgår av den nasjonale veilederen at det ikke avtales annen ansvarsfordeling enn den som fremkommer av lovgivningen. På denne bakgrunn er utvalget enstemmige i at ansvarsfordelingen er regulert i gjeldende lovgivning og som sådan ikke skal reguleres i egen tjenesteavtale.

Avsnittet om tvister er utformet i samråd med kommuneadvokaten. Det er blant annet tatt inn henvisning til Nasjonalt Tvisteløsningsorgan. I Del 1 pkt 9.3 andre ledd er det angitt at "part" kan bringe saken inn for Nasjonalt Tvisteløsningsorgan.

Spørsmålet om underliggende retningslinjer skal være felles eller ikke er løst ved følgende formulering: "Tjenesteavtalene utfylles med felles retningslinjer mellom det enkelte sykehus og bydel/kommunal etat. Det kan utarbeides supplerende retningslinjer/prosedyrer lokalt".

Oslo universitetssykehus har sammen med bydelene i sitt opptaksområde utformet felles prosedyre for: "Samhandling – pasient med behov for kommunale tjenester - utskrivningsklar pasient".

Oslo universitetssykehus har nedsatt en arbeidsgruppe som skal sikre at alle rutiner og retningslinjer kommer på plass etter øvrige krav som følger av innføringen av lovpålagte avtaler.

Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør er tilfreds med at det har vært mulig å komme fram til felles avtale for alle Oslosykehusene og Oslo kommune, som oppfyller loven krav. Administrerende direktør merker seg også at det er et godt samarbeidsklima mellom partene, og at det kan bygges videre på allerede etablert samarbeidsstruktur. Det gir et godt grunnlag for å videreutvikle samarbeidet i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen.

Styret vil få seg forelagt utkast til tjenesteavtaler for de 7 gjenstående områdene, etter hvert som de foreligger frem mot fristen for ferdigstillelse den 1. juli 2012.

Administrerende direktør anbefaler styret å slutte seg til foreliggende forslag til avtaler. Av praktiske årsaker foreslås det at administrerende direktør gis fullmakt til å signere kontraktene.

Forslag til samarbeidsavtale 20.01.2012

SAMARBEIDSAVTALE DEL 1 – GENERELL DEL

1. Parter.

Avtalen er inngått mellom Oslo kommune ved byrådsavdeling og følgende helseforetak: Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus.

2. Bakgrunn.

Samarbeidsavtalen skal ivareta kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1, og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e og § 2-6. Samarbeidsavtalen består av en generell del – denne avtalen - og de tjenesteavtaler som inngås i henhold til kravene i helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2. Tjenesteavtalene reguleres av denne avtalens bestemmelser når det gjelder samarbeidsformer, tvisteløsning og gjennomføring.

Det vises også til Overordnet avtale om samhandling på helse- og omsorgsområde mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF av 17.11.2008. I den grad det er motstrid mellom overordnet avtale og samarbeidsavtalen går samarbeidsavtalen foran.

3. Formål.

Avtalens formål er å regulere samarbeidet mellom helseforetakene/sykehusene og bydeler og etater i Oslo kommune. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

Det er partenes intensjon at samarbeidet skal preges av en løsningsorientert tilnærming og prinsippet om at avgjørelser tas så nært brukeren som mulig. Partene legger spesiell vekt på å oppnå:

- Likeverdig tilbud til hele Oslos befolkning uavhengig av bosted/bydelstilhørighet.
- Tilbud tilpasset de helsemessige utfordringer Oslo står overfor som storby.
- Samarbeid bygd på likeverdighet mellom partene.

4. Virkeområde.

Avtalen gjelder alt samarbeid og all samhandling når Oslo befolkning benytter de helsetjenester spesialisthelsetjenesten tilbyr. Avtalen gjelder både ved poliklinisk behandling og ved innleggelse og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Avtalen gjelder for tilbud innen somatikk, rusmiddelavhengighet og psykisk helsevern, og gjelder for alle som er bosatt i eller oppholder seg i Oslo

5. Tjenesteavtaler.

Følgende tjenesteavtaler skal inngå som en del av denne samarbeidsavtale:

Tjenesteavtale 1: Samarbeid i tilknytting til innleggelse, utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

Tjenesteavtale 2: Samarbeid om innleggelse i spesialisthelsetjenesten og om utskrivingsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskriving fra institusjon.

Tjenesteavtale 3: Kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd.

Tjenesteavtale 4: Samarbeid om gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.

Tjenesteavtale 5: Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.

Tjenesteavtale 6: Samarbeid om jordmortjenester.

Tjenesteavtale 7: Samarbeid om lokale IKT-løsninger.

Tjenesteavtale 8: Samarbeid om forebygging.

Tjenesteavtale 9: Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Det skal inngås tjenesteavtaler for konkrete tjenestetilbud som blir etablert i samarbeid mellom partene.

6. Samarbeidsformer.

6.1. Samarbeidsorganer.

Partene er enige om at for hvert helseforetak/sykehus og bydelene i helseforetakets/sykehusets opptaksområde skal følgende samarbeidsorganer etableres:

- **Direktørmøte.**
- **Samarbeidsforum for somatikk.**
- **Samarbeidsforum for rusavhengighet og psykisk helsevern.**

6.2. Direktørmøte.

6.2.1. Oppgaver.

Direktørmøtet skal være et forum for ledelsen i deltakende instanser. Møtet er et forum for informasjon og drøfting.

6.2.2. Sammensetning m.v.

Følgende skal være representert:

Helseforetaket/sykehuset ved administrerende direktør, hver av bydelene ved bydelsdirektør, Sykehjemsetaten, Velferdsetaten og Helseetaten ved respektive direktører. Vanlig stedfortrederpraksis gjelder. Den enkelte direktør vurderer selv om det ut fra sakslisten er behov for supplerende faglig kompetanse.

Møter holdes minst fire ganger i året. Møtene ledes av helseforetakets/sykehusets representant. Helseforetaket/sykehuset ivaretar oppgaven som møtesekretariat. Det utarbeides protokoll fra møte.

6.3. Samarbeidsforum for somatikk og samarbeidsforum for rusavhengighet og psykisk helsevern).

6.3.1. Oppgaver.

Samarbeidsforum somatikk og samarbeidsforum rusavhengighet/psykisk helsevern skal være fora for ledere av tjenester rettet direkte mot pasienter med henholdsvis somatisk sykdom og rusmiddelavhengighet/psykisk sykdom. Møtene er fora for informasjon og drøfting. Gjenstand for behandling er pasientforløp/pasientadministrative rutiner m.v. og alle forhold knyttet til tjenester rettet direkte mot pasienter.

6.3.2. Sammensetning m.v.

Følgende instanser skal være representert:

Helseforetaket/sykehuset og bydelene skal delta i begge samarbeidsfora. Sykehjemsetaten, Velferdsetaten og Helseetaten innkalles til alle møter i begge fora, men avgjør selv ut fra sakslisten om etaten skal delta i det enkelte møte. Nevnte etater kan fremme saker for hvert av samarbeidsforaene.

Samarbeidsforaene skal sammensettes av lederne for utøvende tjenester innen de aktuelle fagområder. Helseforetakets/sykehusets administrerende direktør, hver av bydelsdirektørene og direktørene for Sykehjemsetaten, Velferdsetaten og Helseetaten fastsetter hvilke lederstillinger i egen enhet som skal være med. Vanlig stedfortrederpraksis gjelder.

Møter holdes minst fire ganger i året. Møtene ledes av helseforetakets/sykehusets representant. Sykehuset ivaretar oppgaven som møtesekretariat. Det utarbeides protokoll fra møte.

6.4. Samarbeid med fastlegene/sykehjemslegene.

Det vises til rammeavtale om privat allmennlegepraksis i fastlegeordningen i Oslo kommune, del II – ”Utvalg i fastlegeordningen”: Kap. 4: Allmennlegeutvalg - ALU (bydelsnivå), kap. 5: Samarbeidsutvalg - LSU (bydelsnivå) og kap. 6: Sentralt partssammensatt utvalg.

7. Avtalens gjennomføring.

Partene skal iverksette avtalen innen eget ansvarsområde og skal sette av nok ressurser til medvirkning i de avtalte former for samarbeid. Partene forplikter seg til å gjøre denne og tilknyttede avtaler kjent for egne ansatte og brukere og påse at avtalen(e) etterleves i alle deler av virksomheten. Det samme gjelder beslutninger / vedtak som springer ut av avtalen(e).

Partene skal holde hverandre informert om forhold som kan ha betydning for etterspørsel av partenes tjenester. Det samme gjelder planer eller prioriteringer som kan ha betydning for helseforetakets/sykehusets eller bydelens/etatens mulighet til å yte tilfredsstillende tjenester på eller utenfor helseområdet.

Den annen part skal gis anledning til å uttale seg før det treffes vedtak som i ikke ubetydelig grad berører denne.

8. Involvering av pasient- og brukerorganisasjoner.

Partene er enige i at kravet til brukermedvirkning innebærer at uttalelser fra sentralt eldreråd og sentralt råd for funksjonshemmede i Oslo og fra helseforetakenes/sykehusenes brukerutvalg normalt skal tillegges vekt. Det samme gjelder resultat av brukerundersøkelser.

9. Håndtering av uenighet – tvisteløsning.

9.1. Tvisteorgan for saker angående enkeltpasienter.

Tvistenemnd for løsning av tvister mellom helseforetak/sykehus og bydeler i Oslo kommune i saker om utskrivning av pasienter fra sykehus oppnevnes av Kontaktmøte mellom Oslo kommune Byråd for eldre og sosiale tjenester og Helse Sør-Øst RHF. Tvistenemnda er nærmere regulert i tillegg til Overordnet avtale om samhandling på helse- og omsorgsområde mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst RHF av 17.11.2008. Tillegget er datert 22.06.2011.

9.2. Saksbehandling.

Oppstår det i en sak angående en enkeltpasient uenighet mellom partene om forhold som gjelder

- uenighet om utskrivning
- uenighet om behov for tjenester etter utskrivning
- uenighet om ansvar for oppfølging
- uenighet om ansvar for kostnader,

skal partene søke å forhandle seg frem til en omforent løsning.

Saken forutsettes behandlet på direktørnivå om den ikke løses på lavere nivå. Oppnås ikke enighet, kan partene bringe saken inn for Tvistenemnda.

Tvistenemnda skal primært behandle sakene anonymt.

Partene er enige om å følge de beslutninger tvistenemnda kommer fram til.

9.3. Tvister om avtalen, om retningslinjer og om helselovgivningen.

Oppstår det uenighet mellom partene om forhold som er regulert i denne avtale og som gjelder forståelse av denne avtale og/eller helselovgivningen, skal partene søke å forhandle seg frem til en omforent løsning. Saken forutsettes behandlet på direktørnivå om saken ikke løses på lavere nivå.

Begge parter kan deretter bringe saken inn for nasjonalt tvisteløsningsorgan. Uenighetsprotokoll sendes til tvisteløsningsorganet for drøfting og anbefaling av løsning. I saker hvor partene ikke er enige om at uttalelse fra nasjonalt tvisteløsningsorgan skal være bindende, kan hver av partene bringe saken inn for de ordinære domstoler med Oslo tingrett som verneting.

10. Mislighold.

Dersom en av partene uaktsomt misligholder sin del av avtalen med vedlegg, og dette påfører den annen part dokumentert tap, kan tapet kreves dekket av den som misligholder avtalen.

11. Varighet, evaluering, revisjon og oppsigelse.

Avtalen trer i kraft fra og gjelder frem til en av partene sier opp avtalen med ett års oppsigelsesfrist, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-5 andre ledd.

Partene er enige om å gjennomgå avtalen årlig og sørge for jevnlig rapportering og evaluering.

Hver av partene står fritt til å benytte egen internrevisjon, herunder konsernrevisjon og kommunerevisjon for å revidere egen etterlevelse av avtalen eller konsekvenser av avtalen, og som ledd i den planmessige evalueringen av avtalen. Dersom en av partene ønsker å gjennomføre slik revisjon, skal den annen part skriftlig informeres og gis mulighet for å delta i en felles revisjon. Ved eventuell felles revisjon skal mandat for slik revisjon utarbeides av direktørmøtet. Eventuell revisjon skal gjennomføres innenfor de rammer lovgivningen til enhver tid setter med hensyn til lovbestemt taushetsplikt.

Hver av partene kan kreve avtalen revidert dersom vesentlige forutsetninger for avtalen endres.

Dato,

Dato,

Oslo kommune

X HF

Forslag til tjenesteavtale 2 20.01.2012

SAMARBEIDSAVTALE DEL 2 - TJENESTEAVTALE 2

Samarbeid om innleggelse i sykehus og om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 3 og 5, og spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1e annet ledd og 2-6 første ledd.)

1. Parter.

Tjenesteavtalen er inngått mellom Oslo kommune ved byrådsavdeling og følgende helseforetak: Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus.

2. Bakgrunn og rettsgrunnlag.

Tjenesteavtalen inngår som del 2 i samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og helseforetaket/sykehuset. Tjenesteavtalen har sitt rettsgrunnlag i helse- og omsorgstjenestelovens § 6 – 2, nr. 3 og 5, og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e annet ledd og § 2-6 første ledd.

3. Formål.

Formålet med avtalen er å etablere gode samarbeidsrutiner, og bidra til at pasientene mottar helhetlige tjenester.

Det er partenes intensjon at pasientene/brukerne som følge av partenes etterlevelse av avtale skal oppleve at tjenestene;

- er faglige gode
- er samordnet og helhetlig
- preges av kontinuitet
- blir utført på en god måte på tvers av kommune/bydelsgrensene og forvaltningsnivåene

4. Tjenesteavtalens virkeområde.

Tjenesteavtalen regulerer ansvarsfordeling og samhandling mellom bydel og helseforetaket i forbindelse med henvisninger, innleggelser og utskrivninger.

Tjenesteavtalen omfatter områdene somatisk helse, psykisk helse og rus/avhengighet og gjelder for alle som er bosatt i eller oppholder seg i Oslo. Tjenesteavtalen regulerer også partenes plikter ifm poliklinisk behandling og dagbehandling.

5. Ansvar.

Partenes ansvarsområder reguleres både av helselovgivningen og samarbeidsavtalen. Uenighet mellom partene om ansvar, om forståelse av lovgivningen og av bestemmelsene i samarbeidsavtalen behandles iht. pkt. 9 i samarbeidsavtalen.

Avtalepartene kan ikke love tjenester eller tilbud på vegne av den annen part, men gi relevant og oppdatert informasjon og derved sette den andre part i best mulig stand til å iverksette riktig tiltak/behandling/tjeneste.

6. Retningslinjer.

Partene skal utforme retningslinjer om:

- henvisning og mottak i sykehus
- om partenes ansvar under utredning og behandling
- om partenes ansvar ifm utskrivning
- særlige forhold ved poliklinisk behandling og dagbehandling
- om barn som pårørende
- og om barn som pasient

Retningslinjene skal bl.a. avklare partenes ansvar, hvordan kommunikasjonen skal ivaretas, hvilke dokumenter som skal sendes, og hvilke frister partene har for gjennomføring av sine forpliktelser.

Tjenesteavtalene utfylles med felles retningslinjer mellom det enkelte sykehus og bydel/kommunal etat. Det kan utarbeides supplerende retningslinjer/prosedyrer lokalt. Ved motstrid mellom samarbeidsavtalen og retningslinjene går samarbeidsavtalen foran. Uenighet mellom partene behandles iht. pkt. 9.

Retningslinjene skal inngå som et vedlegg til tjenesteavtale nr. 2 og gjøres til en del av den forpliktende samarbeidsavtale som er inngått mellom Oslo kommune og Helseforetak/sykehus i regionen.

7. Avtaler om enkeltpasienter.

For pasienter som har vært innlagt i sykehus og hvor det kreves særskilte tiltak for å få pasienten tilbake til lokalmiljøet eller for å etablere pasienten utenfor opprinnelig lokalmiljø, kan det være nødvendig å etablere tilpassede løsninger i samarbeid mellom bydelene og sykehuset. Det må da for hvert tilfelle gjøres avtale som omfatter også faglig og økonomisk ansvarsdeling innen en tidsmessig ramme.

8. Felles kontaktliste.

De ulike avdelinger ved helseforetaket og bydelen skal ha tydelige kontaktpunkter for henvendelser om pasientsaker. Det skal fremgå hvilke kontaktpunkt som skal gjelde for ulike pasientgrupper/tjenester, herunder kontaktpunktet som skal kunne benyttes ved tilbakeføring til samme omsorgsnivå i kommune/bydel utenom vanlig kontorarbeidstid. (f. eks. kontakttelen på sykehjem, hjemmetjeneste). Kontaktlistene skal være oppdatert og kommunisert.

9. Spesielt om utskrivningsklare pasienter.

Følgende definisjon av utskrivningsklare pasienter fra sykehus gjelder – også for pasienter som ikke omfattes av reglene om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter:

En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten eller at videre behandling kan utføres poliklinisk. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen

- a) problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert av innleggende lege, skal være avklart
- b) øvrige problemstillinger som har fremkommet skal være avklart
- c) dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for
- d) det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten
- e) pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.

Bydelen kan be om å få en redegjørelse for de vurderinger sykehuset har foretatt for pasienter som vil ha behov for kommunalt helse- og omsorgstilbud / andre kommunale tjenester etter utskrivning.

10. Behandling av tvister.

Dersom partene ikke kommer til enighet om ansvar eller andre forhold knyttet til pasientforløpet kan saken reises for den tvistenemnd som er beskrevet i samarbeidsavtalens pkt. 9.

12. Evaluering.

Partene skal utarbeide system for regelmessig overvåking av at avtalens bestemmelser følges, og bestemmer hvilke tiltak som bør iverksettes for å bedre etterlevelse av avtalen.

13. Reforhandling.

Hver av partene kan be om reforhandling av avtalen med 3 mnd. varsel.

14. Virketid.

Avtalen gjelder fra inngåelsesdato og gjelder for 1 år om gangen med automatisk videreføring dersom ingen av partene har varslet om ønsket reforhandling.

15. Oppsigelse.

Avtalen kan sies opp med ett års varsel.

16. Ikrafttredelse.

Avtalen trer i kraft

Forslag til Tjenesteavtale 9 20.01.2012

SAMARBEIDSAVTALE DEL 2 - TJENESTEAVTALE 9

Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede

(Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 nr. 11, og spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-1e annet ledd.)

1. Parter

Avtalen er inngått mellom Oslo kommune ved byrådsavdeling og følgende helseforetak: Oslo universitetssykehus, Akershus universitetssykehus, Lovisenberg diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus.

2. Bakgrunn og rettsgrunnlag

Tjenesteavtalen inngår som del II i samarbeidsavtalen mellom Oslo kommune og x helseforetak/sykehus og har sitt rettsgrunnlag i helse- og omsorgstjenestelovens § 6 – 2, nr. 11 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e annet ledd.

3. Formål

Tjenesteavtalen skal sikre at plikten til øyeblikkelig hjelp overholdes i en krisesituasjon. Tjenesteavtalen skal også sikre at partene er kjent med og omforent om de beredskapsplaner som er utarbeidet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for spesialisthelsetjenesten. Det samme gjelder det samarbeid som er etablert på det akuttmedisinske området.

Partene forplikter seg til å videreføre og utvikle samarbeidet innenfor katastrofeberedskap, og i utvikling av den akuttmedisinske kjede.

4. Ansvar

Partenes ansvarsområder reguleres både av helselovgivningen og av samarbeidsavtalen. Uenighet mellom partene om ansvar, om forståelsen av lovgivningen og av bestemmelsene i samarbeidsavtalen behandles iht. pkt. 10.3 i samarbeidsavtalen.

Ved katastrofealarm overtar Oslo universitetssykehus ledelse av spesialisthelsetjenestens innsats og Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester leder kommunens innsats, i tråd med overordede beredskapsplaner for Oslo kommune og for Helse Sør-Øst RHF. Avtalen endrer ikke ansvarsforholdet mellom partene.

5. Tjenesteavtalens virkeområde

Tjenesteavtalen regulerer samhandling mellom Oslo kommune og helseforetakene i en beredskapssituasjon. Tjenesteavtalen gir en oversikt over det samarbeid som er etablert mellom Oslo kommune og helseforetakene i Oslo om tjenester som inngår i den akuttmedisinske kjede.

6. Partenes omforente beredskapsplaner

Partene har utarbeidet følgende beredskapsplaner i tråd med krav i helselovgivningen:

- Regional plan for helsemessig og sosial beredskap i Helse Sør-Øst RHF¹
- Overordnet plan for helsemessig og sosial beredskap i Oslo²

Partenes planer er koordinerte og bygger på en omforent forståelse av ansvar og oppgaver, og behov for samarbeid i en beredskapssituasjon.

7. Rutiner ved overbelegg – somatiske pasienter

Dersom det er fare for at sykehusene ikke kan overholde plikten til å yte øyeblikkelig hjelp på grunn av overbelegg tar bydelene ut utskrivningsklare pasienter³ umiddelbart. Følgende rutiner skal følges:

- Sykehusets administrerende direktør kontakter bydelsdirektør i den aktuelle bydel
- Dersom bydelen ikke klarer å skaffe et tilbud, tar den kontakt med Sykehjemsetaten som til enhver tid skal ha oversikt over ledig kapasitet i byen og utenbys plasser
- Dersom det oppstår problemer mellom sykehus og bydel, kontakter sykehusets direktør Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester som kan instruere den enkelte bydel

8. Beredskapsplan for Legevakten

Det er utarbeidet felles beredskapsplan for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for spesialisthelsetjenesten ved Legevakten.⁴ Planen omfatter også et felles beredskapslager. Planen regulerer også koordinering og rapportering.

Legevaktsentralen er kontaktpunktet for politiet og Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) på operativt nivå. Kontaktpunkt for spesialisthelsetjenesten på strategisk nivå er direktøren ved Oslo universitetssykehus og kommunaldirektøren i Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester.

9. Den akuttmedisinske kjede

Det er etablert døgnåpen legevakt i Storgata 40 – et samarbeid mellom Oslo kommune og spesialisthelsetjenesten.⁵

- Allmenlegevakten (Oslo kommune)
- Sosial ambulant akuttjeneste (Oslo kommune)
- Observasjonsposten (Oslo kommune)
- Skadelegevakten (OUS)
- Psykiatrisk legevakt(OUS)
- Ambulansetjenesten (OUS)

Det vises til tjenesteavtale om drift av observasjonsposten og ruslegevakten i Storgaten 40 Oslo mellom Oslo Kommune og Helse Sør-Øst RHF.

¹ Dato ?

² Beredskapsplan for Oslo kommune av 2.07.2009.

³ Se tjenesteavtale nr. 2

⁴ Dato?

⁵ 11.11.2004: Avtale vedrørende organisering av spesialisthelsetjenestetilbudet i Storgaten 40

12. Behandling av tvister

Tvister knyttet til prinsipielle saker knyttet til samarbeidet eller til forståelse av avtaler og lovgivningen skal søkes løst innenfor rammen av samarbeidsavtalens tvisteløsningsordning. Jf pkt. 9 i overordnet avtale.

13. Evaluering

Partene utarbeider system for regelmessig overvåking av at avtalens bestemmelser følges, og bestemmer hvilke tiltak som bør iverksettes for å bedre etterlevelse av avtalen.

14. Reforhandling

Hver av partene kan be om reforhandling av avtalen med 3 mnd. varsel.

15. Virketid

Avtalen gjelder fra inngåelsesdato og gjelder for 1 år om gangen med automatisk videreføring dersom ingen av partene har varslet om ønsket reforhandling.

16. Oppsigelse

Avtalen kan sies opp med ett års varsel.

17. Ikrafttredelse

Avtalen trer i kraft

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 9. februar 2012

Saksbehandler: Leder direktørens kontor

Vedlegg: 1) Referat fra Brukerrådet 12.12.2011
2) Utkast referat Brukerrådet 23.1.2012
3) Årsplan styret

SAK 10/2012 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Oslo, den 2. februar 2012

Bjørn Erikstein

1. Drift

Ledersamlinger

Oslo universitetssykehus har i januar hatt ledersamling for ledergruppen og deretter en stor to dagers ledersamling med klinikkledere, avdelingsledere, tillitsvalgte, hovedverneombud og representanter for brukerutvalget. Tema var felles utfordringer, hovedmål og tiltak for 2012. Evalueringen viser at deltakerne mente samlingen var nyttig, og en viktig påminning om sykehusets kompleksitet og at utfordringer må løses i fellesskap for å løse de oppgaver og nå de mål som er satt.

Det har i januar 2012 vært noen utskiftninger i ledergruppen ved Oslo universitetssykehus. Marit Bjartveit er ansatt som klinikkleder i Klinikk psykisk helse og avhengighet etter Øystein Mæland. Hun kommer fra stillingen som leder av Avdeling for akuttpsykiatri ved Oslo universitetssykehus og tiltrådte tirsdag 17. januar. Marit Bjartveit har blant annet jobbet som klinikkleder ved psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag og overlege ved Lovisenberg diakonale sykehus før hun kom til Oslo universitetssykehus. Hun er spesialist i psykiatri og har i tillegg masterutdannelse i helseledelse fra Universitetet i Bergen. Klinikkleder Olav Røise ble 11. januar konstituert som klinikkleder i Klinikk for kirurgi og nevrofag etter at Siri Vedeld Hammer har sluttet for å bli kvalitetssjef ved Sykehuset i Vestfold. Stillingen som klinikkleder utlyses nå gjennom en ekstern rekrutteringsprosess. Øyvind Skraastad, nestleder i Akuttklinikken, konstitueres som klinikkleder for klinikken i perioden.

Avvikling av rehabiliterings- og botilbud i Magnusgate, Avdeling for førstegangpsykose

Klinikk for psykiatri og avhengighet vil avvikle rehabiliterings- og botilbudet i Magnusgate - Avdeling for førstegangpsykosere fra 1.januar 2012. Dette dreier seg om 9 plasser knyttet til et bo og rehabiliterings tilbud til personer med førstegangpsykosere i aldersgruppen 17 – 30 år. Bakgrunnen for avviklingen er at Klinikk psykisk helse og avhengighet ønsker å spisse sine funksjoner i forhold til oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten, bydelene og de lokalbaserte tjenestene i kommunene.

Beslutning er i tråd med Helse Sør – Øst sin styresak 061-2010 om at avdelingene i det videre arbeidet for å oppnå budsjettbalanse må prioritere spesialfunksjonene på regions og områdenivå. Samhandlingsreformen som har trådd i kraft fra 1.januar 2012 tilstreber et tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og legger opp til at pasientene skal få behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Klinikk psykisk helse og avhengighet vil tilstrebe et tettere samarbeid med bydelene om pasienttilbudet til denne pasientgruppen og intensivere samarbeidet tidligere i pasientforløpet, ved blant annet økt ambulantvirksomhet og poliklinisk behandling av pasientens psykiske lidelse. Avdelingen vil ved behov kunne ha opplæring og veiledning av personell i bydelene knyttet til pasientgruppen. Det er etablert kontakt med Oslo kommune sentralt om et samarbeid videre i saken.

De personellmessige konsekvensene ved en avvikling av Magnusgate bo og rehabiliteringsenhet vil være at 7 årsverk som er faste ansatte, vil få tilbud om evt. ledige stillinger ved Avdeling for førstegangpsykosere eller ved andre avdelinger i klinikken der det er ledige stillinger som den enkelte fyller kompetansekravene til. De som ikke får tilbud om ledig stilling vil bli underlagt de samme prinsippene som gjelder for øvrige ansatte ved innplassering ved Oslo universitetssykehus.

Samarbeid med Barne- og familieetaten i Oslo kommune

Prosjekt barnevern for psykisk helse 2006-2010 ble startet som et prosjekt i regi av Barne- og familieetaten i Oslo kommune med midler fra storbymidlene i opptrappingsplanen psykisk helse. Hovedmålet for prosjektet var å bedre tilbudet til barn og ungdom med psykiske problemer som befinner seg i tiltak i regi av Barne- og familieetaten. Senter psykisk helse ved Ullevål sykehus har vært representert i styringsgruppe ved leder.

Prosjektet har iverksatt kartlegging av aktuell målgruppe, hatt mange opplæringstiltak, veiledninger til institusjoner innen Barne- og familieetaten og studiereiser. I oppsummeringen fra prosjektet står det:

Det har vært gjennomført et forprosjekt for å kunne opprette en ny institusjon spesielt for ungdom i den kategorien psykososial funksjon vi kaller "grunnleggende tilknytningsforstyrrelser". Det foreslås at det opprettes en institusjon med 6 plasser med tilknyttede familiehjem..... Det er en forutsetning at de to instansene (BFE og SPHBU) inngår i et likeverdig samarbeid og deler utgiftene til institusjonen likt.

Helt fra starten av har det vært klart fra Oslo universitetssykehus sin side at vi ikke kan inngå i et slikt økonomisk samarbeid uten at det tilføres friske midler, prosjektet har hele tiden vært forankret og drevet av Barne- og familieetaten i Oslo kommune. I den aktuelle situasjon hvor Senter psykisk helse har fått redusert opptaksomåde med betydelig reduksjon i rammer, er det ikke mulig å bidra økonomisk til en slik institusjon.

Samtidig har Oslo universitetssykehus utvidet vårt arenafleksible tilbud til barn, slik at vi i større grad kan bidra inn med veiledning og kompetanse samt behandlingstiltak til barn under barnevernets omsorg. Vi holder fast på at vårt døgntilbud med behandlingsplasser i spesialisthelsetjenesten ikke skal være pasientens omsorgsbasis og har derfor for barn bare 5-døgntilbud. For ungdom har vi en akutenhet og en intermediærhet som skal gi døgnbehandling (7-døgnsenheter), og vi vil også bidra til at ungdommen får et godt tilbud utenfor sykehuset gjennom ambulansetjeneste, både fra spesialavdelingen og fra poliklinikkene.

Oslo universitetssykehus har konkludert med at det ikke har økonomisk mulighet til å bidra til en døgninstitusjon for ungdom i samarbeid med Barne- og familieetaten. Vi vil imidlertid fortsatt ha fokus på å utvikle samarbeidet for å bidra til kompetanseheving og veiledning i deres institusjoner, bidra til utredning av pasientene, følge opp behandlingstiltak poliklinisk og gi tilbud om hospitering av ansatte i Barne- og familieetatens institusjoner.

Orientering til styret vedrørende spørsmål 553 i Stortinget: Pasienter som dør alene på sykehuset

Pasienter ved Oslo universitetssykehus skal ikke dø alene. Når en pasient er døende tilstreber helsepersonell ved sykehuset å tilrettelegge for at pasienten skal få en verdig død ved å gi god omsorg og behandling. I denne fasen blir det lagt vekt på pasientens og pårørendes ønsker om tilstedeværelse fra personalet. Dersom pårørende ønsker å være alene ved dødsleiet, så respekteres dette men helsepersonell skal alltid være tilgjengelig.

Generelt følger personalet følgende punkter når en pasient er døende:

- Forholdende legges til rette for at pårørende kan være tilsted så mye som de ønsker.
- Pårørende som ikke har mulighet for å være tilstede vil bli tilkalt etter avtale slik at han/hun kan være tilstede når døden inntreffer.
- Optimal lindrende behandling (palliasjon) i form av smertestillende, kvalmestillende og andre lindrende tiltak skal iverksettes ved behov.
- Døende pasienter skal ligge på enerom med helsepersonell tilstede eventuelt etter avtale med pårørende.
- Behovet for fastvakt vurderes fortløpende.

Det finnes retningslinjer for omsorg ved livets slutt i sykehusets kvalitetssystem. Det er tema i internundervisning og i opplæring av nye medarbeidere. Dette er en viktig og prioritert oppgave for helsepersonell ved Oslo universitetssykehus.

Status i arbeidet med Felles klinisk informasjonsgrunnlag (FKI)

I tråd med områdeplanen for IKT vedtatt i styresak 116-2011, samt administrerende direktørs orienteringer sak 152-2011 punkt. 1 og 2 har det vært jobbet langs to akser siden sist styret ble informert om status.

Det har vært lagt mye ressurser inn på å ferdigstille arbeidet frem mot en konsolidert elektronisk journal i foretaket med unntak av tidligere Aker sykehus. Leveranse M3 - ny versjon av Pasdoc - ble satt i produksjon 28. januar 2012. Dette ble gjort uten at det ble rapportert om vesentlige avvik. Endelig leveranses av klinisk billedlager og konsolidert Doculive er planlagt ferdigstilt første halvår 2012.

Det er i tillegg startet et forprosjekt DIPS med det formål å forelegge styret et beslutningsgrunnlag til styremøtet i mai 2012, som beskriver konsekvensene av å eventuelt skulle innføre DIPS i Oslo universitetssykehuset.

Redegjørelse for renhold ved Ullevål sykehus

Det vises til henvendelser og avvik vedrørende klager på renholdskvaliteten ved Ullevål sykehus. Klagene skyldes i all hovedsak redusert kontorrenhold og avviking av hovedrenhold med bakgrunn i budsjettreduksjon. I tillegg er det en realitet at kvaliteten på renholdet er noe mangelfull på enkeltområder. Styret orienteres her om status og de tiltak som gjennomføres på dette området.

Høsten 2011 igangsatte Oslo sykehusservice et forbedringsprosjekt som skal sikre et helhetlig leveransekonsept av renholdstjenester ved å etablere struktur og rutiner for kontinuerlig forbedring. Formålet med konseptet er å sikre at det utføres renhold på en felles måte på hele sykehuset med god kontroll over kvalitetsnivå og kostnader. Kort går dette ut på at det er:

- testet sammenheng mellom ressursbruk og kvalitet på renholdstjenester ved benchmarkinganalyse internt mellom de ulike lokalisasjoner i foretaket også mot mange sykehus i Sverige.
- målt endringer i nivået av organiske urenheter (objektiv måling av potensiell smitteoverføring) i sammenheng med endringer i tjenesteyting. Dette med tanke på å behovsrette renhold, hvor renhold tilpasses rommets aktivitet, og/eller endring av renholdsfrekvenser. Det presiseres at pasientrom ikke berøres av dette.
- økt samarbeid mellom klinikkene som bestiller og Oslo sykehusservice som leverandør for å avklare forventninger og utarbeide konkrete tjenestebeskrivelser.

Utfordringene i dette arbeidet er å vurdere hva som er "rett kvalitet". Er det den subjektive kvaliteten (brukernes opplevde kvalitet) eller er den objektive kvaliteten (måling av nivået av organiske urenheter) som skal veie tyngst når man vurderer og setter krav til rengjøringskvalitet - det er ikke alltid gitt at disse to perspektiver sammenfaller. Sykehuset følger standarden i NS-INSTA 800 som beskriver to hovedprinsipper som kan brukes til vurdering av rengjøringskvalitet; visuell kontroll og objektive målinger. Det er en målsetning å etablere et system for regulære objektive målinger da dette vil gi oss nødvendig styringsinformasjon og kontroll på hvor kvaliteten bør forbedres. Likeledes vil det også være fokus på visuell kontroll og forventningsavklaring som er en viktig forutsetning for å kunne levere "rett" subjektiv kvalitet på alle arealer i sykehuset. Ved implementering av et helhetlig leveransekonsept, som er planlagt våren 2012, vil man enklere identifisere rett kvalitet og bevist kunne prioritere tilgjengelige ressurser. Dette betyr for eksempel at man kan målrettet fokusere på de punkter som ivaretar smitteoverføring /pasientsikkerheten og/eller legge inn mer ressurser i de typer lokaler (gamle/slitte) som krever mer renhold. Det skal også nevnes at konseptet ser ut til å gi økt grad av tilfredshet blant medarbeidere i Renholdsavdelingen.

Oslo universitetssykehus - et godt sykehus for barn

Med bakgrunn i medieoppmerksomheten i desember 2011 omkring barnesenteret og tilbudet til barn ved Oslo universitetssykehus bør følgende presiseres: Det er ikke riktig at barn nå spres på ulike avdelinger i Oslo universitetssykehus. Både på Rikshospitalet og Ullevål sykehus ligger alle barn på egne barneposter med eget dedikert barnepersonell. Samlet barnevirksomhet har vært større på Rikshospitalet enn på Ullevål og det faglige tilbudet minst like bredt. Begge sykehus har hatt en tverrfaglig og helhetlig tilnærming til syke barn. Det vil således ikke skje en fragmentering eller rasing av barnevirksomheten ved flytting av funksjoner til Rikshospitalet; snarere planlegges en økende samling av fagmiljø på tvers av tidligere Rikshospitalet og Ullevål med styrkede fagmiljø og bedret pasientbehandling som mål.

Det er riktig at det har vært ulike synspunkter internt i Oslo universitetssykehus på om en samlet kirurgisk avdeling for barn organisatorisk burde ligge i Kvinne- og barneklubben eller i en kirurgisk voksenklinikk. Oslo universitetssykehus har foreløpig valgt det siste, men også i denne løsningen er alle barn samlet i en egen tilrettelagt avdeling med kun barnepasienter i egne barneposter og med eget dedikert barnepersonale.

Det er viktig å huske at et av premissene for de pågående omstillingene også er å styrke tilbudet til barnepasienter på områdesykehusene. Gjennom den overføringen av pasienter og barneleger til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken som har skjedd siste året, er fagmiljøene blitt styrket og tilbudet til syke barn også der er gitt gode utviklingsmuligheter. For at det samme skal skje ved tidligere Ullevål og Rikshospitalet, må de geografisk samles. Da det ble frigjort plass på barneavdelingen på Rikshospitalet etter overføring av pasienter til Vestre Viken, samlet vi derfor 16. mai 2011 to fagområder som det i lang tid har vært bred enighet om burde samles til Rikshospitalet, nemlig behandlingen av barn med kreft og av barn med medfødt hjertesykdom. Nyfødtkirurgi ble samlet til Rikshospitalet 1. desember 2011. Oslo universitetssykehus utreder nå hvordan ytterligere samling av barnevirksomheten til Rikshospitalet kan skje raskest mulig. Underveis i denne prosessen må vi ivareta alle

fagmiljøer best mulig. Det er ingen tvil om at dette er en krevende prosess og at dette skaper uro. Alle ville helst samlet alt med en gang, og de ansatte er utålmodige. Å vente med alle endringer til nybygg står klare, ville slik vi ser det ikke vært et godt alternativ, da overføringen til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken allerede har skjedd og begge barneavdelingene hver for seg stod klart redusert tilbake. Gjennom tett samarbeid, fokus på at vi er en samlet barnevirksomhet og ved at for eksempel barnehjerteleger også er tilgjengelige også på Ullevål, ivaretar vi pasientsikkerhet og fagmiljø best mulig.

Det hevdes at ”barnespesialitetene som i stor grad har vært samlet ved Barnesenteret på Ullevål nå spres rundt på ulike klinikker”. Det er riktig at organisering av det kirurgiske tilbudet til barn og det intensivmedisinske tilbudet til barn etter nyfødtprioriteten tidligere har vært noe ulikt organisert på Ullevål og Rikshospitalet. Begge steder har de ulike kirurgiske spesialitetene (dvs kirurgene) som barneortopedi, barneplastikk-kirurgi, barnenevrokirurgi (bare RH), barnehjertekirurgi (bare RH) og barnetransplantasjon (bare RH) og behandlingen av øye-(bare Ullevål) og øre-nese-halssykdommer (bare RH) hos barn i hovedsak (med unntak av de ”generelle” barnekirurgene) vært organisert sammen med de kirurgiske voksenspesialitetene, slik det oftest også er internasjonalt. Det er slik vi vurderer det ingen som tar til orde for å endre på dette i Oslo universitetssykehus nå. Et viktigere spørsmål er organisering og drift av sengepostene for kirurgiske barn. Dette har tidligere vært gjort forskjellig på Ullevål og RH. På Ullevål har alle barn med kirurgisk sykdom (unntatt barn med øyesykdom) vært innlagt på en barnekirurgisk sengepost organisatorisk underlagt Kvinne- og barndivisjonen. På Rikshospitalet har alle barn vært innlagt på en av tre kirurgiske sengeposter for barn (kun barn er innlagt her; dette er egne barneposter), som organisatorisk har ligget under en kirurgisk avdeling for barn som igjen ligger i klinikk for kirurgi og nevrofag, dvs en voksenklinikk. Den kirurgiske barnevirksomheten på Rikshospitalet var ca fire ganger større i sengetall enn virksomheten på Ullevål og med et betydelig bredere faglig tilbud.

Vi konkluderer derfor med at Oslo universitetssykehus er et godt sykehus for barn og pårørende, og behandlingen skjer i egne seksjoner og avdelinger for barn, og av et dedikert personale som har bred erfaring i å behandle syke barn. Oslo universitetssykehus jobber konkret og målrettet med å videreutvikle et samlet og meget godt tilbud til syke barn fra Oslo, regionen og hele Norge. I denne prosessen ønsker Oslo universitetssykehus å samle og bygge videre på den kompetansen som finnes både ved Ullevål og Rikshospitalet.

Ny daVinci-robot i gave fra Radiumhospitalets Legater

Radiumhospitalets Legater gir en daVinci-robot med tilleggsutstyr og ekstra konsoll til Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. Gaven representerer en oppgradering av nåværende robot som nå er så gammel at tilgjengelige reservedeler kan opphøre etter 2013. Den nye roboten innebærer en teknologisk utvikling som åpner for nye muligheter i behandlingen av gynokologisk kreft og urologisk kreft. I gaven ligger en læringskonsoll som gir mulighet til opplæring av nye operatører. Gaven gis under forutsetning av at:

- a) Roboten installeres i Radiumhospitalets lokaler på Montebello.
- b) Oslo universitetssykehus tar ansvaret for driften av maskinen, og mottar alle inntektene.
- c) Oslo universitetssykehus tar ansvaret for skader som måtte oppstå på pasienter, personale, robot, eller bygninger.

- d) Roboten kan ikke flyttes, selges, eller byttes inn uten godkjenning fra Radiumhospitalets Legater.

2. Organisering og utvikling

Likeverdige helsetjenester - tro og livssyn

Oslo universitetssykehus har initiert et samarbeid for å tilby tros- og livssyns samtalepartnere til pasienter og pårørende på sykehuset, som ikke er medlemmer av Den norske statskirken. Til nå har sykehusprestene vært alene om å tilby sjelesorg og samtale til pasienter som befinner seg i en kritisk og ofte usikker situasjon, med behov for samtale om eksistensielle spørsmål. Sykehuset har til nå ikke hatt noe formalisert tilbud til medlemmer av minoritetsreligioner.

Gjennom et pilotprosjekt, Tros- og livssynsbetjening i sykehus, har i løpet av høsten 2011 totalt 24 deltakere, fra 12 ulike tros- og livssynsretninger, deltatt på kurs for å bli samtalepartnere. Teologisk fakultet ved Universitetet i Oslo har hatt det faglige ansvaret for kurset. Temaer som har vært tatt opp er bla. etikk og moral, taushetsplikt, pasientsikkerhet, kommunikasjon og lytteteknikker.

I oktober ble det tilsatt en koordinator som skal ha ansvar for drift av prosjektet samt oppfølging av samtalepartnerteamet. Personale kan kontakte prosjektkoordinator, når en pasient ønsker samtale. Prosjektet dekker honorar for samtalepartner.

Innplasseringsprosessen 2011

Klinikkene var i ulik grad berørt av overføringene av pasientgrunnlag til Akershus universitetssykehus og Vestre Viken ved inngangen til 2011. Ved årets utløp er det Medisinsk klinikk, Kvinne- og barneklubben og delvis Klinikk for kirurgi og nevrofag, som i 2011 har foretatt bemanningsreduksjoner av et visst omfang. De øvrige klinikker har i stor grad innplassert sine ansatte enbloc, dvs. uten direkte å ha gjennomført bemanningsreduksjoner som følge av innplasseringen. Arbeidet som er gjennomført i forbindelse med innplasseringen vil likevel være nyttig for å få nødvendig bemanningsoversikt i klinikken.

Det var om lag 65 ansatte som ikke ble innplassert samlet sett. For de fleste av disse har det i løpet av høsten 2011 blitt funnet varige løsninger. Ved utløpet av 2011 var det fem reelt ikke-innplasserte i stillinger som fantes i flere klinikker. Etter retningslinjen for bemanningstilpasning skulle disse ha blitt prøvd mot tilsvarende innplassering på tvers av klinikkene. Grunnet det lave antallet ble det ikke lagt opp til en slik tverrgående prosess basert på 2011-innplasseringen. Disse ivaretas og følges i stedet opp via leder med bistand fra omstillingscenteret.

Bemanningsstilpasninger og innplasseringsprosess 2012

Oslo universitetssykehus har fortsatt for stor samlet lønnskostnad og det vil være aktuelt med nye innplasseringsprosesser i 2012. Klinikkene er i denne forbindelse bedt om å foreta en særskilt vurdering av om bemanningsreduksjonen forutsetter en ny innplasseringsprosess for 2012. Alternativt må klinikkene vurdere om de i stedet kan klare sine budsjettkrav med andre tiltak som naturlig avgang, reduksjon av variabel lønn og innleie, endring av tjenestepålegg, ansettelsesstopp og omplassering. Det er allerede klart at Klinikk for psykiatri og avhengighet står overfor en betydelig overtallighet og

klirikken er kommet langt i å gjennomføre en bemanningstilpasning som følge av dette. I tillegg er Medisinsk klinikk i gang med bemanningstilpasning.

3. Status samhandlingsprosjekter

Prosjekt ”Rask i vendinga” – hvordan kan vi diagnostisere KOLS i et tidlig stadium, og stimulere til helsefremmende atferd?

KOLS diagnosen er raskt økende både i Norge og på verdensbasis. Vanligvis blir diagnosen stilt sent i forløpet etter at pasienten allerede har utviklet alvorlige symptomer på lungesykdom. For helsevesenet er det derfor en utfordring å identifisere pasienter med tidlig KOLS. To av tre KOLS-pasienter vet ikke om at de har sykdommen. Fastlegene synes det er vanskelig å implementere kartlegging og tidlig intervensjon i forhold til disse pasientene med størst potensial for å forbygge sykdom, hindre redusert livskvalitet og unødig bruk av spesialisthelsetjenesten.

Oslo universitetssykehus har, i samarbeid med 2 legesentra i Bydel Bjerke, gjennomført et prosjekt som hadde til hensikt å bistå fastlegene i hvordan identifisere og å ta opp spørsmålet om røyking og motivere til røykeslutt, samt å utvikle et lærings- og mestringstilbud til denne pasientgruppen. Prosjektet var finansiert med midler fra Helsedialog.

Læringstilbudet ble gjennomført som et samhandlingsprosjekt mellom bydel og sykehuset i 2011 for personer med bekymring for egen helse pga røyking. Tilbudet har fokus på motivasjon til atferdsendring og bevisstgjøring av egne vaner og det er gitt en fremtredende plass for brukererfaringer og fastlegens rolle. Tilbudet består av flere moduler fordelt på ni kursdager over 3 måneder. Ved kursslutt rapporterte deltagerne en økning i troen på egne evner til å håndtere utfordringer og problemer. Endring er statistisk signifikant. Deltagerne vil bli fulgt opp med telefonintervju for å dokumentere mål knyttet til røykeslutt.

Den læringsmodellen som er utviklet i prosjektet, er et eksempel på et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten om forebygging av sykdom. Både allmennleger og brukere har uttrykt et behov for tilbud til pasienter med nyoppdaget KOLS. Et tilbud som dette bør inngå i alle pasientforløp for KOLS pasienter og er en modell som kan tilbys i et samarbeid mellom kommunens lærings- og mestringsaktiviteter i Frisklivssentraler, lokalmedisinske sentra og spesialisthelsetjenesten, i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen.

4. Arbeidsgiverforhold

Lønnskonertering for leger

I september 2010 ble Oslo universitetssykehus HF og Den Norske Legeforening enig om overenskomst del B for foretaket. I overenskomsten er det åpning for to ulike lønnsmodeller basert på modellene som var ved henholdsvis Aker/Ullevål og ved tidligere Rikshospitalet. De to modellene er hovedlønnsmodell (A2) og alternativ modell.

Klinikken valgte i begynnelsen av januar 2011 hvilken lønnsmodell klinikken/avdelingene skulle avlønnes etter. Etter valget må en del overleger konverteres fra den ene modellen til den andre dersom valget medførte bytte av modell.

Den tidligere Rikshospitalets lønnsmodell var basert på et totallønnskonsept, dvs at utvidet arbeidstid utover 38/40 timer ikke var registrert i lønns- og personalssystemet. For de overleger som bytter fra tidligere Rikshospitalet modell til hovedlønnsmodell vil nå utvidet arbeidstid bli registrert, noe som medfører en økning i årsverkstall for overleger uten at det fører til en kostnadsøkning. For leger fra Aker/Ullevål modellen som bytter til alternativ modell vil vi få den motsatte effekt.

Etter å ha gjennomført konverteringen mellom modellene er netto økning i årsverk for overleger ved Oslo universitetssykehus 63,99.

5. Eiendom

Leie av lokaler til PAT og IMI – Intensjonsavtale for leie av lokaler

Oslo Universitetssykehus ønsker å flytte deler av sin aktivitet ved Patologisk Avdeling (PAT) og Institutt for medisinsk informatikk (IMI) til egnede lokaler i nærheten av klinisk virksomhet ved Montebello eller Gaustad i løpet av 2013.

Basert på «Idéfaserapport- arealbehov samt løsningsforslag for PAT og IMI», er det etablert en prosjektgruppe og mandat for videre arbeid i henhold til konklusjon og anbefaling i idéfaserapport av 20.juni 2011. Dette betyr blant annet videre arbeid med alternativ med løsning i flere trinn, dvs. leie av lokaler i en periode og Nytt bygg eller kontortårn på Ullevål som en langsiktig løsning.

Prosjektgruppen fikk mandat til å utføre en konseptutredning og gjennomføre de nødvendige prosesser for å finne best egnede leide lokalene for PAT og IMI virksomheten iht. idéfaserapportens anbefalinger og levere en konsept- og forprosjektrapport samt forslag til leiekontrakt.

I henhold til lov om offentlige anskaffelser er en konkurranse for leie av lokale nå gjennomført. Styret orienteres her om at det pågår en forhandlingsprosess med to tilbydere, og etter beslutning om hvem som skal tildeles kontrakt, vil det bli inngått en intensjonsavtale for leie av lokaler. Intensjonsavtalen forplikter ikke foretaket til å leie lokaler men vil være gyldig inntil den enten avløses av en leieavtale med gyldighet på 5 år med opsjon på 5 år eller opphører av andre årsaker.

6. Rettstvister

Styret er tidligere informert om mottatt stevning som gjelder privat straffesak mot foretaket fra etterlatte etter avdøde. Grunnlaget som saksøker anførte var underbemanning ved AMK sentralen 3. januar 2010 som medførte at de ansatte, og særlig AMK operatørene ikke fikk utført sitt arbeid på en forsvarlig og tilfredsstillende måte. Tingretten avviste saken med henvisning til straffeprosessuelle bestemmelser. I korthet er ikke de pårørende rettslig sett fornærmet med den konsekvens at de ikke kan reise privat straffesak. Avgjørelsen har vært behandlet av lagmannsretten som opprettholdt tingrettens avgjørelse. Saken ble anket inn til Høyesterett av de etterlatte. Høyesteretts kjæremålsutvalg avviste anken.

Styret er tidligere informert om mottatt stevning fra ass.lege i midlertidig utdanningsstilling med krav om fast stilling. Spørsmålet er om leger i spesialisering

lovlig kan ansettes midlertidig i henhold til lovens krav om unntak for praksisarbeid. Foretaket samarbeider med Spekter i saken på grunn av sakens prinsipielle karakter. Helseministeren har uttalt at flest mulig skal ansettes fast. Dette utfordrer dagens utdanningsmodell i foretakene. Arbeidslivets parter arbeider med dette spørsmålet. Dom er avsagt av Oslo tingrett og foretaket vant saken. Avgjørelsen er svært viktig for foretaket som utdanningsinstitusjon og stadfester utdanningssystemet for LIS. Saksøker har anket saken til lagmannsretten. Saken er berammet til 18.-19. oktober 2012.

Styret er tidligere informert om tvistesak med tidligere ansatt angående forståelse av arbeidskontrakt i forhold til lønnskrav. Dom falt 31/10 og gav sykehuset medhold på to punkter og saksøker medhold på ett punkt. Ved ankefristens utløp 2. desember 2011 har saksøker, dvs. den tidligere ansatte, anket deler av dommen til lagmannsretten. Saken vil bli berammet ultimo 2012/primo 2013. Det er bedt om rettsmegling.

Styret er tidligere informert om sak som gjelder oppsigelse av en ambulansesjåfør på grunn av pliktbrudd i tjenesten. Vedkommende er tilbudt ny jobb som sjåfør. Saken har vært forsøkt løst ved rettsmekling. Hovedforhandlingen ble gjennomført 17.-19. januar 2012 og saken er tatt opp til doms.

Sykehuset er stevnet av ansatt som krever erstatning for suspensjon og trakassering. Saken har sitt utspring i episode som skjedde på et arrangement i arbeidstakerens fritid og sykehusets håndtering av konsekvensene av det som det som skjedde som arbeidsgiver.

Sykehuset er stevnet av ansatt. Saken gjelder ugyldig oppsigelse, herunder krav om erstatning.

I tillegg foreligger det to kollektive arbeidsrettssaker som skal gå for Arbeidsretten:

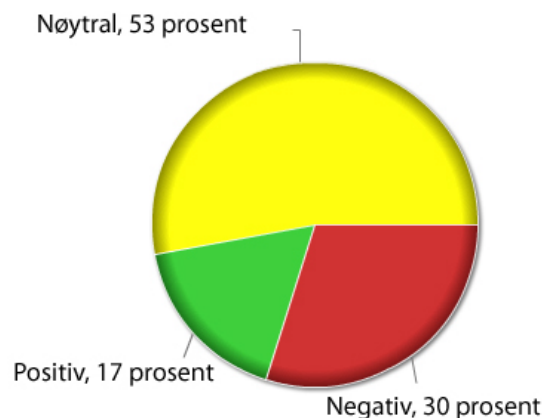
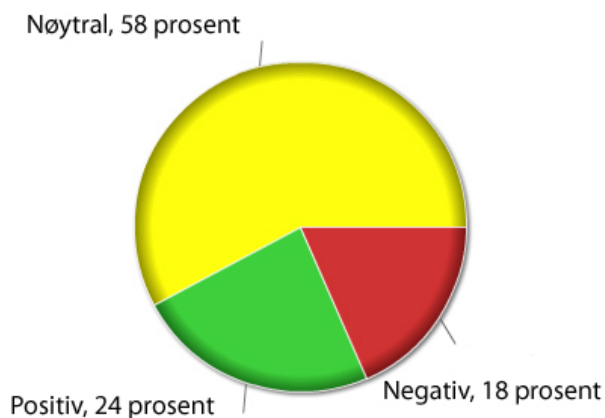
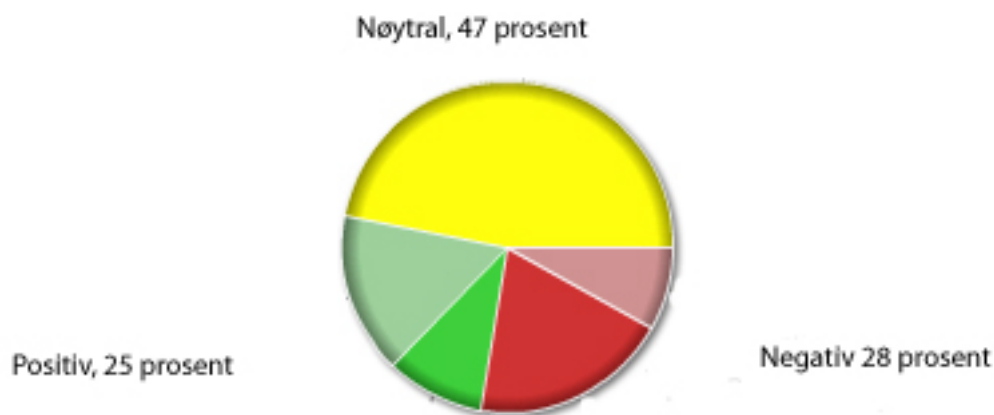
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS) og Delta – en arbeidstakerorganisasjon i YS har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder om lønnsjustering til uorganiserte arbeidstakere ved Oslo universitetssykehus er tariffstridig. Grunnlag: forståelse av overenskomsten mellom Spekter og YS-Spekter ved lønnsjustering av de uorganiserte etter tariffoppgjøret 2010. Saken føres av Spekter på vegne av foretaket. Saken er berammet 14. og 15. februar 2012.

Tekna – Teknisk-naturvitenskapelig forening har saksøkt foretaket og Spekter. Saken gjelder brudd på bestemmelsene om arbeidstid i overenskomst del B mellom Tekna og Oslo universitetssykehus. Den lokale overenskomsten inneholder bestemmelser om arbeidstid og når en kan fravike ordinær arbeidstid. Det er uenighet i forståelse av dette ved planlagt pasientbehandling ut over kl. 17.00 på hverdager. Spekter fører saken på vegne av foretaket.

7. Mediebildet

I 2011 hadde sykehuset nærmere 1300 oppslag per måned i gjennomsnitt. I januar økte antall oppslag ytterligere til omtrent 1450.

Andelen saker som ble vektet positivt var større i januar enn tredje tertial 2011. Andelen negative saker var noe mindre enn i tredje tertial.

Vekting tredje tertial 2011:**Vekting desember 2011:****Vekting januar 2012:**

Det mørkegrønne viser andelen saker som er vektet som svært positive for sykehuset (9 prosent), mens det mørkerøde kakestykket viser andelen saker som er vektet som svært negative (20 prosent). Lysegrønt viser svakt positive saker. Lyserødt viser svakt negative saker.

De positive sakene som dominerte i mediene i januar var:

- Raskere hjertehjelp etter sammenslåing
- Redusert ventetid for pasienter med prostatakreft fra inntil seks måneder til seks til åtte uker
- Åtte av ti sier ja til organdonasjon/rekordår for transplantasjoner
- Lav beintetthet ved tidlig multippel sklerose – resultater av studie
- Kan ha funnet ny kreftkur
- Fikk god hjelp på Radiumhospitalet og ble erklært frisk

De negative sakene som dominerte i mediene i januar var:

- Stortingets kontroll- og konstitusjonskomite åpner sak om Oslo universitetssykehus om sammenslåingsprosess, pasientsikkerhet og innføring av nytt pasientjournalssystem.
- Rapport fra branntilsynet/Brannfeller på sykehus
- Prostatkreft: Lang ventetid på MR
- Lege nektet jobb på grunn av sin tro

- Pasienter mister viktig tilbud (hjerterehabilitering)
- Må ta opp lån for nytt bryst (ventetider)
- Ellen Arnstad lå tre døgn i smertehelvete
- Legemiddel med omstridt tilsetningsstoff
- Papirløs ble nektet abort ved Ullevål

8. Referater

Godkjent referat fra møte i Brukerrådet 12. desember 2011 og utkast til referat fra møte 23. januar 2012 (2 vedlegg).

9. Årsplan

Det legges fram en plan for saker og tema som skal behandles dette året. Planen er gjenstand for kontinuerlige justeringer og legges fram i oppdatert utgave ved hvert styremøte. Justert årsplan vedlagt.

MØTEREFERAT - GODKJENT REFERAT

Møtenavn: Brukerutvalget

Dato dok: 15.12.2011

Dato møte: 12.12.2011 (kl. 13-17)

Referent: Nina Malme Gulbrandsen

Tilstede: Nina Adolfsen (leder), Arne Ellingsberg, Arve Nordlie, Dag A. Omholt, Grete Müller, Heine Århus, John Bjørnøy, Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Richard Madsen

Frafall: Shoaib Sultan, Jon Storaas, Faridah Shakoor, Stine Strømsø

Ledelsen: Inger Heiberg; sak 081, Andreas Moan; sak 025, Tove Strand fra 15:15(sak 090) og Bjørn Erikstein; sak 096

Sakliste (følgende saker ble drøftet / orientert om) :

| Saknr. | Sakstittel/ -innhold | Ansvar | Frist |
|-------------------|--|---------------------|-------|
| 078 - 2011 | Godkjenning av referat fra 24.10.11 og 21.11.11 Referat fra 24.10 godkjent Referat fra 21.11 godkjent med endringene; på sak 84 endre brukerundersøkelse til medarbeiderundersøkelse, og på sak 87 – endre eksemplarer til brosjyrer. | | |
| 079- 2011 | Oppfølging fra forrige møte John Bjørnøy: Seminar om Samhandlingsreformer har startet, men ikke ferdig enda. Sender inn presentasjon til Nina for utsendelse til medlemmene i Brukerutvalget. | John og Nina | |
| 089- 2011 | Årlig melding ved Inger Heiberg Ansvarlig for prosessen rundt årlig melding. Styrets svar på oppdragsdokumentet og foretaksprotokollene. Mest formelle dokumentet styret svarer ut. Rapporterer til HSØ innen 01.03.2012. Brukerutvalget har egen årsmelding som har vært lagt ved som et vedlegg i sin helhet. Nå ønsker vi at Brukerutvalget, som en ressurs, kommer med innspill til selve Årlig melding. Ta med det vi har lykket med: Overføring til Ahus og VV, Samlokalisering og Samhandling Aker. Områder vi har utfordringer. Budsjet, bemanning og bygningsmassen. Innspill må komme før medio januar. <i>Innspill:</i> Veslemøy: Ta med noe om samhandlingsreformen. Arne: Samhandlingsreformen, blant annet finansieringsforholdet. På styremøtene har vi uttalt at alt har gått for fort. Leverte på siste styremøte kommentarer til klinikkens vurderinger. Disse skulle | | |

| | | | |
|------------------------|--|--|--|
| | <p>komme som et eget vedlegg. Brukerutvalget ser alvorlig på klinikkens vurderinger, det er konsekvenser Brukerutvalget liker dårlig.</p> <p>Nina: Brukerutvalget i Helse Sør-Øst får lagt sine kommentarer som vedlegg. Hvordan skal vi gå frem for at våre uttalelser kommer frem? Hovedstadsreformer – pasientforløp – vil dette bli synliggjort i årlig melding?</p> <p>John: Samhandlingsreformen. Skal lage avtaler mellom kommune og sykehus. Det har blitt endringer/justeringer. Bør ta med det som omhandler regional/landsfunksjon også.</p> <p><i>Svar:</i></p> <p>Styret må svare ut hvordan få synliggjort Brukerutvalgets kommentarer.</p> <p>Helhetlig pasientforløp – dette bør Brukerutvalget ta med i sin årsmelding.</p> <p>Samhandlingsreformen – vi bør nok også ta med noe om region/landsfunksjoner også. Kom gjerne med flere innspill.</p> <p><i>Innspill:</i></p> <p>Arne: bør få frem at region/landsfunksjoner er størstedelen av driften.</p> <p>Heine: Brukerrådet på Kvinne/barn ønsker at man følger vanlige aldersgrenser (18 år) ved overføring til voksenavdelinger.</p> <p><i>Innspill sendes Nina så fort som mulig. Hun samler de opp og videresender til Inger.</i></p> <p>Tove sjekker fristen for innlevering av vår årsmelding. Vi må ferdigbehandle den på vårt møte den 23.01.12. send innspill til Nina MG.</p> <p><i>Innspill:</i></p> <p>Årsmeldingen bør inn i årshjulet for mer kontinuerlig arbeid.</p> | | |
| <p>088-2011</p> | <p>Valg av ny nestleder og AU</p> <p>Heine ble klappet inn som nestleder. AU vil nå bestå av leder, nestleder og John Bjørnøy i tillegg til sekretær. AU skal sette agenda og lage møtestruktur for hvert møte.</p> | | |
| <p>025-2011</p> | <p>Strategisk utviklingsplan ved Andras Moan</p> <p>Skal være ferdig til torsdag 15.12.11.</p> <p>Campus Oslo – aksene fra Rikshospitalet til Ullevål med universitetet i midten.</p> <p>Radiumhospitalet – skal oppgradere en del, rive noe.</p> <p>Ullevål – nytt akuttmottak, nytt klinikkbygg og Storbylegevakt.</p> <p>Rikshospitalet – nybygg, påbygg og utvidelse av pasienthotellet.</p> <p>Gaustad – rask regional prosess om skjermede plasser.</p> <p>Utbygging av psykisk helse og avhengighet Ullevål 2025.</p> <p>Samlokalisering i Oslo.</p> <p>Det som haster mest er å få oppgradert Radiumhospitalet og bygget nytt klinikkbygg på Ullevål. For å få til dette må det bygges erstatningsbygg for IKT, matforsyningen, vaskeriet etc. Komplisert. Samling av ide/konseptfaser for raskest mulig gjennomføring.</p> <p>Har en god dialog med Helse Sør-Øst. Tilbakemeldingene fra politikerne har vært positive.</p> <p><i>Betyr:</i></p> <p>Investeringer på 1 milliard i året de neste 16 år. Samling, og nesten logisk gruppering av fag og pasientbehandling.</p> | | |

| | | | |
|-----------------|---|--|--|
| | <p>Reduksjon i areal fra 900 000 til 700 000 kvm. Behov for investeringer skal meldes inn til Helse Sør-Øst i morgen. Saken skal styrebehandles i januar.</p> <p><i>Innspill:</i> Grete: Kjøkken og vaskeri? Svar: Vurderer mulige løsninger. Lilli-Ann: Universell utforming? Svar: Kommer på siste versjon av dokumentet. Arne: Kvalitetssikring? Skulle ikke alt samles på Ullevål? Hva med kulturforskjellene mellom sykehusene? Svar: Vi har fokus på kvalitetssikring. Det er ikke riktig å samle alt på Ullevål, ville bety 9-etasjes bygninger på hele området. Har ikke gitt opp å flytte Radiumhospitalet til Rikshospitalet. Det er samarbeidsutfordringer. Nina: Sak 108/2008 – samling av lands- og regionsfunksjoner på Gaustad? Svar: Ikke så lett. Vi må finne en mer fornuftig måte å fordele på, f. eks planlagt og akutt.</p> <p>Andreas sender presentasjonen til Nina for videreutsendelse til resten av Brukerutvalget.</p> | | |
| 090-2011 | <p>Diskusjon om brukermedvirkning i OUS – handlingsplaner 2012</p> <p>Det må stå klart at vi skal være med. Modulkurs hvert år for å fange opp flere? Viktig at alle har gjennomgått modul 1 som organisasjonene holder. Modul 2. Halv dag årlig. Helst samme dag som Brukerutvalgsmøte eller Brukerrådsmøte. Frivillig brukermedvirkning, diagnosebasert. Kan organisasjonene betale reiseutgifter? Innspill til Helse Sør-Øst om at det koster alt for mye å registrere nyansatte i portalen. Dette er et hinder for brukermedvirkning. Viktig at vi som brukere rapporterer det som kan være av interesse for ledelsen.</p> <p>På neste møte må vi justere møteplanen for 2012 i forhold til datoene for styremøtene.</p> <p>Nina sender kommentarene til brukermedvirkning til Tove.</p> <p>Neste modul 2 kurs blir våren 2012.</p> | | |
| 091-2011 | <p>Budsjett brukerutvalget 2012</p> <p>Hva er brukerforum? Er det når Brukerutvalgets leder møter Brukerrådenes ledere? Hvem dekker reiseutgiftene til Helse Sør-Øst sine Dialogkonferanser.</p> | | |
| 092-2011 | <p>Oppdragsdokumentet</p> <p>Ikke kommet enda.</p> | | |
| 093-2011 | <p>Rapport fra medlemmenes deltakelse, hva slags råd har hvert enkelt medlem til ledelsen?</p> <p>Arne: deltatt på styremøtet i OUS den 24.11.11. Brukerutvalget gav en uttalelse til sak 130/2011 budsjettsaken, spesielt pkt. 9 i Klinikkenes oversikter og konsekvenser av de tiltak foreslått når det gjelder pasientsikkerheten, aktivitetsnivået, arbeidsmiljøet og sykehusets omdømme. Brukerutvalget hadde også innspill til sak 133/2011 orienteringssak, gjennomføringen av Samhandlingsreformen ved OUS. Det ble stilt spørsmål til om OUS som regions- og landsfunksjonelt sykehus og OUS sitt forhold til</p> | | |

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| | <p>kompetanseoverføring til andre regioner i landet. Også de økonomiske forhold mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ble tatt opp av Brukerutvalget og kommentert av styret.</p> <p>Den 02.12 deltatt på møte i Akuttklinikkenes kvalitetsutvalg. Ordinære saker.</p> <p>Lilli-Ann: Deltatt på et siste møte for strategisk utviklingsplan, arealberegning den 23.11.11. (felles møte for alle prosjektgruppene). Ønsker å kommentere at det er lite om pasientinformasjon og pasient-/pårørendeopplæring i strategisk utviklingsplan. Deltatt på Torgdagen den 08.12, hvor vi fikk presentert oss. På denne dagen kom det også frem at det finnes et ungdomsutvalg. Heine: Møte i Brukerrådet Kvinne/barn. Ønsker å beholde aldersgrense 18 år ved overføring av til voksenavdeling. Veslemøy: Brukerrådet HLK jobber med en spørreundersøkelse til brukerne. Var også på Torgdagen den 08.12.</p> <p>John: Kommet i gang med seminar om Samhandlingsreformen. Det er ca 40 deltaker.</p> <p>Dag: Første møte i Brukerrådet vil bli i februar.</p> <p>Grete: Ble invitert av Avd. for Nevrohabilitering sammen med representanter fra CP-foreningen, Epilepsiforeningene og Autisforeningen for å diskutere samarbeid mellom bydeler i Oslo og spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Nina: Vært på konferanse i Helsedirektoratet om pasientforløp. Har holdt innlegg på Universitetet om brukermedvirkning for morgendagens ledere.</p> <p>Etterlyser invitasjon til konferanse fra HSØ. Hvor er den?</p> | | |
| 094-2011 | <p>Fristbrudd/ventetider Settes opp på neste møte.</p> | | |
| 095-2011 | <p>Styresaker (budsjett 2012 Sak 143/2011) Ser bra ut fra det Brukerutvalget har fokus på.</p> <p>Oppfølging 21.11.11 Hvilken holdning har sykehuset til å legge ut avvikene på nettet? Det er viktig at pasientene får registrere hvilken etnisk tilhørighet de har selv. Brukerråd ved Klinikk for kreft, kirurgi og transplantasjon. Medlemmer må være klarert av organisasjonene. Viktig med åpenhet rundt utnevning. <i>Svar:</i> Sykehuset har stor åpenhet og ambisjoner om å få lagt ut avvikene. Ang. registrering av etnisitet, så har vi ikke noe register for slikt i dag, men det er noe vi ser på gjennom Likeverdige helsetjenester.</p> <p>Det er viktig at de fra Brukerrådet KKT får beskjed om at de ikke lenger er aktuelle.</p> | | |
| 096-2011 | <p>Administrerende direktør sin time ved Bjørn Erikstein Erikstein presenterer seg selv. Det vil bli en nettbasert høring om kvalitetssikring. Brukermedvirkning viktig, og vil forbli viktig. Viktig å ha fokus på budsjett. Det er viktig med godt samarbeid med andre sykehus og en god dialog med de andre helseforetakene. Fusjonsprosessen er en kvalitetsprosess som skal utvikle kvaliteten på behandlingen.</p> | | |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Arne: Er det mulig å se på "rammen" på nytt? <i>Svar:</i> Nei.</p> <p>Grete: Hjerneslagbehandling – bør OUS be behandlere om å komme til enighet om hva som er god behandling? <i>Svar:</i> Man er fortsatt uenig om hvor mange som skal ha behandling. Viktig å utvikle kunnskap og få på plass en god pasientsløyfe. Rask behandling viktig.</p> <p>Fokus fremover på gode historier, mindre på budsjett og fusjon.</p> <p>Har fornyet avtalen med Deichmanske.</p> <p>Den 4. januar er det møte med Bente Mikkelsen. Ønsker at leder og nestleder i Brukerutvalget er med på dette. Kl. 12-15. Sted vil vi komme tilbake med.</p> | | |
|--|---|--|--|

MØTEREFERAT - **UTKAST 1**

Møtenavn: Brukerutvalget

Dato dok: 24.01.2012

Dato møte: 23.01.2012

Referent: Nina Malme Gulbrandsen

Tilstede: Nina Adolfsen (leder), Arve Nordlie, Dag A. Omholt, Grete Müller, Heine Århus, John Bjørnøy (går kl. 16.00), Lilli-Ann Stensdal, Veslemøy Ruud, Richard Madsen (kom kl. 14.00 til sak 006), Faridah Shakoor

Frafall: Shoaib Sultan, Jon Storaas, Stine Strømsø

Ledelsen: Inger Heiberg; sak 003, Christina Rolfheim Bye; sak 005, Tove Strand fra 1345 og Bjørn Erikstein; sak 012

Sakliste (følgende saker ble drøftet / orientert om):

| Saknr. | Sakstittel/ -innhold | Ansvar | Frist |
|----------|---|------------------------|-----------------------|
| 001-2012 | Godkjenning av referat 12.12.11 Godkjennes med rettelser på pkt 93 | | |
| 002-2012 | Godkjenning av årsmeldingen for Brukerutvalget 2011 Godkjennes med endringer, blant annet rettelse av medlemslisten. | | |
| 003-2012 | Årlig melding v/Inger Heiberg Inger har laget utkast til tekst. Kommentarer: Ønsker at man tar med de viktige sakene behandlet i 2011. Ønsker også at man tar med de viktige møter, konferanser medlemmene har deltatt på. Konklusjon; John lager utkast til onsdag og sender til Nina A. og Heine. De går gjennom utkastet og videresender til Inger Heiberg senest torsdag. | | |
| 004-2012 | Handlingsplanen 2012 Saker vi bør ha fokus på: Samhandlingsreformen – samhandlingsavtalene, ha operative brukerråd innen utgangen av 2012, Pasientsikkerhetskampanjen, samlokaliseringer – status. Nina A. og Heine lager et endelig utkast som vi vil gjennomgå på neste møte. | Nina A og Heine | Til neste møte |
| 005-2012 | Pasientinformasjon v/Christina Rolfheim Bye og Bjørn Tiller Gjennomgang av presentasjon. Det jobbes med en pasientside sammen med HSØ. Sykehuset er også på twitter (@oslounivsykehus) og facebook. Det finnes også et bredt spekter av informasjonsbrosjyrer. | | |

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| | <p>Omdømme undersøkelse som gjennomføres av HSØ hvert kvartal viser at sykehusområde Oslo er klart best, med over 80%.</p> <p>Et eget prosjekt med/om pasienter er startet opp. Fokus vil være tilgjengelighet, relevant og tidsriktig..</p> <p>Samarbeid mellom sykehusene, HSØ og nasjonalt (helsenorge.no).</p> <p>Vil bruke to klinikker i to mnd. Det er HLK og Kreft og kirurgiklinikken.</p> <p>Informasjon vil komme på forskjellige språk. Standardisering av nettsidene på alle sykehusene. Ambisjonen er å samkjøre og dele informasjon.</p> <p>Ønsker flere muligheter å kommunisere på. Muntlig viktig.</p> <p>Informasjon til blinde, analfabeter etc må utvikles.</p> <p>NAKMI mener det er viktigere at vi lager informasjonen på enkel lettfattelig norsk, enn å oversette til alle mulige språk.</p> <p>Alle tekster som er publiserte er brukertestet av helsenorge.no.</p> <p>Brukermedvirkning av arbeidet vil være på klinikknivå.</p> <p>Klikkbare kropp vil komme tilbake.</p> | | |
| 006-2012 | <p>Områdeplan v/Per Magnus Mæhle</p> <p>Områdeplanene sendes ut om noen dager. Ønsker innspill fra Brukerutvalget. Vil komme tilbake neste møte og presentere.</p> <p>Det er særskilte planer for enkelte områder. Det er seks områdeplaner. Fordeles på medlemmene i Brukerutvalget på følgende måte, for gjennomlesning og innsending av kommentarer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilitering barn – Heine • Psykiatri – Richard • Fødselsoppfølging – Lilli-Ann • Rehabilitering – John • Habilitering voksne – Veslemøy • Rus – Jon S. <p>Faridah ser på alle med vinkling fra minoritetene.</p> | | |
| 007-2012 | <p>Retningslinjer røykfritt sykehus</p> <p>Veslemøy sendte utkastet til Astma- og allergiforbundet for kommentarer. De var veldig positive til utkastet.</p> <p>Nina MG sender svaret til Finn Jensen ved Arbeidsmiljøavdelingen.</p> | | |
| 008-2012 | <p>Publisering på nett.</p> <p>Siden OUS skal fornye nettsiden, må dokumenter flyttes over. Det har da dukket opp spørsmål om fra hvor langt tilbake skal man overføre referatet etc.</p> <p>Konklusjon: To år tilbake</p> | | |
| 009-2012 | <p>Oppfølgingssaker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avvik på nett. Er forsinket. Skulle startet med dette i høst. Regner med at det er på plass i løpet av kort tid. • Ungdomsutvalg. Ikke noe eget ungdomsutvalg, men det er ønskelig med et slikt. Kontakte Norsk forening for unges helse. | | |
| 010-2012 | <p>Brukerrepresentantenes deltakelse i prosjekt/konferanser etc.</p> <p>Grete: Fagdag om autismespekterforstyrrelser og genetiske syndromer i Bergen den 20.01.12.</p> <p>Veslemøy: juleavslutning brukerråd i klinikken den 14.12.11. Der ble det tatt opp..... Referat sendes Nina MG av Birgitte Kolsung.</p> <p>Dag: Møte i Kvalitetsutvalget Akutt-klinikken. Diskusjon rundt registrering av avvik. Frist til 01.07.12 for å rapportere. Også blitt med i et prosjekt "akutt og subakutt" – samhandlingsprosjekt</p> | | |

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| | <p>mellom OUS og tre bydeler.</p> <p>Nina: Vært på møte med BU representant fra HSØ. Blant annet tatt opp oppstartkostnadene ved registrering i portalen. Har også uttalt med i Sykepleien.</p> | | |
| 011-2012 | <p>Administrerende direktør time, Bjørn Erikstein</p> <p>Spørsmål innsendt på forhånd.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kutt innen radiologi. En tosidighet. Må se på opp mot overføringen av pasienter til Ahus. Skal se på hvordan bilder blir beskrevet. Hvordan analysere på en kostnadseffektiv måte. Hvem skal man prioritere? – ø-hjelp, ny sykdom, kurativt formål. Det blir i dag rekvirert unødvendige bilder ved rtg, CT, MR. Må også tenke på strålingsfaren. CT gir stor stråledose. Norge ligger på toppen i forbruk av CT. Bjørn sender rapporten om stråling til Nina MG, som så sender den videre til Brukerutvalget. Opp på neste møte for diskusjon/gjennomgang. 2. Lang ventetid for brystrekonstruksjon. Bør bli en del av behandlingstilbudet. Kapasitetsproblem. HSØ ønsker at slikt tilbud også opprettes i Østfold og Skien. Teknikken endret seg mye de senere år. En brystrekonstruksjon krever fire kirurger i opptil en 10 timer lang operasjon. Ressurskrevende. Det jobbes med saken. 3. Retningslinjer for modulkurs ved brukeropplæring. OUS vil følge HSØ sine retningslinjer for brukeropplæring. <p>Informerer ellers at budsjett 2011 er noe bedre enn fryktet, men fortsatt store utfordringer. Klarer vi å holde budsjettet vil sykehuset ha 800 millioner til investeringer. På N3- samling denne uken vil tiltak på tvers av klinikkene ha fokus.</p> <p>Det er fortsatt noe akuttkirurgi på Aker.</p> <p>En overføringsplan er under bearbeidelse. Må kvalitetssikres.</p> <p>Legevakten på Linderud flytte inn på Aker.</p> <p>Hybridstuer opprettes.</p> | | |
| 012-2012 | <p>Eventuelt</p> <p>Arne Ellingsberg trekker seg, pga omstendighetene, fra sine verv i Brukerutvalget og Kvalitetsutvalget i Akuttklinikken.</p> <p>Da trenger vi ny vara for Brukerutvalget til styret.</p> <p>John Bjørnøy og Faridag Shakoor melder seg.</p> <p>Akuttklinikkens kvalitetsutvalg: Dag Omholt melder seg.</p> <p>Representant til Samhandlingsforskning: John Bjørnøy melder seg.</p> <p>Kvalitetskonferansen i Paris: Nina drar. John hvis Nina melder frafall.</p> <p>Ny møteplan. Møteplanene justeres. Nye tidspunkt og ny møtестruktur. Vil bli rettet opp og sendt ut.</p> | | |

Oppdatert; 02.02.2012 14:25

Årsplan for styret 2012 – Oslo universitetssykehus

| Styremøte 9.02.2012 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|----------------------------|--|---------|---|
| Styreseminar 8. februar | <ul style="list-style-type: none"> • Rapport og ledelsens gjennomgang 3. tertial 2011 • Årlig melding • Mål og budsjett • Vedlikeholdsplan og pålegg fra Arbeidstilsynet og branntilsynet • Arealplan for Oslo universitetssykehus • Valg av styre i Kreftregisteret • Avtaler, Oslo kommune – samhandlingsområdet. | | <ul style="list-style-type: none"> • Administrerende direktørs orienteringer |

| Styremøte 29.03.2012 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|-------------------------|--|---------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Beslutning: Evaluering av forskning (ref. evalueringsrapport) med handlingsplan. • Multitraume Nytt leiebygg Søndre Oslo DPS, godkjenning av leie av bygg av OBOS • Beslutningssak: Strategisk utviklingsplan med helhetlig med helhetlig plan (omstillingsprosjekter) og plan vedlikehold bygninger og arbeidslokaler. • Oppdrag og bestilling 2012 • Områdeplan (fra Per Mæhle). | | <ul style="list-style-type: none"> • Mediestrategi • Etiske regler • Strategi for pasient- og pårørendeopplæring |

| Styremøte 03.05.2012 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|---------------------------------|--------------|---------------------------|--------------------------|
| | • | • Møte med Brukerutvalget | • Status Akuttbygget |

| Styremøte 20.06.2012 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|---------------------------------|---|----------------|--------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Årsoppgjør • Investering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse. Halvårig rapportering. | | • |

| Styremøte 20.09.2012 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|---------------------------------|--------------|----------------|--------------------------|
| Styreseminar etter styremøtet | | | |
| | • | | • Status Akuttbygget |

| Styremøte 25.10.2012 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|---------------------------------|--------------|----------------|--------------------------|
| | | | |

| Styremøte 17.12.2012 | Saker | Temasak | Orienteringssaker |
|---------------------------------|---|----------------|--------------------------|
| | • Investering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse. Halvårig rapportering. | | • Status Akuttbygget |