

Oslo universitetssykehus HF

Møteinnkalling

Møtenavn:	Styremøte 6/2018
Dato møte:	21. juni 2018
Møtetid:	Klokken 10.00 – ca 15.00
Møtested:	Radiumhospitalet, seminarrom 1 og 2.

39/2018	Beslutning:	Godkjenning av innkalling og sakliste
40/2018	Beslutning:	Godkjenning av protokoll fra styremøte 15. mai 2018
41/2018	Orientering:	Utvidet rapportering for 1. tertial og resultater per mai 2018 med risikovurdering for 2018
42/2018	Orientering:	Fremtidens Oslo universitetssykehus
43/2018	Orientering:	Sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistente bakterier
44/2018	Beslutning:	Prinsipper for finansiering av bygging av ny storbylegevakt
45/2018	Orientering:	Ny personvernlov
46/2018	Beslutning:	Styremøter i 2019
47/2018	Beslutning:	Plan for styret i Oslo universitetssykehus
48/2018	Orientering:	Administrerende direktørs orienteringer
49/2018	Beslutning:	Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. juni 2018

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 21. juni 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Sakliste

SAK 39/2018 GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Oslo, den 14. juni 2018

Gunnar Bovim
Sign.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

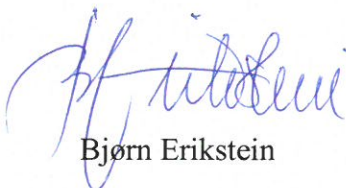
Dato møte: 21. juni 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Protokoll fra styremøte 15. mai 2018

**SAK 40/2018 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 15. MAI 2018**

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 15. mai 2018.

Oslo, den 14. juni 2018



Bjørn Erikstein

Oslo universitetssykehus HF

Protokoll

Møtenavn:	Styremøte
Til:	Styrets medlemmer
Dato dok.:	15. mai 2018
Dato møte:	15. mai 2018 kl. 16.30 – 17.20 på Ullevål sykehus i Oslo
Offentlighet:	
Referent:	Jørgen Jansen

Tilstede: Else Lise Skjæret-Larsen, Svein Erik Urstrømmen, Aasmund Magnus Bredeli

Tilstede over telefon: Gunnar Bovim (møteleder), Anne Carine Tanum, Berit Kjøll

Forfall: Svein Stølen (deltok over telefon i sak 38/2018)

Til stede fra administrasjon: Bjørn Erikstein, Morten Reymert, Sølvi Andersen, Kjell Magne Tveit, Morten Meyer, Erlend Smeland, m.fl.

Tilstede ellers: publikum

Sak 35/2018 Godkjenning av innkalling og sakliste

Vedtak:

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

Sak 36/2018 Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38)

Vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til forslag til økonomisk langtidsplan 2019 - 2022(38).

2. Styret anbefaler foreløpig et styringsmål for 2019 på 100 millioner kroner i overskudd. Styret understreker at vurderingen av styringsmålet er betinget av de planforutsetningene som er mottatt fra Helse Sør-Øst RHF når det gjelder utvikling i basisramme og kostnader for 2019 knyttet til medikamenter og IKT.
3. Styret ber administrerende direktør følge opp arbeidet med nye inntektsmodeller, både regionalt og nasjonalt, for å sikre at Oslo universitetssykehus' særskilte utfordringer knyttet til finansiering av regionale og nasjonale oppgaver blir ivaretatt.

Styremedlemmene Svein Erik Urstrømmen, Else Lise Skjæret-Larsen og Aasmund M. Bredeli ønsket følgende ført i protokollen til sak 36/2018:

"Styremedlemmene Aasmund Magnus Bredeli, Svein Erik Urstrømmen og Else Lise Skjæret-Larsen stemmer imot forslag til vedtak i sak 36/2018 Økonomisk langtidsplan 2019 – 2022 (38) med følgende protokolltilførsel: Styremedlemmene Bredeli, Urstrømmen og Skjæret-Larsen er bekymret for sykehusets forutsetninger til å levere et resultat i henholdt til økonomisk langtidsplan 2019 – 2022 (38). Til tross for reduserte resultatmål i planperioden synes virksomheten å være underfinansiert med hensyn på både drifts- og investeringsmidler. Det legges til grunn en betydelig aktivitetsøkning og samtidig effektivisering av driften uten at det foreligger konkrete planer for hvordan dette skal gjøres. Planen er neppe gjennomførbar fordi driftsforutsetningene vil være uendret i mange år fremover inntil nybygg er realisert."

Sak 37/2018 Rapport per april 2018

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Sak 38/2018 Vedtak om pålegg – overtredelsesgebyr til Oslo universitetssykehus HF

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Gunnar Bovim
styreleder

Anne Carine Tanum
nestleder

Berit Kjøll

Else Lise Skjæret-Larsen

Svein Stølen
sett

Aasmund Magnus Bredeli

Svein Erik Urstrømmen

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 21. juni 2018

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

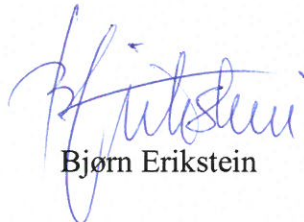
Vedlegg: 1. Tabellvedlegg
2. Risikovurdering

**SAK 41/2018 UTVIDET RAPPORTERING FOR FØRSTE TERTIAL
OG RESULTATER PER MAI 2018 MED
RISIKOVURDERING FOR 2018**

Forslag til vedtak:

- 1. Styret tar utvidet rapporteringen for første tertial og resultater per mai 2018 til orientering.*
- 2. Styret tar risikovurdering for 2018 til orientering.*

Oslo den 14. juni 2018



Bjørn Erikstein

1. Innledning – styringsmål 2018

I oppdragsdokument 2018 fra Helse Sør-Øst RHF fremgår det at virksomheten i Oslo universitetssykehus HF skal innrettes for å nå følgende overordnede styringsmål:

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

Målene skal nås innenfor vedtatt budsjett. Konkrete styringsmål for 2018 inngår i tabellvedlegget. I rapporteringen redegjøres det for styringsmålene hvor det rapporteres månedlige resultater. Rapporteringen utvides tertialvis og årlig med resultater for øvrige styringsmål.

Helseforetaket har fire primære ansvarsområder: Pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Denne rapporteringen er utvidet, og omfatter alle disse ansvarsområdene.

2. Sammendrag

Gjennomgang av status og resultater hittil i 2018 beskrives under.

- I mai var gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 58 dager. Dette er en økning på to dager fra samme periode i 2017.
- For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av mai 51 dager. Dette er en reduksjon på 1 dag fra samme periode i 2017.
- Antall fristbrudd av ventende pasienter per utgangen av mai var 39. Dette er 20 færre enn rapportert på samme tidspunkt i 2017.
- Antall pasienter som har ventet 12 måneder eller mer per utgangen av mai var 7, mot 40 ved utgangen av samme periode i 2017.
- Andel kreftpasienter som er inkludert i pakkeforløp var 63 prosent i perioden januar – mai 2018 og andelen pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid var 58 prosent. Måltallene er 70 pst.
- Det er stor variasjon mellom de ulike pakkeforløpene og en bedring i løpet av 2017. Bedringen er spesielt knyttet til tre av de forløpene med mange pasienter: Bryst-, lunge- og tykk- og endetarmskreft. Samtidig har måloppnåelsen for prostatakreft, hode/hals-kreft og to av forløpene innen gynekologisk kreft (eggstokk- og livmorkreft) i 2018 holdt seg stabilt på et lavere nivå enn måltallet. Registert aktivitet innenfor somatikken er til og med mai 2018 2,4 prosent (2 455 ISF-poeng) lavere enn budsjettert.
- Innenfor psykisk helsevern for voksne er den rapporterte aktiviteten hittil i 2018 om lag som budsjettert eller høyere for alle indikatorene.
- Innenfor psykisk helsevern for barn og unge er aktiviteten som budsjettert eller høyere.
- Den polikliniske aktiviteten innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling er hittil i 2018 noe høyere enn budsjettert mens antall utskrevne pasienter er noe lavere enn budsjettert.

- Rapportert økonomisk resultat etter mai 2018 viser et overskudd på 14 millioner kroner (korrigert for forventet rammereduksjon som følge av reduserte pensjonskostnader), mot et budsjettet overskudd på 73 millioner kroner. Dette gir et negativt budsjettavvik på 58 millioner kroner.
- Gjennomsnittlig antall brutto månedsverk for perioden januar til juni 2018 er 18 949. Dette er en økning på 255 fra samme periode i 2017.
- Sykefraværet hittil i 2018 (til og med april) var 7,9 prosent, en økning på 0,5 prosentpoeng fra samme periode i 2017.
- Epikrisetiden er i stadig bedring, men er fortsatt ikke tilfredsstillende i alle avdelinger.
- Gjentatte saker/klager hos Fylkeslegen dreier seg om brudd på journalføring. Det planlegges en sykehusomfattende revisjon inneværende år.
- Det knytter seg noe usikkerhet til klinikkene/avdelingenes gjennomføringen av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Det gjennomføres en revisjon i flere enheter av fallforebygging inneværende år.
- Publiseringen av nasjonale registerdata fra 2016 viser stor variasjon i registerdekningen men godt over 90 pst dekning til de fleste registre. Noen registre har veletablerte kvalitetsindikatorer som klinikkene kan bruke i vurdering av egne resultater, andre er under utvikling.
- Sykehuset har om lag 60 nasjonale og flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester. Det er berammet en gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester i år. Fordi flere kompetansetjenester har eksistert i mer enn 10 år, forventes gjennomgangen å resultere i avvikling av noen kompetansetjenester.
- Det er registrert en økning på 20 pst uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag ved sykehuset i første tertial 2018. Bevisstgjøring om meldekultur og fortsatt innføring av visualiseringsmetoden «Det grønne korset» i flere enheter er årsakene til en betydelig del av denne økningen.
- Sykehuset har hittil i år mottatt 40 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav 23 med brudd på lov eller forskrift. 22 gjelder brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesten.
- Det er i 2018 sendt 107 660 SMS til pasienter med invitasjon om å gi sykehuset tilbakemelding. Meldingen sendes til utskrevne pasienter fra sengeposter og til pasienter som har vært på en poliklinikk. Dette har gitt 30 358 svar (28 pst) og 25 pst av disse med pasientens kommentarer i fritekstfeltet. Svarene viser 81-95 prosent positive tilbakemeldinger.
- Alle klinikker har pågående forbedringsarbeid og det er økt tavlebruk med fokus på daglig styring, risikostyring og tavler for kontinuerlig forbedring. Flere klinikker har allerede nådd målet om at 70 prosent av enhetene bruker tavler i daglig styring.
- Sykehuset skal legge til rette for at pasienter og pårørende får tilstrekkelig og kvalitetssikret kunnskap om sykdom/skade og implementerer rutiner slik at at pasient- og pårørendeopplæring integreres som en del av pasientforløpet.
- Sykehuset arbeider med tilrettelegging og kvalitetssikring av ulike lokale, regionale og nasjonale beredskapstiltak som sykehuset er gitt oppdrag om.

Det gjelder i første omgang Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte, NMUH og Emergency Medical Team (EMT)

- Klinikkene er godt i gang med HMS-arbeidet, både oppfølging av ForBedrings-undersøkelsen og HMS-runder.
- I perioden 1. september 2017 til 30. april i.å. har det blitt registrert 143 revisjoner på ulike klinikker, avdelinger og enheter i sykehuset.
- Sykehuset jobber med å innføre miljøledelse og sertifisering i henhold til ISO 14001:2015.

3. Administrerende direktørs vurderinger

Hittil i år har helseforetaket jevnt over gode resultater innenfor ventelisteområdet. Resultatene innenfor pakkeforløp er imidlertid betydelig svakere enn de nasjonale målene. Dette gjelder både for andel nye kreftpasienter inkludert i pakkeforløp og andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstider. Arbeidet med å bedre måloppnåelsen vil derfor bli fulgt opp enda tettere i tiden framover.

Selv om aktivitetsavvikene innenfor somatikken fortsatt er lavere enn budsjettert, er avvikene noe redusert de siste månedene. På årsbasis, dvs for hele 2018, forventes den somatiske aktiviteten å bli noe lavere enn forutsatt i budsjettet. For å redusere det negative aktivitets- og inntektsavviket har administrerende direktør tett oppfølging av aktivitet hver uke, herunder utnyttelse av kapasitet (poliklinikk, sengeposter og operasjonsstuer). Det er videre gjennomført utvidede tertialmøter med klinikk- og avdelingsledere, hvor både økonomisk resultat, tiltak og flere andre tema knyttet til gjennomføring av driften i 2018 og den samlede virksomhetsstyringen er gjennomgått.

De negative aktivitetsavvikene har stor betydning for foretakets økonomiske resultat hittil. Etter fem måneders drift i 2018 har foretaket rapportert et negativt avvik i forhold til budsjett på 58 millioner kroner. Siste måned er avviket redusert med 7 millioner kroner.

De første månedene av 2018 var det lavere aktivitet enn budsjettert for polikliniske konsultasjoner innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Som følge av flere konsultasjoner de siste månedene er de negative avvikene lukket, og etter mai er det positive aktivitetsavvik for de fleste aktivitetsparameteren på dette området. Det er fortsatt behov for å bedre rekrutteringen særlig innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.

Selv om administrerende direktør er fornøyd med at det negative budsjettavviket er noe redusert siste måned, vurderes den økonomiske situasjonen fortsatt å være svært krevende. Det er særlig klinikkenes resultatavvik som gir grunn for bekymring, også inn mot neste års budsjett. Det har vært en negativ produktivitetsutvikling for somatikken 1. tertial, og for å håndtere de økonomiske rammebetingelsene framover er det helt nødvendig å snu denne utviklingen. Gjennomføring av omstillingstiltak og god utnyttelse av sykehusets kapasitet vil derfor ha full oppmerksomhet utover i 2018, og som del av arbeidet med budsjett 2019.

Samlet vurdering på dette tidspunkt tilsier at det fortsatt er en betydelig resultatrisiko knyttet til foretakets økonomiske resultat for 2018. Inkluderes den positive resultateffekten ved planlagt overføring av midler fra Inven2 er vurderingen på dette

tidspunkt at det økonomiske resultatet likevel vil kunne bli i nærheten av budsjettkravet. Det vurderes å være en god margin innenfor tildelt samlet likviditet til drift og investeringer slik at investeringsbudsjettet kan gjennomføres som planlagt.

Ledelsens gjennomgang utføres i tertialmøter (sist i mai i år) med alle klinikker hvor klinikkleder, klinikkstab og avdelingsledelse er til stede. Forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren ligger til grunn for sykehusets planer, gjennomføring og oppfølging av virksomheten. Med ledelsens gjennomgang skal administrerende direktør sikre god virksomhetsstyring og måloppnåelse i forhold til oppdrag, virksomhetsmål og ulike resultatindikatorer. Ledelsens gjennomgang har også som formål å sikre at kvalitetssystemet inklusiv HMS- og miljøstyringen fungerer tilfredsstillende og se til at interne retningslinjer og rutiner blir fulgt opp og er tilstrekkelig effektive.

Pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene har høyt fokus i ledelsens gjennomgang. Gjennom året har flere avdelinger og enheter startet innføring av daglig risikostyring med pasientsikkerhetsfokus. Sykehusets nettverk for kontinuerlig forbedring (LEAN-nettverket) har bidratt med utvikling av rutiner og opplæring i bruk av tavlemøter i alle aktuelle enheter. Det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet er fulgt opp med deltakelse i nasjonal nettverkssamling innen ernæring. Det gjøres også en grundigere datainnhenting av hvilke tiltakspakker avdelingene har implementert.

Sykehuset har en merbar og positiv utvikling i meldekultur. Det er samtidig ingen urovekkende utvikling i de ulike kategoriene av pasienthendelser sammenlignet med tidligere år.

Det tilstrebes i økende grad at pasienten gis mulighet til involvering i egen behandling der dette er mulig og hensiktsmessig. Brukerundersøkelsen som gjennomføres kontinuerlig viser også at pasientene i mer enn 80 pst av besvarelsene er positivt fornøyd med behandlingen og tjenestene som sykehuset gir.

Sykehuset følger også opp både interne og eksterne revisjons- og tilsynsmyndigheters pålegg for å trygge og sikre både pasienter og ansatte. Med økte krav om forbedring av driften er det viktig å sikre en fortsatt god kvalitet i helsetjeneste til pasientene og en tilfredsstillende arbeidssituasjon for de ansatte.

4. Tilgjengelige helsetjenester

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

4.1 Status ventetider

I Oppdragsdokumentet for 2018 har Helse Sør-Øst RHF stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid innenfor somatikken skal være under 57 dager. Innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det satt som mål at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager.

I mai var gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter 58 dager og hittil i år er ventetid for alle avviklede pasienter også 58 dager. Dette er om lag på samme nivå som i samme periode i 2017. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid til avvikling i mai 44 dager og hittil i år 45 dager, redusert fra 49 dager i samme periode i 2017.

For pasienter som venter på utredning/behandling var gjennomsnittlig ventetid per utgangen av mai 51 dager. Innenfor Klinikk for psykisk helse og avhengighet var gjennomsnittlig ventetid for ventende 32 dager. Samlet er dette en reduksjon på 5 dager fra samme tidspunkt i 2017.

Gjennomsnittlig ventetid til avvikling er høyest innenfor fagområdene habilitering for barn og unge (115 dager i gjennomsnittlig ventetid) og innenfor generell indremedisin (158 dager i gjennomsnittlig ventetid). Innenfor habiliteringsområdet er årsaken til lang ventetid kapasitetsutfordringer ved Kapellveien Habiliteringssenter og innenfor generell indremedisin er det lang ventetid for pasientgruppen ME (stort manglende oppmøte) og pasienter med sykelig overvekt.

4.1. Passert tentativ tid

I Oppdrag og bestilling 2018 er målet fra HSØ: *En større andel av pasientavtalene skal overholdes sammenlignet med 2017 (passert planlagt tid). Innen 2021 skal minst 95 prosent av avtalene overholdes.* Alle planlagte pasientkontakter skal være registrert med dato/klokkeslett for neste pasientavtale, eller en tentativ uke/måned. Tidspunkt settes ut fra en medisinsk vurdering.

Det er stor variasjon i utfordringsbildet mellom de ulike fagområdene. Utfordringene knyttet til antall er størst innen fagområdene nevrologi, øye og revmatologi. Ved utgangen av mai var det 15 900 kontakter med passert planlagt tid i Oslo universitetssykehus HF. Dette utgjør en andel på 6,6 prosent. Ved samme tidspunkt i 2017 var antallet 16 200 (andel 7,0 prosent).

4.2. Status fristbrudd

Per utgangen av mai var det 39 fristbrudd for ventende pasienter. Sammenlignet med samme tidspunkt i 2017 er dette en reduksjon på 20 fristbrudd. Årsaken til at fristbrudd ventende ikke er i null skyldes i stor grad at time er avtalt og tildelt pasient kort tid etter frist, forsinkelser i oppretting av ikke registrerte rettighetsopplysninger fra andre helseforetak, manglende registrering eller feil registrering av utsattkode eller av ventetid slutt, og forsinkelse i utredning og kvittering av prøvesvar fra ALERIS til seksjon for Bryst og endokrinkirurgi. Forebygging av fristbrudd pågår kontinuerlig, og i de tilfeller hvor pasientene må vente utover frist kontaktes pasienten for samtykke til forlenget ventetid.

4.3. «Ikke møtt» til poliklinisk time

For å sikre kontinuerlig oppfølging av pasientforløpene og planlagt aktivitetsnivå ble arbeidet knyttet til reduksjon av antall «ikke møtt» og pasientbestemte utsettelse intensivert fra høsten 2016.

Det er laget en retningslinje for hvordan den pasientadministrative oppfølgingen av pasienter som ikke møter eller avbestiller skal være. Retningslinjen inneholder

prinsipper for både forebygging og den daglige oppfølgingen av manglende oppmøte, inkludert rutiner for fakturering ved manglende oppmøte eller ved for sen avbestilling. Det er videre gjennomført seminarer og auditoriesamlinger med opplæring til de ansatte.

SMS-varslingen til pasientene om kommende timeavtale er utvidet til også å inneholde informasjon om at egenandel. Tilsvarende informasjon er også lagt inn i «Min journal». Egenandelen ved «ikke møtt» er kr. 690,-. Det ble i 2017 gjennomført en intern revisjon hvor rutiner for oppfølging av «ikke møtt» og fakturering av «ikke møtt» var tema. Revisjonen ble fulgt opp i tertialmøtene etter 1. tertial 2018.

Klinikkene har gjort en beregning av hvor stor andel «ikke møtt» som ble fakturert i 1. tertial 2018. Andel benyttet takst 201c («manglende oppmøte») var om lag 75 prosent. Mange pasienter/pasientgrupper har frikort for egenandel eller andre grunner for egenandelsfritak. I slike tilfeller benyttes takster for bruk av frikoder (201b og 201d).

Sykehuset fokuserer på riktig registreringspraksis av polikliniske takster, registrering av ventetid og planlegging av ny kontakt for de pasientene som avbestiller eller som ikke møter til planlagt tid. Målet er at alle poliklinikker skal ha en «kort-varsel-liste», det vil si en oversikt over pasienter som kan innkalles på kort varsel når andre avbestiller.

4.4. Epikrisetid

Sykehuset har en stor samarbeidsflate både mot andre helseforetak, fastlegene og øvrig kommunehelsetjeneste. En godt utformet epikrise sendt i rett tid (elektronisk om mulig) har stor betydning for opplevd kvalitet og pasientsikkerhet i videre behandling.

Sykehuset har som mål at minst 70 prosent av epikrisene skal være sendt innen første dag, og 100 prosent skal være sendt innen syv dager etter utskrivelse. Ingen av klinikkene oppnådde dette målet i tertialperioden. Medisinsk klinikk hadde den korteste, og Barne- og ungdomsklinikken hadde den lengste epikrisetiden.

Faktorer av betydning for kort epikrisetid:

- Struktur på daglig styring, visittgang og epikrise i hånden
- Gode rutiner og systematikk i journalskrivingsarbeidet
- Leder tar ut rapporter og følger opp
- Daglig ajourhold på tross av stor pasientgjennomstrømning
- Bruk av talegjenkjenning
- Standardisering av epikrisene

Faktorer som bidrar til lang epikrisetid:

- Stort arbeidspress gjør at epikrisearbeid midlertidig nedprioriteres
- Forsinkelse i påvente av prøvesvar
- Komplekse sykdomsbilder hvor oppfølging er tidkrevende og involverer flere instanser
- Forsinkelse i påvente av kontrasignering
- Sårbarhet ved fravær i enheter med få leger

Sykehuset vil videreføre arbeidet med å redusere epikrisetiden.

Tiltak som vurderes er:

- Å avvikle kravet om kontrasingnering, helt eller delvis. For eksempel kan enhetsleder gis fullmakt til å avvike kravet for leger som har oppnådd et visst kompetansenivå, men opprettholde det for nyutdannede/mindre erfarne leger.
- For samarbeidende instanser vil det ofte ha stor verdi å få tilsendt epikrise selv om enkelte prøvesvar mangler, så fremt det blir redegjort for hva som mangler, og at dette ettersendes så snart det foreligger. Dette kan gi noe merarbeid for leger i sykehuset, men bør nok gjøres i noe større utstrekning enn i dag av hensyn til pasientenes sikkerhet.

4.5. Journalføring

Sykehuset har gjennom de siste to-tre årene flere klagesaker hos Fylkeslegen som finner brudd på helsepersonellens journalføring og vil følge dette tettere opp bl.a. gjennom en sykehusomfattende revisjon i 2018. I ledelsens gjennomgang etter 1. tertial har oppfølgingen vært rettet mot sykepleiedokumentasjon.

4.6. Klinisk dokumentasjon i sykepleie (KDS)

Behandlingsplanen er sykepleiernes hoveddokumentasjon og skal til enhver tid følges og være oppdatert. Alle pasienter som innlegges til døgnbehandling skal ha opprettet behandlingsplan innen 24 timer. Veiledende behandlingsplaner skal fortrinnsvis benyttes ved utarbeidelse av behandlingsplan.

Andel pasientjournaler med opprettet behandlingsplaner innen 24 timer var i 2017:

- 64 % av enhetene (totalt 124) ligger over 90 %, en stigning fra 60 % fra 2016.
- 41 % av enhetene har 100 % opprettelse innen 24 timer.

I tertialgjennomgangen ble klinikker med pasientbehandling fulgt opp mht opprettelse av behandlingsplan innen 24 timer. De fleste klinikker viser en positiv utvikling og gode resultat. Vurdering av personalressurser, effektiv struktur for møtevirksomhet og for opplæring er temaer som knyttes til gjennomføringen. Flere klinikker har ved helsefaglig rådgiver etablert et nettverk av samarbeidende kontaktpersoner i seksjonene. En klinikk beskriver at de har utfordringer.

4.7. Sykehusinfeksjoner

Det vises til styresak 43/2018 med presentasjon av status på sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistente bakterier. Temaet var også oppe i ledelsens gjennomgang 1. tertial og velges omtalt for styret i egen sak.

4.8. Pakkeforløp for kreftpasienter

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

Data i tabellen under er for pakkeforløp startet i Oslo universitetssykehus HF. Helseforetaket har i tillegg pasienter i pakkeforløp startet ved annet helseforetak. Måloppnåelse for pasienter i pakkeforløp startet ved annet helseforetak inngår i resultatene for det helseforetak der pakkeforløpet starter, selv om deler av forløpet foregår ved Oslo universitetssykehus HF.

Indikator	2018-01	2018-02	2018-03	2018-04	2018-05	Hittil i år
OA1 Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp	65 %	62 %	67 %	64 %	58 %	63 %
Innfrielse av forløpstid	2018-01	2018-02	2018-03	2018-04	2018-05	Hittil i år
OF4 Kirurgisk behandling	57 %	74 %	72 %	51 %	63 %	63 %
OF4 Medikamentell behandling	53 %	74 %	64 %	53 %	73 %	63 %
OF4 Strålebehandling	38 %	63 %	35 %	64 %	40 %	45 %
OF4 Overvåkning	38 %	33 %	36 %	34 %	34 %	35 %
Andel totalt	52 %	68 %	64 %	49 %	59 %	58 %

Gode pasientforløp for kreftpasienter er et sentralt satsingsområde for Oslo universitetssykehus HF på kreftområdet. Pakkeforløpstider er tema i interne oppfølgingsmøter i lederlinjen. Arbeidet med gode pasientforløp retter seg mot hele forløpet inklusiv rehabilitering, palliasjon og seineffekter og er dermed i tråd med den nylig reviderte utgaven av nasjonal kreftstrategi.

Foretaket har hatt utilfredsstillende resultater når det gjelder pakkeforløp siden en startet med disse forløpsdatene for tre år siden. Dette gjelder både i forhold til både andel kreftpasienter inkludert i forløp og andel behandlet innenfor normert tid. Det var stor variasjon i måloppnåelsen mellom de ulike pakkeforløpene i 2017, men en generell bedring i løpet av året. De første månedene i 2018 har det imidlertid vært en generell tilbakegang i måloppnåelsen for alle de volumtunge pakkeforløpene. I forhold til totalbildet har det imidlertid i mai igjen skjedd en bedring i andel forløp gjennomført innen normert tid. Bedringen er knyttet både til kirurgi og strålebehandling som første behandling. Bedringen er dessuten spesielt knyttet til tre av de forløpene med mange pasienter: Bryst-, lunge- og tykk- og endetarmskreft. Samtidig har måloppnåelsen for prostatakreft, hode/hals-kreft og to av forløpene innen gynekologisk kreft (eggstokk- og livmorkreft) i 2018 holdt seg stabilt på et for lavt nivå.

Det er satt i verk oppfølging og tiltak mot de forløpene der det er særlige utfordringer. Det gjelder både andel innen normert tid og andel pasienter inkludert i pakkeforløp:

1. Kirurgi er første behandlingsmodalitet for 60 prosent av pasientene. Det er en særlig utfordring knyttet opp til ferieavvikling og jul/påske. Gjennom samarbeid med driftsstyret for kirurgi er det etablert en høyere kapasitet for kreftkirurgi i år enn for 2017. Blant annet gjelder dette for gynekologisk kreft.
2. Det forløpet der flest pasienter ikke behandles innenfor normert tid er prostatakreft, og det gjelder både kirurgi og medikamentell behandling (før oppstart stråleterapi). Det er bestemt en samlokalisering av behandlingsmiljøet på onkologisk side som forventes å gi en bedre daglig styring og koordinering som vil bedre forløpstidene (fra høsten 2018)

3. For gynekologisk kreft har det vært mangelfull måloppnåelse for alle tre forløp, men pr dags dato spesielt for eggstokk- og livmorkreft. Det er etablert nødvendig kapasitet for pasienter med livmorkreft med annen operasjonsteknikk for høyrisikopasienter (i henhold til internasjonale retningslinjer) og besluttet at lavrisikopasienter opereres ved Kvinneklinikken.
4. Øre-nese-hals er den største gruppen av pasienter som primært behandles med stråleterapi. Her er forløpstidene svært dårlige. Det er igangsatt en prosess i samarbeid mellom de hovedansvarlige klinikkene for å bedre logistikken.
5. Forløpstallene for brystkreft er svakere i år enn for 2017. De er planlagt en overføring av kirurgisk virksomhet fra Ullevål til Aker i løpet av 2018. Operasjonsvirksomheten vil etter det foregå i et egnet driftsområde tilpasset for dagkirurgisk virksomhet.

Utover disse tiltakene på hvert enkelt forløp arbeides det generelt med følgende tiltak:

- Innen den 15. i hver måned distribueres fra og med juni en oversikt over nøkkeldata for pakkeforløpene til alle aktuelle forløpsledere og linjeledere. Det arbeides for at denne oversikten ikke bare skal inneholde tall for pakkeforløp startet i Oslo universitetssykehus HF, men også tall for pasientforløp startet ved annet helseforetak der aktivitet ved Oslo universitetssykehus HF inngår i pakkeforløpet. I den offisielle pakkeforløpsstatistikken henføres dataene til det foretaket der pakkeforløpet starter. I flere av forløpene i Oslo universitetssykehus HF har en betydelig andel av pasientene startet sitt forløp ved annet foretak.
- Oppstart av regionale 3-strømsvideomøter fra høsten 2017. To nye konferanserom blir tatt i bruk ved (Ullevål og Radiumhospitalet) ila juni 2018. Møter er tidligere etablert for gynekologisk kreft, lungekreft og hjernekreft.
- Det gjennomføres oppfølgingsmøter mellom Arbeidsutvalget for Driftsstyret for kreftområdet og forløpsleder for hvert av kraftforløpene. Behov for tiltak settes opp etter hvert møte. Sentrale linjeledere deltar i møtet.
- Utarbeidelse av dokumenterte standardiserte pasientforløp for alle kreftforløp i løpet av 2018-19 koblet mot forbedringsarbeid.
- Ordningen med forløpskoordinatorer for kreftforløpene evalueres av en egen arbeidsgruppe som skal legge fram sine forslag over sommeren.
- Optimalisering av radiologisk bistand (en del av et større prosjekt i Klinikk for radiologi og nukleærmedisin).
- Analyse og oppfølging av flaskehals knyttet til patologi i dialog mellom ny avdelingsleder for Avdeling for patologi og Driftsstyret.

Flere av disse prosessene forventes over tid også å ha positiv innvirkning på pakkeforløpstidene.

4.9. Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet (tidligere pasientsikkerhetskampanjen) ble startet av Helsedirektoratet i 2011 og har varighet ut året 2018.

Programmet består av tiltakspakker der de fleste er aktuelle for sykehuset:

- Samstemning av legemiddellister
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av fall i helseinstitusjoner
- Forebygging av underernæring
- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
- Tidlig oppdagelse av sepsis
- Forebygging av urinveisinfeksjoner
- Forebygging av infeksjon ved SVK
- Behandling av hjerneslag
- Trygg kirurgi
- Forebygging av selvmord
- Forebygging av overdosedødsfall
- Ledelse av pasientsikkerhet
- Trygg utskrivning

I oppdragsdokumentet 2018 er det beskrevet som et mål at alle tiltakspakker skal være implementert innen utgangen av året. Sykehuset skal også sikre at tiltakspakkene, inkludert kartlegging av pasientskader og fokus på pasientsikkerhetskultur, blir videreført etter 2018.

Det ble i forbindelse med ledelsens gjennomgang 1. tertial innhentet innføringsstatus fra alle avdelingslederne. De innrapporterte tallene viser en langt lavere innføringsstatus enn ved tidligere rapporteringer, og det kan synes som om mange avdelinger ikke har implementert aktuelle tiltakspakker. Sykehuset har strevd med datakvaliteten i innrapporteringen gjennom hele innføringsperioden, og det er også usikkert om tiltakene i tiltakspakkene i praksis blir benyttet ovenfor alle aktuelle pasienter. Det planlegges derfor internrevisjoner for å kontrollere etterlevelse av blant annet fallforebygging. I tillegg planlegges det også nye tiltak for å støtte avdelingenes gjennomføring.

4.10. Nasjonale kvalitetsregistre

Alle klinikker med virksomhet knyttet til ett eller flere nasjonale medisinske kvalitetsregistre ble i ledelsens gjennomgang presentert for nylig publiserte data på status for dekningsgrad og resultater fra 2016 innen egne fagområder. Kilde: www.kvalitetsregistre.no.

Klinikkene ble spurt om:

1. Hva er klinikkens tilnærming for å sikre at **dekningsgraden** i OUS er $\geq 80\%$ i alle aktuelle registre?
2. Hvilke resultater har fagenheten på **kvalitetsindikatorer** knyttet til aktuelle registre? Og hva er status på utarbeidelse av relevante kvalitetsindikatorer der dette ennå ikke er etablert.

Dekningsgrad

Det er svært stor variasjon i registerdekningen, fra godt over 90% dekning til de fleste registre (f.eks. i Barneklubben og Hjerter-, lunge- og karklubben) til ikke tilgjengelige data fordi sykehuset ikke er kommet i gang med å levere data eller at dekningsgraden er ukjent for enkelte registre (f.eks. i Kreftklubben og Nevroklubben).

Oppgitte årsaker til hvorfor man ikke hadde målbar eller $\leq 80\%$ dekningsgrad var:

- Fagmiljøet mener å levere i henhold til inklusjonskriteriene
- Variablene er ikke interessante for OUS
- Dataløsningen er ikke tilfredsstillende eller mangler
- Innregistreringen krever mye mer ressurser (personer)
- Det ventes på at strukturerte data er på plass elektronisk
- Det jobbes stadig med å forbedre dekningsgraden
- Sykehuset har sitt eget register
- Pasientene er også innlagt i andre avdelinger som burde registrere
- Det er etterslep på elektronisk utfylling, men manuelt skjema fylles alltid ut

4.11. Nasjonale kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer knyttet til registrene

Resultatene fra nasjonale kvalitetsindikatorer viste også stor variasjon. Noen registre har veletablerte kvalitetsindikatorer som klinikkene kan bruke i vurdering av egne resultater. Ved utgangen av 2016, på tidspunktet for de sist publiserte dataene, var det imidlertid ikke utviklet indikatorer knyttet til om lag 2/3 av registrene som klinikkene leverer data til. Mange av de aktuelle registre ledes fra andre sykehus, men også OUS-ledete registre mangler kvalitetsindikatorer.

4.12. Nasjonale tjenester

Sykehuset har om lag 60 nasjonale og flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester. Det ble i 2017 gjennomført en 5-års evaluering av nasjonale behandlingstjenester. I 2018 gjennomføres en liknende gjennomgang for nasjonale kompetansetjenester. Nasjonale kompetansetjenester skal, etter ny ordning, ha fullført sine oppgaver etter 5 år. Flere kompetansetjenester i Oslo universitetssykehus HF har eksistert i mer enn 10 år. Oslo universitetssykehus HF forventer at gjennomgangen i 2018 kan resultere i avvikling av noen kompetansetjenester.

Flere tjenester er tett integrert i klinikkene og følges opp i linjen.

Rapporteringskravene har de siste årene økt, noe som utfordrer tjenesten med hensyn til behov for mer administrasjon. Oslo universitetssykehus HF samarbeider med Helse Sør-Øst RHF og de nasjonale tjenestene for å styrke tjenestenes forutsetninger for å fungere etter intensjonen. Det vil i 2019 bli tydeligere vektlagt klinikklederes ansvar for å planlegge og å budsjettere aktivitet knyttet til de nasjonale behandlingstjenestene.

4.13. Informasjonssikkerhet og personvern

I alle tjenester sykehuset leverer, IKT-systemer som anskaffes og kvalitets- og forskningsregistre som etableres, er informasjonssikkerhet og personvern viktig. Sykehuset har derfor etablert e-læringskurs som er obligatorisk for alle ansatte og/eller forskere hvor det gis en minimumsopplæring i informasjonssikkerhet og personvern. Kursene er nødvendige for å sikre at ansatte og/eller forskere er forberedt og informert om forutsatt adferd når EUs nye personvernforordning trer i kraft. Ansatte og klinikkers gjennomføringsgrad følges opp i ledelsens gjennomgang

og klinikkenes «løypemelding» ved utgangen av 1.tertial er fremstilt i tabellvedlegget.

I ledelsens gjennomgang følger sykehusledelsen også opp avslutning av tidligere godkjente registre. Alle prosjekter som inkluderer lagring av personvernopplysninger skal ha de nødvendige godkjenninger. Når godkjenninger ikke lenger foreligger, skal alle personvernopplysninger slettes. Oversikten over forskningsregistre viser at 533 prosjekter i Oslo universitetssykehus HF har overskredet sin lagringstid i forhold til tildelte godkjenninger. Prosjektene skulle enten vært avsluttet eller søkt forlenget. Det kan ev. ligge noen nye godkjenninger i etterslep og klinikkene følges nå opp i egne møter med forskingslederne.

5. Pasientbehandling

5.1. Aktivitet somatikk

For hele 2018 er det budsjettert med 242 056 ISF-poeng. ISF-poengene omfatter tradisjonell behandling som utføres på sykehus (DRG-poeng), men også andre typer tjenester hvor pasienten i større grad administrerer egen behandling (STG-poeng) som for eksempel hjemmedialyse og pasientadministrert legemiddelbehandling (H-resepter).

For perioden januar til og med mai 2018 er det rapportert 101 697 ISF-poeng for Oslo universitetssykehus HF, mens det er budsjettert med 104 150. Dette gir et negativt avvik på om lag 2 500 ISF-poeng, tilsvarende 2,4 prosent. Aktivitetsavviket er redusert de siste månedene og i rapportert resultat for mai inngår effekt av noe større etterregistrering av aktivitet for hele 1. tertial enn det som var lagt til grunn i rapporteringen for april. Det er også i mai et negativt avvik for antall ISF-poeng i flere av klinikkene, men samlet avvik er mindre enn det var de første månedene av året.

Etter 1. tertial viste endelige tertialdata at den samlede ISF-finansierte aktiviteten i 1. tertial 2018 var om lag på samme nivå som i samme periode i 2017. Dette innebærer at sykehuset samlet ikke har klart å levere den forventede aktivitetsveksten i årets budsjett. De viktigste forklaringene til dette er reduksjon i pasienter som er tracheostomert (intensivområdet), reduksjon i organstransplantasjoner, manglende tiltaksgjennomføring og noe dårligere utnyttelse av operasjonsstuene enkelte steder.

Det har vært en stor økning i antall pasienter som gjennomgår trombektomi behandling (fjerning av blodpropp i hjernens blodtilførende kar ved akutt slag). I 2016 ble det gjennomført 80, i 2017 120 og for 2018 ligger det an til bli enda flere pasienter som får denne behandlingen. Dette er en meget ønsket behandling av pasienter og har stor oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt. Samfunnsøkonomisk gir behandlingen store kostnadsbesparelser (i form av færre utføre sykehjemstrengende pasienter). For sykehuset er det imidlertid ressurskrevende og påvirker i mange tilfeller mulighetene for gjennomføring av planlagte operasjoner. Hastegraden for disse pasientene gjør at anestesipersonell mv ofte må omdisponeres. Antall pasienter som vurderes per antall utførte trombektomier, er 3-4 ganger.

Klinikkene med størst negativt aktivitetsavvik etter mai er Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi (-5,7 prosent), Nevroklinikken (-4,8 prosent) og Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon (-4,6 prosent).

Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi har manglende effekt av tiltak for å øke aktiviteten, redusert aktivitet på en operasjonsstue som følge av mangel på operasjonssykepleiere. Det er videre utført færre oppgraderinger av cochlea-implantater, og operasjonsstuene har ikke vært utnyttet så godt som forutsatt. Nevroklinikken har hatt lavere aktivitet enn budsjettert innenfor Nevrokirurgisk avdeling, i stor grad som følge av begrenset intermedieærkapasitet, samtidskonflikter ift trombektomi i tillegg til at det har vært vanskelig å legge aktivitet fra Raskere tilbake inn i ordinær drift. Klinikken har i tillegg reduksjon i utførte tracheostomier. I klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon skyldes avviket at det er gjennomført færre operasjoner, økt strykningsprosent og færre organtransplantasjoner.

5.2. Aktivitet psykisk helsevern for voksne

Hittil i år er det skrevet ut 955 pasienter, en økning på 12 prosent sammenlignet med tilsvarende periode i fjor og 1,1 prosent (11) færre enn budsjettert. Stort trykk på plasser medfører kortere innleggelses og flere utskrivelser enn plantall. Antall liggedøgn er hittil i år 2,1 prosent (625) høyere enn budsjettert og om lag på samme nivå som i 2017.

Antall polikliniske konsultasjoner er hittil i år 1,1 prosent (419) høyere enn budsjettert. Selv om det er budsjettert med en vekst på årsbasis fra 2017 på 2,5 prosent, er det hittil i år en reduksjon på 1,1 prosent (436) polikliniske konsultasjoner sammenlignet med samme periode i 2018.

5.3. Aktivitet psykisk helsevern for barn og unge

Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det hittil i år skrevet ut 96 pasienter, dette er 31 prosent (23) høyere enn budsjettert og en økning på 21,5 prosent (17) sammenlignet med tilsvarende periode i fjor. Antall liggedøgn hittil i år er 47 prosent (1 640) høyere enn budsjettert og økt med 63 prosent (1 982) høyere enn i samme periode i 2017. Det er i hovedsak Front Ungdom hjemmesykehus, etablert høsten 2017, som bidrar til økt aktivitet på dette området. Det er stor etterspørsel etter denne type aktivitet.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 2,5 prosent (505) høyere enn plantall. Sammenlignet med samme periode i 2017 er det en reduksjon på 0,8 prosent (162). Det er fortsatt vanskelig å rekruttere inn tilstrekkelig med nye medarbeidere, og dette gir utslag i lavere aktivitet på enkelte områder. Det arbeides med flere tiltak som skal effektivisere driften og sørge for behandling i forventet omfang på årsbasis.

5.4. Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innenfor TSB er det hittil i år skrevet ut 4,2 prosent (41) færre pasienter enn plantall. Antall liggedøgn hittil i år er 2,1 prosent (215) høyere enn plantall. Dette skyldes at det var godt oppmøte og få avbrudd i behandlingen. Det arbeides aktivt for å fremskynde innleggelses av nye pasienter fra venteliste. Det vurderes også en økning i frekvensen av elektive innleggelses fremover dersom aktivitetsnivået innenfor døgnområdet fortsetter å være lavere enn budsjettert.

Antall polikliniske konsultasjoner hittil i år er 1,6 prosent (157) høyere enn budsjett. Dette er en økning på totalt 1,6 prosent (160) fra samme periode i 2017.

5.5. Uønskede hendelser og avvikshåndtering

Det er registrert 9 920 uønskede hendelser/avvik og forbedringsforslag ved sykehuset i første tertial 2018. Dette er en økning på 20 prosent fra samme periode i fjor. Bevisstgjøring om meldekultur og fortsatt innføring av visualiseringsmetoden «Det grønne korset» i flere enheter er årsakene til en betydelig del av denne økningen. Antall dokumenterte tiltak er 3761, en økning på 6,2 prosent i forhold til samme periode i 2017. Til hvert av tiltakene gjennomføres en enkel effektvurdering. Tiltakene antas å ha moderat og til dels stor effekt.

Kategorisering av innmeldingene viser at uønskede hendelser og risikoforhold som involverer pasienter har en stabil fordeling over tid. Under vises kategoriene fordelt på alvorlighetsgrader:

		Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Dødsfall	Ikke valgt
Behandling og pleie	25 %	1 175	555	430	136	24	10	20
Diagnostikk/utredning	11 %	500	265	182	31	7	1	14
Dokumentasjon / informasjon	10 %	462	307	127	18	-	1	9
Fall og uhell	6 %	261	125	101	21	10	3	1
Infeksjon	1 %	32	15	9	4	1	1	2
Legemidler og blodprodukter	18 %	847	544	257	41	-	1	4
Medisinsk utstyr	5 %	251	138	90	18	2	-	3
Pasientadferd	2 %	102	23	55	13	2	7	2
Pasientadministrasjon	16 %	748	398	287	40	2	2	19
Ikke valgt	7 %	305	127	87	30	5	1	55
Totalt	100 %	4 683	2 497	1 625	352	53	27	129

Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier. Kilde: Forbedringssystemet Achilles

Risikovurdering av legemiddeltilberedning

Alle klinikker har- eller er i ferd med å risikovurdere lokale systemer for tilberedning av legemidler. I vurderingene fremkommer det forhøyet risiko knyttet til små og uegnede medisinerom, defekte sikkerhetsbenker/avtrekksbenker og manglende etterlevelse av enkelte prosedyrer. Arbeidet følges opp i det videre.

5.6. Varsel til Statens helsetilsyn etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a

I perioden er det sendt 27 varsler til Statens helsetilsyn fra Oslo universitetssykehus HF etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Varslene har foreløpig medført tilsynsmessig oppfølging i 9 av sakene.

	2016			2017			2018
	1.tert	2.tert	3.tert	1.tert	2.tert	3.tert	1.tert
Avsluttet etter innledende undersøkelser	15	12	12	15	15	12	16
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	4	1	1	3	2	0	
Tilsynsmessig oppfølging av fylkesmannen	13	7	11	18	14	5	9
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	-	-	1	-	-	1	-
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	2	2	-	-	1	3	-
Ikke ferdigbehandlet	-	1	-	-	1	-	2
Totalt	34	23	25	36	33	21	27

Antall varsler til Statens helsetilsyn med påfølgende oppfølging. Kilde: Statens helsetilsyn.

Sentral stab vil tilstrebe å øke antallet interne hendelsesanalyser på saker som blir varslet for å øke det organisatoriske læringsutbyttet.

5.7. Meldinger til Kunnskapscenteret, § 3-3

Oslo universitetssykehus HF sender meldepliktige hendelser iht.

Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 som registreres i Achilles til Meldeordningen i Helsedirektoratet. Dette omfatter pasienthendelser som etter medarbeidernes initiale vurdering er meldepliktige. Det er en svak oppgang i antallet i denne perioden (638) sammenlignet med samme periode i fjor (597). Dette harmonerer med forbedring i meldekulturen.

5.8. Klage og tilsynssaker om forsvarlighet i pasientbehandlingen

Sykehuset registrerer og følger opp alle mottatte henvendelser der pasient eller pårørende klager på behandling via Pasientombudet eller Fylkesmannen - eller etterspør mer informasjon i forbindelse med et behandlingsforløp.

Sykehuset har i 1. tertial 2018 mottatt 40 avsluttede tilsynssaker fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus eller Statens helsetilsyn, hvorav 23 med brudd på lov eller forskrift. 22 gjelder brudd på forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesten. 26 av sakene er fra 2017 og 13 er fra 2014- 2016. Alle saker der det påpekes lovbrudd går gjennom i Sentralt kvalitetsutvalg med hensyn til læring på tvers av klinikkene. At antallet ferdig behandlede saker har økt skyldes etter det sykehuset erfarer at det pågår et ekstraordinært arbeid med å håndtere etterslep hos Fylkesmannen.

5.9. Brukerundersøkelsen

Det er i sendt 107 660 SMS til pasienter med invitasjon til å gi sykehuset tilbakemelding. Invitasjon ble sendt til utskrevne pasienter fra sengeposter og til pasienter som hadde besøkt en poliklinikk. Dette har gitt 30 358 svar, som tilsvarer en svarprosent på 28 prosent. Av de som svarte skrev 25 prosent en kommentar. Alle tilbakemeldingene inngår i rapporter til leder for de aktuelle enhetene. Svarene på spørsmålene er gjennomgående positive, med 81-95 prosent avkrysning på de positive svaralternativene. Unntaket er spørsmålet «Var du involvert i avgjørelser som angikk din behandling?» der bare 71 prosent er positive. Dette indikerer at det fortsatt er rom for å forbedre kommunikasjonen med pasientene flere steder. Det er ledelsens gjennomgang 1. tertial fulgt opp at klinikkene lager forbedringstiltak etter analyse av sms-brukertilbakemeldingene.

5.10. Pasientinvolvering

Revidert nasjonal veileder for systematisk vurdering av nye prosedyrer og nytt medisinsk utstyr er under innføring i sykehuset. Dette inkluderer bruk av en egen vurderingsmal som blant annet skal sikre at pasientenes perspektiver blir tatt med i vurderingene.

I ledelsens gjennomgang ble klinikkene spurt hvordan de arbeider med å involvere pasienten i egen behandling, inkludert vurdering og valg av alternative behandlingshjelpemidler.

Alle klinikker arbeider med området med varierende grad av innføring. Noen klinikker har implementert rutiner for samvalg i alle avdelinger, mens andre viser kun til tiltak i enkelte avdelinger. En klinikk har unnlatt å svare. Det ble gitt mange gode eksempler på implementert praksis der pasientene får tilbud om samvalg, som svangerskap, keisersnitt, fertilitet, fosteravvik, personlighetsforstyrrelser, hørsel og psykisk helse, smerte, hjerte-, lunge- og karsykdom, prostatakreft, tumorrettet behandling ved terminal sykdom, diabetes, kronisk sykdom og habilitering.

En klinikk har eget brukerpanel innen forskning.

Ulike redskap og informasjonsverktøy er tatt i bruk eller planlagt implementert i enkelte klinikker:

- Patient-generated index. Pasienten velger områder der denne opplever problemer. Disse tas deretter opp i en samtale med pasient og behandler.
- KOR (Klient- og resultatstyrt praksis). Systematisk tilbakemelding fra bruker om opplevd nytte av behandling og endringsprosesser.
- Milepælsmøter. En evaluerer fremgang i behandling gjennom fem faste punkter og hvor pasienter er en aktiv del av teamet som foretar evalueringen.
- Patient Reported Outcome Measures (PROMS) - pasient rapporterte resultat. Smertepasienten besvarer et omfattende skjema som kartlegger demografi, medisinske - og psykososiale faktorer.
- Pasientinformasjon ved ParkinsonNet benyttes.
- En avdeling har planer om å utarbeide et eget samvalgsverktøy.

Det er utfordringer knyttet til krav om individuell vurdering og om det er reelle valgmuligheter for pasienten. «Øyeblikkelig hjelp» kan medføre at samvalg blir nedprioritert. Prosedyrestyrt behandling gir heller ikke alltid rom for valg. Ved kompliserte tilstander må en vurdere individuelt om det er rom for valg.

5.11. Pasient- og pårørendeopplæring

Informasjon og opplæring til pasienter og pårørende er en viktig del av behandlingen og en lovpålagt oppgave for sykehusene.

Sykehuset har et ansvar for å legge til rette for at pasienter og pårørende får tilstrekkelig og kvalitetssikret kunnskap om sykdom/skade. Det er fokus på at pasient- og pårørendeopplæring integreres som en del av pasientforløpet.

Klinikkene har rapportert på aktivitet om informasjon og opplæring, med særskilt vekt på behandlingsplaner, dokumentasjon i journal og koding i Dips. I tillegg har

klinikkene gått i gjennom hvordan de ivaretar pårørende med informasjon og opplæring.

Det er et fåtall klinikker som rapporterer at de synliggjør pasient- og pårørendeopplæring i pasientenes behandlingsplaner. Flere klinikker melder at de arbeider med forbedringer på dette området. Videre kommer det frem at de fleste klinikker har gode rutiner for dokumentasjon av informasjon og opplæring til pårørende. Sykehuset har flere tilbud til pårørende, blant annet får pårørende tilpasset informasjon, samtaler med helsepersonell, egne pårørendekurs og kurs der pårørende inviteres sammen med pasienten.

Uttrekk fra NIMES (verktøy for kvalitetssikring av medisinske og administrative pasientdata) viser at det fremdeles er mangelfull eller feilaktig koding av pasient- og pårørendeopplæring i klinikkene. Etter intern revisjon av registrering og koding av pasient- og pårørendeopplæring i gruppe, er det flere tiltak som nå kodes riktig. Dette er avansert koding med noe uklare kriterier for bruk, og oppfølging av revisjonen må fortsette. Flere klinikker har etablert egne kodenettverk.

To eksempler

- Barne- og ungdomsklinikken har flere tilbud om informasjon og opplæring til pårørende, men melder at dokumentasjon i journal om oppfølging av foreldre er et viktig forbedringspunkt.
- Klinikken psykisk helse og avhengighet har adskillig færre opplæringstiltak for pårørende enn for pasienter. Klinikken har laget en felles plan for pasient- og pårørendeopplæring. Her står synliggjøring i behandlingsplaner og dertil krav om dokumentasjon sentralt.

5.12. Forbedringsarbeid

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren som trådte i kraft 1. januar 2017, satte spesielt fokus på forbedringsarbeid. Sykehuset følger systematisk opp forbedringsarbeid jf. Oppdrag og bestilling for 2018, ved konkretisering av mål på dette i driftsavtaler og handlingsplaner, og oppfølging i tertialoppfølginger.

Tertialoppfølging for første tertial viser at alle klinikker har pågående forbedringsarbeid. I alle klinikker ser man økt tavlebruk med fokus på daglig styring og tavler for kontinuerlig forbedring. Flere klinikker har allerede nådd målet om at 70 prosent av enhetene bruker tavler i daglig styring. Tavlene gir god oversikt og viktig styringsinformasjon til alle i enheten om eksempelvis tilgjengelige ressurser, oppgaver, risiko, kapasitet/belegg i egen og samarbeidende enheter gjeldende dag/vakt.

Klinikkene melder i tertialoppfølgingen om gode erfaringer med det grønne korset, som er en type enkel, visuell daglig risikostyring. Hendelser og risiko siste døgn settes inn i det grønne korset på et daglig styringsmøte foran tavle. Oppstart med det grønne korset har ført til økt fokus på forbedringsarbeid og større bevissthet blant ansatte rundt pasientsikkerhet. Ansatte opplever at det føles tryggere å si fra om uønskede hendelser. Mange påpeker at metoden det har ført til større åpenhet og økt meldefrekvens av uønskede hendelser og nesten-hendelser.

5.13. Beredskap

Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisosmitte, NMUH, ble etablert mars 2018 og finansieres med 1,8 millioner kroner fra alle RHF til Nasjonal kompetansetjeneste for CBRNE-medisin (OUS). Det er nylig gjennomført øvelse på Gardermoen i april 2018. Nødvendige justeringer foretas nå. Teamet er fullt operativt. Helseforetaket har et pågående arbeid når det gjelder mottak av pasienter med høyrisosmitte.

Oslo universitetssykehus HF deltar med opplært og trent personell i Emergency Medical Team (EMT). Prehospital klinikk administrerer dette i Oslo universitetssykehus HF, og aktuelt fagpersonell er rekruttert og vaksinert. Noen vilkår er enda uavklart. Dette gjelder spesielt forsikringsvilkår og lønn. Oslo universitetssykehus HF ønsker å bidra til et forsterket opplæringsopplegg i samarbeid med DSB og HDIR.

Oslo universitetssykehus HF deltar i arbeidet med å forberede implementering av ny sikkerhetslov. En partssammensatt arbeidsgruppe har vurdert hensiktsmessigheten (kost/nytte – analyse) i å drifte vaktjeneste i egen regi i lys av endringene som følger av ny sikkerhetslov. En vurdering av fordeler og ulemper er gjennomført, og forslag om ny organisering av vektertjenesten foreligger.

Vannsikkerhetsplan er implementert. Systemvurderinger, monitorering, drift og kommunikasjon er delvis gjennomført og etablert. Korrigerende tiltak er krevende å gjennomføre mange steder grunnet gamle bygg med tilhørende gammel infrastruktur.

6. Økonomi

6.1. Budsjettert overskudd i 2018

Oslo universitetssykehus HF budsjetterte med et overskudd for 2018 på 175 millioner kroner, dvs 14,6 millioner kroner per måned.

6.2. Pensjonskostnad i 2018

For 2018 har Oslo universitetssykehus HF budsjettert med en pensjonskostnad på 2 132 millioner kroner. Oppdaterte NRS-beregninger fra januar 2018 viste imidlertid at pensjonskostnadene ved Oslo universitetssykehus HF blir redusert med om lag 141 millioner kroner i forhold til det som var lagt til grunn i budsjettet, til totalt 1 991 millioner kroner. I revidert nasjonalbudsjett ble basisrammen til Helse Sør-Øst RHF redusert slik at endringen ikke forventes å påvirke foretakets økonomiske handlingsrom i 2018. Helse Sør-Øst RHF har så langt ikke fordelt rammereduksjonen fra Revidert nasjonalbudsjett til foretakene. Dette vil bli gjort først senere i juni.

6.3. Rapportert resultat

Det økonomiske resultatet for Oslo universitetssykehus HF viser etter mai 2018 et regnskapsmessig overskudd på 68,3 millioner kroner, mot et budsjettert overskudd på 72,9 millioner kroner. Dette gir isolert sett et negativt avvik i forhold til budsjett på 4,6 millioner kroner. Nye pensjonskostnadsberegninger for 2018, viser en reduksjon på 141 millioner kroner sammenlignet med budsjett, hvorav 53,8 millioner kroner inngår i rapportert resultat hittil i år. Helse Sør-Øst RHF har bedt foretakene bokføre de nye pensjonskostnadene, men samtidig korrigere resultatet for effekten av redusert pensjonskostnad som forventes å føre til tilsvarende rammereduksjon i

Revidert nasjonalbudsjett for å få fram det reelle budsjettavviket. Når denne forventede rammereduksjonen hensyntas øker det negative avviket til minus 58,4 millioner kroner etter mai.

Isolert for mai er det et positivt budsjettavvik på 7,0 millioner kroner, også korrigert for redusert pensjonskostnad. Resultatet for mai inkluderer effekt av etterregistrering av aktivitet for 1. tertial 2018 med tilhørende økte aktivitetsbaserte inntekter. Det er videre oppdaget en sannsynlig dobbeltfakturering av gjestepasientinntekter for 2017, og det er avsatt 10 millioner kroner i periodens regnskap for å ta høyde for tilbakebetaling av dette. Klinikkenes driftsresultater viser noe bedre resultater i mai enn tidligere måneder, og selv om det er variasjoner i resultat mellom klinikkene viser de samlet et positivt resultatavvik for mai. Dette knyttes både til noe høyere inntekter som følge av etterregistrert aktivitet og noe lavere avvik for lønnskostnader i klinikkene siste måned.

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

Tall i MNOK	Budsjett 2018	Avvik per mai		Kommentarer til avvik justert for avvik ØM og pensjon
		Rapportert avvik	Justert avvik	
Basisramme	11 889	0	-	-
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447	-70	-77	Avvik skyldes i hovedsak lavere aktivitet enn budsjettet innenfor somatikken, inkludert lavere gjestepasientinntekter
Andre inntekter	2 715	9	7	Mindre avvik i flere av klinikkene.
Sum driftsinntekter	23 051	-62	-69	
Lønn- og innleiekostnader	15 829	43	-20	Når positivt avvik for pensjon holdes utenom er det et negativt avvik for øvrige lønns- og innleiekostnader på 20 mnok.
Kjøp av helsetjenester	492	-4	0	Samlede kostnader om lag som budsjettet.
Varekostnader mv	2 623	20	24	Noe lavere varekostnader enn budsjettet.
Andre driftskostnader	3 966	3	11	Mindrekostnader innenfor IKT og stab mv.
Sum driftskostnader	22 909	61	15	
Driftsresultat	142	-0	-54	
Netto finans	33	-4	-4	Avviket gjelder i hovedsak datterselskapene.
Resultat OUS	175	-5	-59	
Endrede pensjonskostnader		54	-0	
Resultat justert for endret pensj.kostnad	175	-58	-58	

Mer detaljerte kommentarer på øbak-linje nivå fremgår av egen tabell i vedlegget.

6.4. Gjennomføring av virksomheten – vurdering av utfordringsbilde og tiltak

Klinikkene leverer hver måned oppdaterte prognosevurderinger for økonomisk resultat, aktivitet og årsverk. I tillegg vurderes foretakets felleposter, IKT og øvrig stabsområde slik at man får en samlet vurdering av foretakets økonomiske resultatrisiko. Klinikken leverer også hver måned rapportering på gjennomføring av vedtatte tiltak. I tabellvedlegget vises gjennomføringsgrad og prognose for kostnadsreduserende og inntektsøkende tiltak. Tiltak for å øke den ordinære aktiviteten (DRG-poeng) inngår ikke i denne oversikten.

Gjennomføringsgrad tiltak:

Per mai har klinikkene planlagt kostnadsreduserende og inntektsøkende tiltak (unntatt DRG) med en effekt i 2018 på om lag 333 millioner. Dette inkluderer

opprinnelig planlagte tiltak i budsjettet for 2018 og nye tiltak senere planlagt med 30 millioner kroner. For perioden januar – mai er det rapportert en effekt av gjennomførte tiltak på 92,6 millioner kroner. Ut fra planlagt gjennomføring av tiltakene tilsvarer dette en gjennomføringsgrad på 71 prosent. På årsbasis forventes en gjennomføringsgrad på 85 prosent.

Vurdering av gjennomføringsrisiko for budsjett 2018:

Klinikkenes leverer oppdaterte prognoser for økonomisk resultat inkluderer effekt av aktivitetsavvik og årsverk torsdag 14. juni. Dette vil bli gjennomgått i klinikkvise oppfølgingsmøter i forkant av styremøtet.

Det er en rekke usikkerhetsforhold knyttet til vurdering av det økonomiske resultatet for 2018. Viktigst er sykehuset evne til å gjennomføre planlagt aktivitet og å holde bemanning og lønnskostnader under kontroll. Videre er det stor usikkerhet knyttet til faktisk effekt av endrede laboratorietakster og lønnsoppgjør 2018. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til endelig effekt av nytt laboratoriefinansieringssystem.

Samlet vurdering på dette tidspunkt tilsier at det fortsatt er en betydelig resultatrisiko knyttet til foretakets økonomiske resultat for 2018. Men inkluderes den positive resultateffekten ved planlagt overføring av midler fra Inven2 vil det økonomiske resultatet likevel kunne bli i nærheten av budsjettkravet.

Det vurderes å være en god margin likviditetsmessig, slik at investeringsbudsjettet kan gjennomføres som planlagt.

6.5. Interne produktivetsanalyser per 1. tertial 2018

Oslo universitetssykehus HF utarbeider tertialvise produktivetsanalyser. Analysene lages på klinikk- og avdelingsnivå. Produktiviteten beregnes som et forholdstall mellom aktivitet, målt i form av DRG-poeng, og kostnader målt ved totale driftsutgifter korrigert for anslått lønns- og prisstigning og andre endringer for å sikre sammenlignbarhet. Det understrekes at det er usikkerhet om hvorvidt den benyttede pris- og lønnsveksten i beregningene gjenspeiler den faktiske lønns- og prisveksten. Som prisvekst er det benyttet forutsatt prisvekst fra statsbudsjettet for 2017 (2 prosent), mens det for lønnsvekst er benyttet (2,7 prosent).

Det utarbeides også parameter for såkalt teknisk effektivitet, det vil si forholdstall mellom aktivitet og årsverk. Produktivetsanalysene er primært uformet for de somatiske klinikkene, men det gjøres også vurderinger for de klinikkene som ikke har registrert DRG-aktivitet.

Tall for 1. tertial 2018 viser at produktiviteten (aktivitet ifht kostnad) for somatikken inklusiv støtteklinikk svekket seg ift. 2017 (-1,1 prosent). Dette gjenspeiler at aktiviteten (antall DRG-poeng) var på om lag samme nivå, mens kostnadene økte med over 1 prosent. Aktiviteten økte med 0,3 prosent, mens kostnadene målt i faste priser er beregnet økt med 1,2 prosent. Tilsvarende analyser er foretatt ved å sammenligne aktivitet i forhold til bemanning, det vil si teknisk effektivitet. For de samme klinikker var aktivitetsøkningen mindre enn bemanningsøkningen (1,6 prosent) hvilket ga en redusert teknisk effektivitet på -1,4 prosent. Begge indikatorene peker i retning redusert produktivitet.

Det er store variasjoner mellom klinikkene. I tabellvedlegget fremkommer status for de enkelte klinikkene med tilhørende kommentarer.

6.6. Investeringer og finansiering av investeringer

I styremøtet 15. desember 2017 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2018 på 1 221 millioner kroner, jamfør styresak 73/2017. I styresak 8/2018 ble planlagt gjennomføring av investeringer i 2018 (inkludert overheng fra 2017) på 1 435 millioner kroner lagt frem.

I tabellvedlegget vises planlagt gjennomføring for 2018 og prognose for 2018.

Ved utgangen av mai var regnskapsførte investeringer 335 millioner kroner. Dette er 191 millioner kroner lavere enn planlagt, hvorav anskaffelser av medisinskteknisk utstyr utgjorde 100 millioner kroner og investeringer i bygg 91 millioner kroner.

Årsaken til at gjennomførte anskaffelser av medisinskteknisk utstyr er lavere enn planlagt skyldes en noe optimistisk fremdriftsplan første halvår. Prosessen for å komme i gang med prosjekter innenfor tilsynsavvik og oppgraderinger er tidkrevende og dette er hovedårsaken til det lave pådraget på bygg.

Som følge av lav gjennomføringskapasitet hos Sykehuspartner blir noen planlagte investeringer i IKT utsatt til senere år. Det er derfor omdisponert om lag 20 millioner kroner fra IKT til bygg. Omdisponert beløp skal benyttes til kabling til trådløst nettverk. Dette er relatert til IKT, men blir klassifisert som bygg i regnskap.

Årsestimatet for investeringer, eksklusive egenkapital til pensjonskasser og IKT, er redusert med 182 millioner kroner. I styresak 17/2018 ga styret administrerende direktør fullmakt til å inngå avtaler for 120 millioner kroner av investeringsrammen for 2019. Estimater inkluderer investeringer for å erstatte sammenbrudd finansiert av investeringsrammen for 2019 med om lag 60 millioner kroner. Om lag 180 millioner kroner av det reduserte årsestimatet gjelder lukking av tilsynsavvik og oppgraderinger, som finansieres med 70 pst. lån fra Helse Sør-Øst RHF. Elektive anskaffelser i medisinskteknisk utstyr er redusert, men reduksjonen oppveies av investeringer for å erstatte sammenbrudd finansiert av investeringsrammen for 2019 og investeringer finansiert av øremerkede midler.

6.7. Likviditet

Periodisert kontantstrømbudsjett for 2018 ble lagt frem for styret i sak 8/2018. Budsjettet innebar et økt trekk på bevilget driftskreditt med 113 millioner kroner gjennom året.

Ved utgangen av mai var benyttet driftskreditt 95 millioner kroner lavere enn budsjettet. Dette forklares i hovedsak med lavere pensjonspremie, endringer i arbeidskapitalen og lavere investeringspådrag enn budsjettet.

Årsestimatet for likviditetsbeholdningen er endret, og det forventes et redusert trekk på bevilget driftskreditt med om lag 330 millioner kroner. Hovedårsaken er redusert estimat for pensjonspremie til Statens pensjonskasse. Nye tall fra Statens pensjonskasse viser en større overdekning enn det som ble forutsatt i budsjettinnspillet fra dem. I tillegg er estimert reguleringspremie redusert. Store deler

av det lavere investeringspådrag skal finansiere med nye lån fra Helse Sør-Øst RHF og nye finansielle leieavtaler. Redusert investeringspådrag medfører derfor ikke tilsvarende bedret likviditet.

6.8. Budsjett 2019

I møte 15. mai behandlet styret sak 36/2018 Økonomisk langtidsplan 2019-2022 (38). Dette inkluderte vurdering av resultatkrav for 2019 hvor styret anbefalte et foreløpig styringsmål for 2019 på 100 millioner kroner i overskudd. Det foreløpige styringsmålet er eksklusive gevinst fra salg av eiendom.

Helse Sør-Øst RHF behandler økonomisk langtidsplan 2019-2022 i møte 14. juni, dvs samme dag som styrepapirene til styremøte 21. juni i Oslo universitetssykehus HF blir sendt ut.

I sakspapirene fremkommer et styringsmål for Oslo universitetssykehus HF i 2019 på 131 millioner kroner. Dette er i samsvar med det som er foreslått fra Oslo universitetssykehus HF, men tillagt forventet resultat fra salg av eiendom.

Styret blir oppdatert med resultatet fra styrebehandlingen i Helse Sør-Øst i møtet 21. juni.

Arbeidet med å planlegge arbeidet med budsjettering for 2019 startet tidlig i 2018 med en evaluering av budsjettarbeidet for 2018. Innspill/tilbakemeldinger fra ledere og tillitsvalgte i dette arbeidet er hensyntatt i planleggingen av budsjettarbeidet for 2019. Sykehusledelsen utarbeider hvert år et budsjettskriv nr 1 som gir informasjon om de økonomiske rammebetingelsene og utfordringsbildet for budsjettåret som presiserer områder det forventes at klinikkene følger opp ved utarbeidelse av budsjett 2019. Budsjettskriv nr 1 for 2019 er planlagt sendt til klinikklederne senest 20. juni.

Den økonomiske utfordringen for 2019 vurderes, som det fremkommer av ØLP, å være svært krevende. Dette stiller store krav til omstilling av virksomheten og klinikkens arbeid med tiltak og effektivisering av driften må planlegges på en slik måte at resultatene bedres og målet om økonomisk balanse i klinikkene vil bli tydeliggjort.

Det videre budsjettarbeidet vil bli organisert slik at styret i september og oktober får oppdatert informasjon om både økonomiske forutsetninger og status i arbeidet med planlegging av tiltak for å gjennomføre driften i 2019 innenfor budsjett. Styret vil i desembermøtet få fremlag forslag til vedtak om investerings-, aktivitets- og driftsbudsjett.

7. Bemanning og sykefravær

7.1. Bemanningsutvikling

Gjennomsnittlig brutto månedsværk hittil i år (januar til og med juni) er 18 949. Dette er en økning 255 brutto månedsværk, tilsvarende 1,4 prosent, sammenlignet med tilsvarende periode i 2017.

Internt finansierte månedsverk er per juni, 0,8 prosent høyere enn budsjettet, og viser en økning på 259 (1,5 prosent) sammenlignet med 2017. Antall eksternt finansierte månedsverk er om lag uendret sammenlignet med 2017.

I mai 2018 har klinikkene redegjort for sin bemanningssituasjon i oppfølgingsmøtene med administrerende direktør. Klinikkerne har gitt en oversikt over hvilke bemanningsøkninger som er skjedd, og hvilke tiltak som er planlagt for å holde kontroll med kostnader knyttet til månedsverk.

Flere klinikker forklarer økning i månedsverk med vridning av månedsverk fra ekstern finansiering til drift og konvertering av innleie til interne månedsverk, i tillegg til rekruttering til tidligere ledigholdte stillinger og planlagt bemanningsøkning.

7.2. Sykefravær

Sykefraværet i april måned er beregnet til 6,9 prosent og gjennomsnittlig sykefravær etter årets fire første måneder var 7,9 prosent. Korttidsfraværet var i april nede på 2,4 mens langtidsfraværet var 4,5 prosent. Korttidsfraværet, som særlig er et uttrykk for sesongbasert sykefravær, har gått ned etter vintermånedene, og det økte sykefraværet vurderes til å være innenfor naturlig sesongvariasjon.

7.3. Arbeidsmiljø – inkl HMS-avvik

Smitteforebygging blant ansatte

Det har i 1. tertial vært særlig fokus på klinikkens viktigste satsninger for å redusere smitte blant ansatte, og hvordan innleide og ansatte gjøres kjent med rutiner og prosedyrer for smittepasienter.

Tiltak som beskrives er kartlegging av smittepasienter før innleggelse og ved oppmøte til poliklinisk konsultasjon, bruk av sjekklister og opplæringsplaner, og vaksinerings.

Utfordringer som nevnes er høyt belegg og korridorsenger, manglende smitteisolat og enerom, svikt i kommunikasjon om smittepasienter, problemer med smittevask i helgene, manglende rent tøy, og stort arbeidspress.

Aktuelle tiltak er:

- Innføring av sikkerhetskanyler som standard i hele sykehuset for å forhindre stikkskader
- Sjekklister for smitteforebygging til bruk ved opplæring av nyansatte og innleide.
- Forbedre smittemerking av pasienter

Influensavaksinerings av helsepersonell

Det ble i 2017/2018 satt ny rekord i antall ansatte som har fått influensavaksine. Vaksinasjonsdekningen var i overkant av 54 pst, en økning fra om lag 30 pst i forhold til 2016/2017.

Tiltak i klinikkens HMS-handlingsplaner

Alle klinikker har HMS-handlingsplaner. I tertialmøtene ble klinikkene bedt om å konkretisere statusen til de prioriterte tiltakene i planen. Noen tiltak er allerede

gjennomført og mange iverksatt men ennå ikke ferdigstilt. Noen av tiltakene er meget omfattende. Oppfølgingen av de høyest prioriterte tiltakene anses derfor i stor grad å være ivaretatt. Det er også nødvendig med oppfølging av de resterende tiltakene med lavere prioritet. For å sikre videre framdrift i arbeid med tiltak vil det etableres årshjul, strukturert oppfølging i lokale arbeidsmiljøutvalg og videre rapportering ved tertialmøter.

Klinikkens systemer for gjennomføring av HMS-runde og oppfølging av tiltak
HMS-runder er obligatoriske i alle enheter og skal gjennomføres på våren. De blir samkjørt med gjennomføringen av medarbeiderundersøkelsen «ForBedring» (som erstatter Medarbeiderundersøkelsen og Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen). Det er viktig å gjennomføre HMS-rundene tidlig på året slik at tiltak kan tas med i budsjetttrunden.

Frist for årets versjon av HMS-runden var 27. mai. I ledelsens gjennomgang ble klinikkene bedt om å beskrive hvilket system de har for å følge opp funnene i HMS-rundene. Svarene var preget av store bredde mellom klinikkene. Det var stor variasjon i metodikk, aktivitet, beskrivelse av detaljnivå, monitorering, ansvarfordeling, lederoppfølging og bruk/etterlevelse av sykehusets retningslinjer.

Miljøledelse

Oslo universitetssykehus HF har i oppdragsdokumentet fått som bestilling å innføre miljøledelse og sertifiseres i henhold til ISO 14001:2015. Prosjektet ledes av Oslo sykehusservice og det er oppnevnt en miljøkoordinator i alle klinikker. I tråd med standardens krav er det gjennomført en kartlegging av aktiviteter og tjenester med tilhørende miljøpåvirkning. Klinikkerne har i stor grad vurdert sin miljøpåvirkning og gitt utfyllende svar. Følgende områder ble vurdert som vesentlige i sykehuset når det gjelder utfordringer på miljøområdet:

- Transport
- Forbruksvarer
- Matsvinn
- Legemiddelbruk
- Kjemikaliebruk
- Nybygg/ombygging/rehabilitering
- Energi
- Avfallshåndtering

Klinikkene har også beskrevet hvordan miljøkoordinatorene har bidratt. Der er positivt at enkelte miljøkoordinatorer på egne initiativ har gjort arbeidet med miljøledelse kjent i egen klinikk.

Ved implementering av «Miljømål og tiltak 2018-2020» har klinikkene, i tillegg til det normale systematiske HMS-arbeidet, ansvar for å utarbeide og gjennomføre handlingsplaner knyttet til de delmål innen området ytre miljø som berører klinikken.

8. Forskning

Tall for publisering og doktorgrader presenteres nå i oppdatert versjon for 2017 totalt (foreløpige tall ble presentert i rapporten for 3. tertial 2017). Totalvurderingen er at aktiviteten er god og i tråd med målsettingen. I tillegg presenteres en ny rapport for

pågående kliniske studier ved utgangen av årene 2015-17, begrenset til avtaler med industripartner (tall fra Inven2). Tall for andre typer prosjekter vil bli presentert og videreutviklet i kommende tertialrapporter (forutsetter noen eksterne dataleveranser).

For helseforetaket samlet er det en liten økning i antall vitenskapelige artikler fra 2016 til 2017, til over 2 000 artikler i 2017. Av disse er om lag 70 prosent sampubliseringer med Universitetet i Oslo (se tabellvedlegg med oversikt over institusjonelt publiseringssamarbeid). Andelen artikler i nivå 2-tidsskrifter er ganske stabilt:

Artikler, antall	2015	2016	2017
Nivå 1	1454	1480	1541
Nivå 2	450	465	473
Totalsum	1904	1945	2014
Andel nivå 2	23,6 %	23,9 %	23,5 %

Tall i tabellvedlegget viser artikler per klinikk og er hentet fra CRISTin (nasjonal publikasjonsdatabase).

Doktorgrader avlagt ved universiteter og høyskoler og utført ved helseforetaket:

Antall doktorgrader som hovedsakelig er utført ved Oslo universitetssykehus nådde i 2012 en topp på 151, men har falt de siste årene til 112 i 2016 etter en vridning av eksternt finansiering bort fra doktorgradsstipend og over mot flere postdoktorstipend og annen støtte. I 2017 har nivået tatt seg opp igjen noe.

Doktorgrader utført ved helseforetaket	2015	2016	2017
<i>Totalt OUS (uten hensyn til delinger med andre helseforetak)</i>	<i>115</i>	<i>112</i>	<i>127</i>

Kliniske studier:

Oversikt over kliniske studier med industripartner er innhentet fra Inven2, som håndterer avtaler om slike studier på vegne av Oslo universitetssykehus HF. Tabellen i vedlegget viser ikke forskerinitierte kliniske studier uten industripartner. Det arbeides med å kvalitetssikre prosjektoversikten i CRISTin-systemet med sikte på å få komplette tall i løpet av 2018. Det er et mål fra eier å styrke infrastruktur for kliniske studier og at flere pasienter tilbys deltakelse i kliniske studier. Prøverapportering av antall pasienter i godkjent i 2017 vil bli gjennomført i juni 2018.

Antall nye kontrakter for Oslo universitetssykehus HF som helhet var på samme nivå i 2017 som i 2016, mens antallet pågående studier og nye studier per klinikk varierer relativt sett mer (se tabellvedlegg). Det er særlig en økning i nye kliniske studier hos Barne- og ungdomsklinikken og innen benmargskreft (myelomatose). I vedlegget fremgår det hvordan nye og pågående kliniske studier er fordelt på ulike studiefaser (fase 1-4).

9. Innovasjon

Alle ideer/oppfinnelser som kan kommersialiseres og/eller gi opphav til næringsutvikling vurderes og håndteres av Inven2¹. Innovasjonsavdelingen i Oslo universitetssykehus mottar og viderefører øvrige ikke-patenterbare ideer knyttet til produkt-, prosess- og tjenesteinnovasjoner. Innovasjonsavdelingen og Inven2 bistår også med innovasjonsarbeid for andre sykehus i regionen.

I januar 2018 ble Innovasjonsstrategi 2018-2022 for Oslo universitetssykehus lagt frem for styret. Det utarbeides nå en overordnet handlingsplan for innovasjon for perioden 2018-2020.

Det har vært en økning i antall innmeldte oppfinnelser til Inven2 i første tertial 2018. En av grunnene er en idéaksjon Inven2 holdt for Nevroklinikken, som resulterte i en økning i antall DOFI/innmeldte oppfinnelser. Innovasjonsavdelingen har fortsatt et jevnt antall innmeldte ideer til helseforetakets idépoliklinikk. Det arbeides aktivt med å promotere arbeidet til Innovasjonsavdelingen, og fremstøt for å øke innmeldingen av innovasjonsprosjekter i idéportalen, www.idepoliklinikken.no, vil bli gjennomført i løpet av 2018.

Det er et stabilt antall pågående innovasjonsprosjekter som er registrert i prosjektporteføljen hos Idepoliklinikken og hos Inven2. Se mer detaljer i tabellvedlegget. Inven2 har i 2017 forbedret sine arbeidsprosesser for å sørge for fremgang i innovasjonsprosjektene.

10. Utdanningsaktiviteter

Spesialistutdanning av leger

Prosjektet Ny LIS del 2 og 3 ved Oslo universitetssykehus HF har siden høsten 2017 arbeidet med tilrettelegging for implementering av ny spesialistutdanning for leger. Det er etablert arbeidsgrupper for samtlige spesialiteter ved Oslo universitetssykehus HF. Disse har utarbeidet planer for felles kompetansemodul og er i ferd med å utarbeide oversikt over hvilke læringsmål som kan oppnås ved Oslo universitetssykehus for den enkelte spesialitet. I neste fase vil arbeidsgruppene utarbeide forslag til utdanningsplaner, basert på de forskriftsfestede læringsmålene, for hver spesialitet med vekt på læringsaktiviteter som skal gjennomføres ved Oslo universitetssykehus HF. Det har vært arrangert veilederkurs for leger og det arbeides også med å lage en kommunikasjonsplan for ny spesialistutdanning for leger.

Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering

Oslo universitetssykehus HF har driftet Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering (RegUt) for Helse Sør-Øst siden 1.10.2017. Leder for enheten er nå på plass. RegUt har månedlige møter med regionalt fagråd med medlemmer fra alle helseforetak i regionen, samt Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus. Fagrådet er et rådgivende organ som er et bindeledd mellom RegUt og HFene/sykehusene i regionen. Representantene rapporterer blant annet på progresjon i LIS 2-3 mottaksprosjektet. Leder i RegUt Helse Sør-Øst har ukentlige telefonmøter med

¹ Inven2 er Norges største aktør innen kommersialisering av forskning og eies av Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus.

lederne i de øvrige helseregioner, for blant annet å planlegge arbeidsfordeling når det nasjonale prosjektet avsluttes 1.12.2018. To kursadministratorer er ansatt, slik at RegUt begynner å bli klar til å administrere alle kurs som inngår i gammel og ny LIS-utdanning (> 200 kurs årlig). Det jobbes med å legge planer for regional LIS-rotasjon for alle spesialiteter, samt at ny spesialistutdanning for leger i sykehusene i Helse Sør-Øst implementeres og kvalitetssikres etter oppsatt plan.

Spesialsykepleiere

Det er fortsatt stor mangel på spesialsykepleiere. Ledelsen har vedtatt en strategisk handlingsplan som innebærer mange sykehusovergrepene og klinikkspesifikke tiltak for å imøtekomme behovet.

Praksisplasser i sykepleie på bachelornivået

Det har vært krevende å skaffe til veie tilstrekkelig antall praksisplasser til sykepleierstudenter, særlig i kirurgiske enheter. Behovet er økende til tross for at Kunnskapsdepartementet ikke har økt kravene til utdanningsinstitusjonene om å utdanne flere. Denne problemstillingen drøftes fortsatt med aktuelle utdanningsinstitusjoner og Helse Sør-Øst, fordi det har betydning for forutsigbar planlegging, finansiering, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og studentenes læringsmiljø.

Endret styringssystem for høyere utdanning

Oslo universitetssykehus HF har bidratt med kompetanse inn i det nasjonale prosjektet, igangsatt av Kunnskapsdepartementet, som medfører en endring av styringssystemet for høyere utdanning. Det er vedtatt en felles forskrift til rammeplan for 19 helse- og sosialfaglige utdanninger. Dette tertialet har nasjonale arbeidsgrupper jobbet frem retningslinjer som beskriver sluttkompetansen til henholdsvis barnevernspedagoger, bioingeniører, vernepleiere, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, radiografer og sosionomer. Disse retningslinjene er nå på høring.

11. Revisjoner

Internrevisjonen ved Oslo universitetssykehus HF skal på vegne av Administrerende direktør kontrollere at det er etablert og gjennomføres tilfredsstillende intern styring og kontroll i linjen.

Revisjonsområdene blir prioritert på bakgrunn av risikoanalyser og aktualitet (Styresak 22/2018).

Revisjonene, som utføres etter en systematisert metode, skal bidra til læring og forbedringer i organisasjonen.

Linjeledelsen har et selvstendig ansvar for å utøve internkontroll i eget ansvarsområde. Ved revisjonsfunn skal linjeledelsen påse og følge opp at tiltak som iverksettes, bidrar til forbedringer. Ledermøtesak 286/2015 vedtok at alle klinikker skal ha planer for klinikkvise interne revisjoner. Virksomheten i de enkelte klinikkene må betegnes som stor, kompleks og til dels risikofylt. Klinikken skal bruke egne revisjoner som en del av systemet for styring og kontroll i klinikkene. Internrevisjonen samarbeider med klinikkene og bistår med rådgivning og oppbygging av revisjonskompetanse.

Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst utfører interne revisjoner i alle foretakene i Helse Sør-Øst. Konsernrevisjonens rolle og ansvar følger av Helseforetakslovens § 37a som beskriver at Konsernrevisjonen skal «gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse, skal bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring».

Siden 2010 har det vært et praktisk samarbeid mellom Konsernrevisjonen og Oslo universitetssykehus HF gjennom regelmessige møter. Et samhandlingsmål er å etablere revisjonsplaner hvor sykehusets interne revisjoner sees i sammenheng med Konsernrevisjonens revisjoner. På den måten kan det sikres god ressursutnyttelse og en best mulig dekning av revisjonsområder.

11.1. Revisjoner og eksterne tilsyn

Revisjoner

I perioden 1. september 2017 til 30. april 2018 har det blitt registrert 143 revisjoner på ulike klinikker, avdelinger og enheter i sykehuset. Flere har sammenheng med re-sertifiserings- og re-akkrediteringsprosesser.

12 enkeltrevisjoner utført av Internrevisjonen, derav fem revisjoner om «Legemiddelhåndtering på poliklinikker og dagenheter», to revisjoner om «Henvisning og ventelister», fire revisjoner om «Praktiske transfusjonsrutiner ved utvalgte kliniske avdelinger», og en utvidet sykehusomfattende revisjon innen området «Personvern og informasjonssikkerhet». I revisjonene undersøkes det om systemene på virksomhetsnivå er tilfredsstillende, om enheten har etablert fungerende systemer lokalt innen området og dessuten om systemer og retningslinjer etterleves. Revisjonene gjennomføres som hovedregel pasientnært i avdelingene. Detaljer og enheter revidert er beskrevet i tabellen; Revisjoner utført av Internrevisjonen i det utvidede tertial.

I tillegg er det ved tertialavslutningen gjort en oppsummering av status på tidligere revisjoner utført av Internrevisjonen og Konsernrevisjonen. Se egne oversiktstabeller.

De resterende revisjoner er egenrevisjoner utført i og av de enkelte klinikker. Tabellvedlegget gir en oversikt over revisjonskompetanse og planer ved de ulike klinikkene. Statusvurdering av klinikkene er gjort av Internrevisjonen. For å styrke lokal revisjonskompetanse har internrevisjonen i perioden gjennomført et tredagers grunnkurs i revisjonsteknikk og et todagers revisjonslederkurs. Klinikkene kan i tillegg bestille revisjonsopplæring tilpasset egen virksomhet. Det har i perioden i tillegg blitt utarbeidet interne revisjonsplaner i nesten alle klinikker.

Konsernrevisjonen har ikke gjennomført revisjoner og ingen revisjonsrapporter er styrebehandlet i perioden.

Vurdering av funn ved interne revisjoner er gjort av revisjonsteamene. Oppfølging av funn er gjort av revisjonsleder og fagrevisor. Det utredes nå hvordan det er hensiktsmessig å vurdere om forbedringstiltakene bidrar til læring og forbedring, og hvordan det kan stadfestes at effekten er varig over tid.

Eksterne tilsyn

Det har i perioden vært 22 tilsyn fra 7 ulike tilsynsmyndigheter. I tabellvedleggene er det gitt en oversikt over eksterne tilsyn og status i oppfølgingsarbeidet.

- Arbeidstilsynet har gjennomført 11 tilsyn og har varslet totalt i overkant av 20 tilsyn innen temaet «Vold og trusler er en alvorlig utfordring i norsk arbeidsliv». Tilsynene gjennomføres i Klinikk psykisk helse og avhengighet og i Prehospital klinikk (ved Ambulansestasjonene).
- Lokal el-tilsyn (Hafslund) har gjennomført fem tilsyn, og har varslet flere tilsyn i løpet av året. Det ble ikke funnet avvik.
- Bydelsoverlegen har sett på de bygningstekniske forholdene ved Nordre Aker skole.
- Mattilsynet har gjennomført to tilsyn.
- Statens Helsetilsyn, Kommunalt brannvern og Riksrevisjonen har gjennomført ett tilsyn hver.

Ved de øvrige tilsynene ble det til sammen gitt 14 pålegg. Avvik utbedres og pålegg gjennomføres fortløpende i henhold til handlingsplanene.

Nedslitt bygningsmasse og infrastruktur er opphav til to tilsynsavvik.

Styresak 41/2018 Tabellvedlegg – måned rapport mai 2018

Oslo universitetssykehus HF
OUS HF

Rapporteringsperiode: Mai 2018
(bemanning for juni 2018)

Tabellvedlegg

Rapporten viser enkelte indikatorer for driften ved Oslo universitetssykehus HF

1. Innhold i tabellvedlegg

2. Pasientbehandling

2.1 Aktivitet

2.2 Ventelisteutvikling

2.3 Fristbrudd

2.4 Epikrisetid

2.5 Pasientsikkerhetsprogram

2.6 Forskningsprosjekter og registre

2.7 Uønskede hendelser og klager

2.8 Brukerundersøkelsen

Følgende klinikkbetegnelser er brukt i tabeller/grafar:

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

3. Økonomi og finans

3.1 Økonomisk resultat OUS

3.2 Økonomisk resultat klinikker

3.3 Investeringer og likviditet

3.4 Produktivitet

4. Bemanning

4.1 Bemanningsutvikling – graf OUS

4.2 Bemanningsindikatorer, internt finansierte

4.3 Utvikling sykefravær

4.4 Sykefravær og vaksinerings per klinikk

5. Forskning og innovasjon

5.1 Publiserte vitenskapelige artikler

5.2 Avtaler med industripartner

5.3 Nye oppfinnelser og idèer

5.4 Innovasjonsprosjekter i porteføljen

6. Revisjoner og tilsyn

6.1 Intern revisjon og konsernrevisjon

6.2 Eksterne tilsyn

Definisjoner årsverksindikatorer

Andre forkortelser og begrep:

HIÅ: Hittil i år

Status per mnd: Akkumulerte tall

PHV: Psykisk helsevern

VOP: Voksenpsykiatri

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1. Styringsmål 2018 (fra oppdrag og bestilling)

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

- Mål 2018:
 1. Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenlignet med 2017. Under 57 dager for somatikk og under 40 dager for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
 2. Ingen fristbrudd.
 3. Redusere median tid til tjenestestart sammenlignet med 2017.
 4. Overholde en større andel av pasientavtalene sammenlignet med 2017 (passert planlagt tid) og minst 93% av avtalene i 2018.
 5. Andel pakkeforløp innenfor standard forløpstid skal være minst 70% for hver kreftform. Redusere variasjon i måloppnåelsen for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå.
- Sikre god drift og budsjetterte resultat for å kunne gjennomføre investeringer i bygg og utstyr.
- Bedre samordning mellom helseforetak, private leverandører og avtalespesialister for å sikre riktig kapasitet og god kapasitetsutnyttelse.

Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Mål 2018:
 1. Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Prioritere DPS og psykisk helsevern for barn og unge.
 2. Færre tvangsinnleggelse i psykisk helsevern enn i 2017.
 3. Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.
 4. Færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Redusere avvisningsrate ved distriktpsikiatriske sentre innen psykisk helsevern.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

- Mål 2018:
 1. Redusere andel pasientskader med 25% innen utgangen av 2018 (GTT-undersøkelsene).
 2. Andel sykehusinfeksjoner skal være lavere enn 3%.
 3. 30% reduksjon i forbruk av bredspektrert antibiotika i sykehusene i 2020 sammenlignet med 2012.
 4. Minst 20% av pasientene med akutt hjerteinfarkt får intravenøs trombolysebehandling.
 5. Minst 50% av pasientene med hjerteinfarkt som får trombolysebehandling, får den innen 40 minutter etter innleggelse.
 6. Ingen korridorpasienter.
 7. Minst 30% av dialysepasientene får hjemmedialyse.
 8. Flere kliniske behandlingsstudier enn i 2017.
- Styrke arbeidet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere.
- Arbeide med IKT- standardisering, informasjonsdeling og mobile løsninger som understøtter gode og trygge pasientforløp. Etablere en standardisert og sikker IKT-infrastruktur som understøtter videre digitalisering.

Følges opp gjennom månedlig, tertialvis og årlig rapportering

2.1 Aktivitet somatikk (ISF-poeng)

Periode: MAI 2018	Periodens tall		HITTIL I ÅR		Sammenligning 2017	
	Avvik	Avvik i %	Avvik	Avvik i %	Endring	i %
Klinikk						
Medisinsk klinikk	-111	-4,7 %	-49	-0,4 %	235	2,1 %
Hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	42	2,7 %	-487	-5,7 %	-418	-4,9 %
Nevroklinikken	-69	-3,2 %	-551	-4,8 %	-403	-3,6 %
Ortopedisk klinikk	-52	-2,6 %	-95	-1,0 %	6	0,1 %
Barne- og ungdomsklinikken	191	14,2 %	177	2,6 %	441	6,8 %
Kvinneklinikken	40	2,2 %	-75	-0,9 %	181	2,1 %
Kirurgi, inflammasjonsmedisin og transpl	-240	-7,6 %	-756	-4,6 %	-512	-3,2 %
Kreftklinikken	-71	-2,7 %	-318	-2,4 %	-126	-1,0 %
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-70	-2,5 %	-225	-1,6 %	-170	-1,2 %
Akuttklinikken	13	9,0 %	-157	-20,8 %	-126	-17,5 %
Laboratoriemedisin	-3	-16,7 %	8	10,0 %	10	12,8 %
SUM TOTALT	-366	-1,8 %	-2 453	-2,4 %	-930	-0,9 %

- Estimat for forventet etterregistrering er inkludert i rapportert resultat.
- Ved sammenligning med 2017 er 2017-data fremstilt med vektor og logikk for 2018. Sammenligningen omfatter aktivitet utført ved Oslo universitetssykehus HF.

2.1 Aktivitet – psykisk helsevern

Rapporteringsperiode: MAI 2018	Denne periode				Hittil i år				2018 mot 2017	
Oslo universitetssyke hus HF	Resultat	Budsjett	Awik	%	Resultat	Budsjett	Awik	%	Endring	%
Psykisk helsevern - voksen										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	193	205	-12	-5,9 %	955	966	-11	-1,1 %	102	12,0 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	6 147	6 183	-36	-0,6 %	30 536	29 911	625	2,1 %	-54	-0,2 %
Antall polikliniske konsultasjoner	8 159	7 373	786	10,7 %	40 000	39 581	419	1,1 %	-436	-1,1 %
Psykisk helsevern - barn og unge										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	20	16	4	28,7 %	96	73	23	31,8 %	17	21,5 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	1 173	686	487	71,1 %	5 128	3 488	1 640	47,0 %	1 982	63,0 %
Antall oppholdsdager dagbehandling	301	330	-29	-8,7 %	1 572	1 594	-22	-1,4 %	97	6,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner	4 526	3 479	1 047	30,1 %	20 768	20 263	505	2,5 %	-162	-0,8 %
TSB										
Antall utskrevne pasienter døgnbehandling	184	200	-16	-8,0 %	938	979	-41	-4,2 %	-4	-0,4 %
Antall liggedøgn døgnbehandling	2 188	2 090	98	4,7 %	10 448	10 233	215	2,1 %	302	3,0 %
Antall polikliniske konsultasjoner	2 170	1 696	474	28,0 %	10 190	10 033	157	1,6 %	160	1,6 %

2.1 Aktivitet radiologi

Vektete aktivitetstall

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

	Vekter (NCRP-vekt)	Mnd 2017	Mnd 2018	HiÅ 2017	HiÅ 2018	%-vis endring 2017-2018 Mnd	%-vis endring 2017-2018 HiÅ
Modalitet		H	H	H	H	H	H
Angio	25,8	6 785	7 095	34 082	34 030	4,6 %	-0,2 %
CT	9,9	60 657	59 638	285 387	291 763	-1,7 %	2,2 %
MG	18,3	9 333	7 521	43 408	43 261	-19,4 %	-0,3 %
MR	17,1	55 011	48 923	263 733	249 523	-11,1 %	-5,4 %
NM	12,3	6 777	5 732	34 182	33 321	-15,4 %	-2,5 %
PET	37,1	12 837	15 248	77 020	73 235	18,8 %	-4,9 %
RG	1	14 543	14 547	71 478	72 668	0,0 %	1,7 %
UL	1,9	6 319	6 692	30 056	30 429	5,9 %	1,2 %
MG - screen	18,3	36 692	32 428	180 511	184 318	-11,6 %	2,1 %
TS	1	2 573	2 645	12 656	13 185	2,8 %	4,2 %
Totalt		211 527	200 468	1 032 513	1 025 733	-5,2 %	-0,7 %

H = henvisninger

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

MG = mammografi

NM = nukleærmedisin

RG = konvensjonell røntgen

2.1 Intensivaktivitet

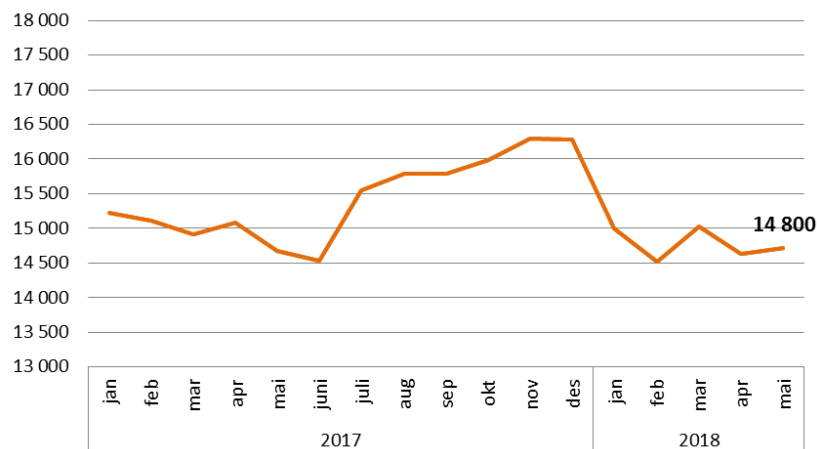
Aktivitet	Mai 2018	Akkumulert Mai 2018	Mai 2017	Akkumulert Mai 2017	Endring 2017-2018	Endring i %
Antall intensivpasienter						
AKU	299	1 437	265	1 350	87	6,4 %
BAR	92	392	91	369	23	6,2 %
MED	80	376	91	346	30	8,7 %
Antall intensivdøgn						
AKU	1 197	6 047	1 324	6 326	-279	-4,4 %
BAR	830	4 238	955	3 579	659	18,4 %
MED	297	1 530	250	1 307	223	17,1 %
Antall respiratordøgn						
AKU	540	3 059	720	3 486	-427	-12,2 %
BAR	536	2 900	790	2 548	352	13,8 %
MED	128	756	90	698	58	8,3 %

2.1 Aktivitet PO/Intensiv (Akuttklinikken)

Aktivitet	Mai 2018	Akkumulert Mai 2018	Mai 2017	Akkumulert Mai 2017	Endring 2017-2018	Endring i %
Antall PO-pasienter AKU						
Barneintensiv, RH	43	231	33	213	18	8,5 %
Barneintensiv US	79	203	24	102	101	99,0 %
Generell Intensiv US	26	108	16	86	22	25,6 %
Generell int 1, RH	41	142	22	103	39	37,9 %
Generell int 2, RH	54	203	26	114	89	78,1 %
Nevrointensiv, Ullevål	11	70	6	39	31	79,5 %
PO, Aker	487	2 397	488	2 383	14	0,6 %
PO, Radium	238	1 272	269	1 297	-25	-1,9 %
PO, RH	874	4 530	943	4 765	-235	-4,9 %
PO, Ullevål	395	2 006	445	2 125	-119	-5,6 %
Sum antall PO-pasienter AKU	2 248	11 162	2 272	11 227	-65	-0,6 %
Liggedøgn PO-pasienter AKU						
Barneintensiv, RH	7	52	8	50	2	4,0 %
Barneintensiv US	23	61	6	31	30	96,8 %
Generell Intensiv US	13	46	5	36	10	27,8 %
Generell int 1, RH	14	42	7	30	12	40,0 %
Generell int 2, RH	11	43	8	35	8	22,9 %
Nevrointensiv, Ullevål	5	34	3	18	16	88,9 %
PO, Aker	88	409	84	448	-39	-8,7 %
PO, Radium	53	280	60	285	-5	-1,8 %
PO, RH	94	505	114	555	-50	-9,0 %
PO, Ullevål	118	576	128	591	-15	-2,5 %
Sum antall liggedøgn PO-pasienter AKU	426	2 048	423	2 079	-31	-1,5 %

2.2 Ventelisteutvikling – antall ventende

Antall ventende

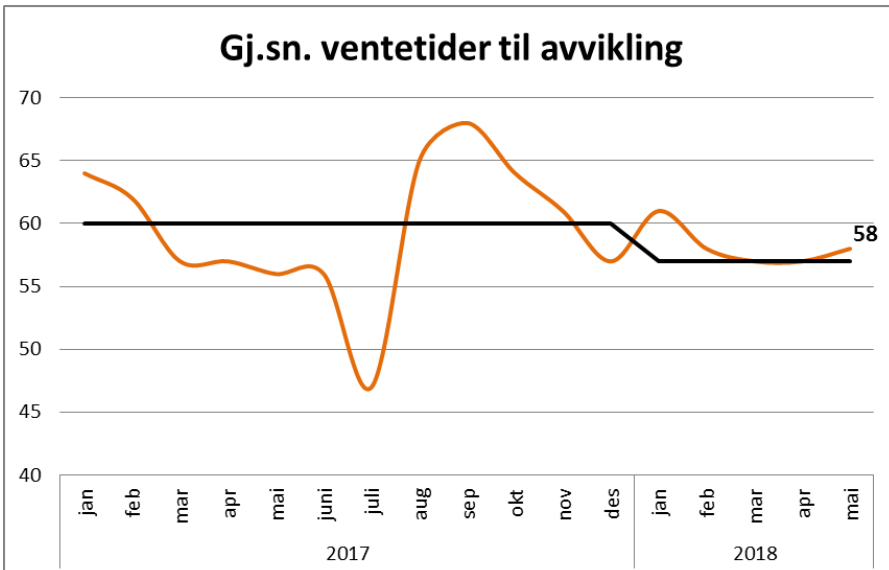


Antall ventende	2017				2018				Utvikling
	feb	mar	apr	mai	feb	mar	apr	mai	
PHA	640	601	609	597	578	646	600	567	
MED	2 160	2 187	2 149	2 117	2 038	2 113	2 037	2 029	
HHA	2 171	2 108	2 199	2 147	2 273	2 242	2 074	2 152	
NVR	1 707	1 750	1 713	1 557	1 502	1 622	1 641	1 606	
OPK	1 613	1 435	1 492	1 518	1 449	1 535	1 519	1 587	
BAR	699	665	694	668	766	832	764	733	
KVI	925	972	1 029	1 051	735	817	883	934	
KIT	3 249	3 249	3 237	3 254	3 392	3 389	3 267	3 294	
KRE	322	401	441	348	325	340	397	368	
HLK	889	727	703	658	693	729	753	808	
AKU	100	126	124	108	178	159	160	136	
KLM	634	692	699	644	593	605	543	503	
Sum klinikker	15 109	14 913	15 090	14 668	14 522	15 029	14 638	14 800	
Diff vs. 2017								132	
Diff %								1 %	

Antall ventende = ikke avviklede henvisningsperioder

2.2 Gjennomsnittlige ventetider til avvikling

Gj.sn. ventetider til avvikling

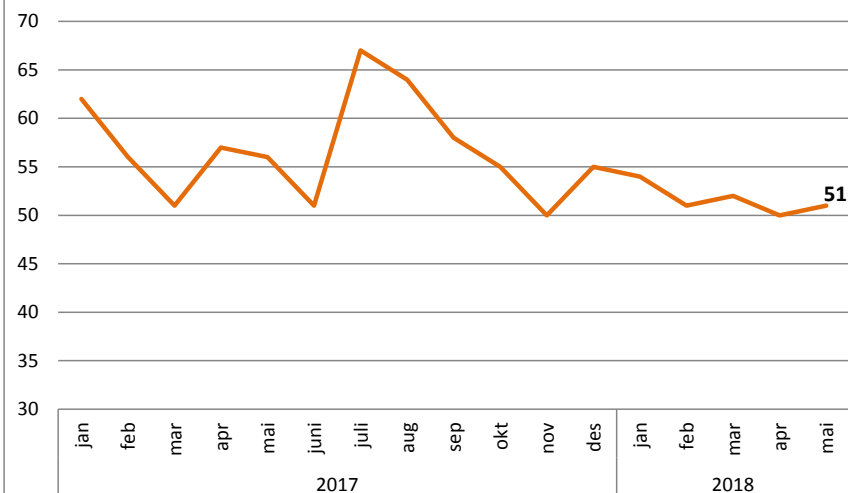


Gj.sn. v.tid til avvikling	2017				2018				Utvikling
	feb	mar	apr	mai	feb	mar	apr	mai	
PHA	53	45	48	50	43	43	45	44	
MED	56	55	57	59	62	57	59	59	
HHA	56	52	49	57	64	65	56	55	
NVR	57	55	61	57	59	54	58	57	
OPK	107	76	76	67	83	72	70	74	
BAR	62	62	71	65	64	57	71	64	
KVI	59	55	49	54	38	35	44	48	
KIT	66	63	65	56	67	69	70	68	
KRE	34	28	34	35	27	28	29	31	
HLK	106	93	75	60	58	59	63	60	
AKU	57	52	54	64	73	101	80	98	
KLM	34	32	37	37	37	34	38	35	
OUS	62	57	57	56	58	57	57	58	
Diff vs. 2017								2	
Diff %								4 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Gjennomsnittlige ventetider ventende

Gj.sn. ventetider ventende

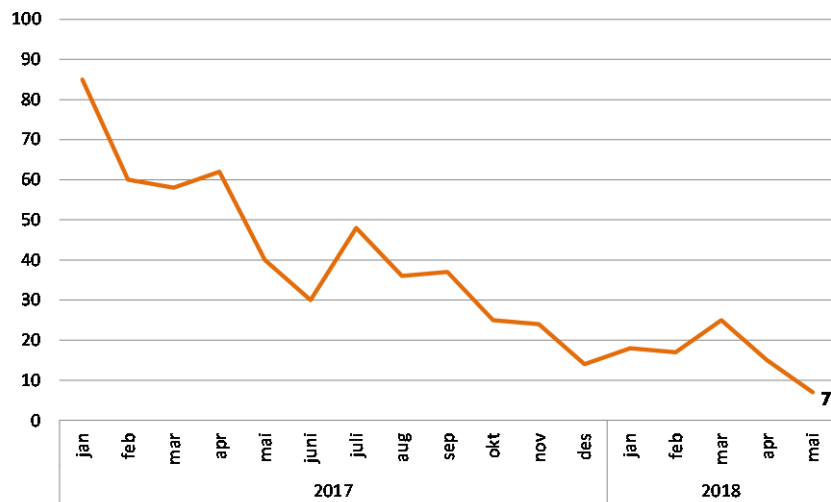


Gj.sn. v.tid ventende	2017				2018				Utvikling
	feb	mar	apr	mai	feb	mar	apr	mai	
PHA	34	33	42	36	31	41	32	32	
MED	51	47	54	52	49	51	50	50	
HHA	62	58	64	68	58	56	55	54	
NVR	43	41	45	42	42	41	40	37	
OPK	82	79	79	78	61	58	58	59	
BAR	51	49	56	50	53	56	55	56	
KVI	46	43	55	46	32	34	39	42	
KIT	57	53	58	59	61	65	59	61	
KRE	70	43	49	55	23	35	25	26	
HLK	79	57	51	52	48	51	46	46	
AKU	38	34	52	47	63	68	63	64	
KLM	33	37	43	44	34	36	35	38	
OUS	56	51	57	56	51	52	50	51	
Diff vs. 2017								-5	
Diff %								-9 %	

Gjennomsnittlig ventetid er oppgitt i dager.

2.2 Langtidsventende (≥ 12 mnd)

Ventende ≥ 12 mndr.



Antall ventet ≥ 1 år	2017				2018				Utvikling
	feb	mar	apr	mai	feb	mar	apr	mai	
PHA	-	-	3	-	1	3	-	-	
MED	-	1	1	1	-	-	-	-	
HHA	11	11	16	16	5	3	3	2	
NVR	1	5	1	1	3	-	3	1	
OPK	23	20	18	12	-	-	1	-	
BAR	-	-	2	-	-	-	1	-	
KVI	6	3	5	-	-	1	2	-	
KIT	10	7	4	6	7	13	4	4	
KRE	7	5	6	2	1	3	-	-	
HLK	2	3	4	2	-	2	1	-	
AKU	-	-	1	-	-	-	-	-	
KLM	-	3	1	-	-	-	-	-	
Sum	60	58	62	40	17	25	15	7	
Diff vs. 2017									-33
Diff %									-83 %

2.3 Fristbrudd

Fristbrudd ordinært avviklede	2017									2018									Utvikling
	Antall				Antall					Andel	Antall				Andel				
	feb	mar	apr	mai	feb	mar	apr	mai	mai	feb	mar	apr	mai	mai					
PHA	1	2	-	2	1	1	4	-	0%										
MED	3	1	7	3	1	2	8	-	0%										
HHA	3	6	-	6	4	7	3	4	0,4%										
NVR	6	5	3	5	1	4	3	5	0,6%										
OPK	1	5	2	1	1	3	2	1	0,2%										
BAR	4	8	7	20	18	10	9	12	4,4%										
KVI	4	3	3	1	3	-	2	7	1,5%										
KIT	14	18	21	36	29	26	14	16	1,4%										
KRE	6	12	19	14	4	5	12	9	2,4%										
HLK	1	4	2	1	4	6	2	7	2,5%										
AKU	-	-	-	-	-	1	-	-	0%										
KLM	-	-	-	-	-	-	-	-	0%										
Sum	43	64	65	91	66	65	59	61	1%										
Endr fra 2017																			
Endr i %																			

Fristbrudd ventende	2017									2018									Utvikling
	Antall				Antall					Andel	Antall				Andel				
	feb	mar	apr	mai	feb	mar	apr	mai	mai	feb	mar	apr	mai	mai					
PHA	3	1	-	-	1	7	2	1	0,2										
MED	2	5	1	-	5	5	2	2	0,2										
HHA	1	1	-	4	2	11	2	1	0,1										
NVR	3	1	3	3	4	5	4	1	0,3										
OPK	3	3	-	2	-	4	3	-	-										
BAR	4	6	20	3	15	13	22	8	2,0										
KVI	-	-	-	-	-	-	1	1	-										
KIT	16	23	30	37	26	43	9	12	0,8										
KRE	11	9	20	5	3	10	6	5	0,9										
HLK	-	5	3	4	2	5	6	8	0,3										
AKU	-	-	-	-	-	-	-	-	-										
KLM	1	1	-	-	1	-	-	-	0,2										
Sum	44	55	78	59	59	103	57	39	0,3%										
Endr fra 2017																			
Endr i %																			

Fristbrudd avviklede: Frist var overskredet på tidspunkt for avvikling.

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

2.4 Epikrisetid

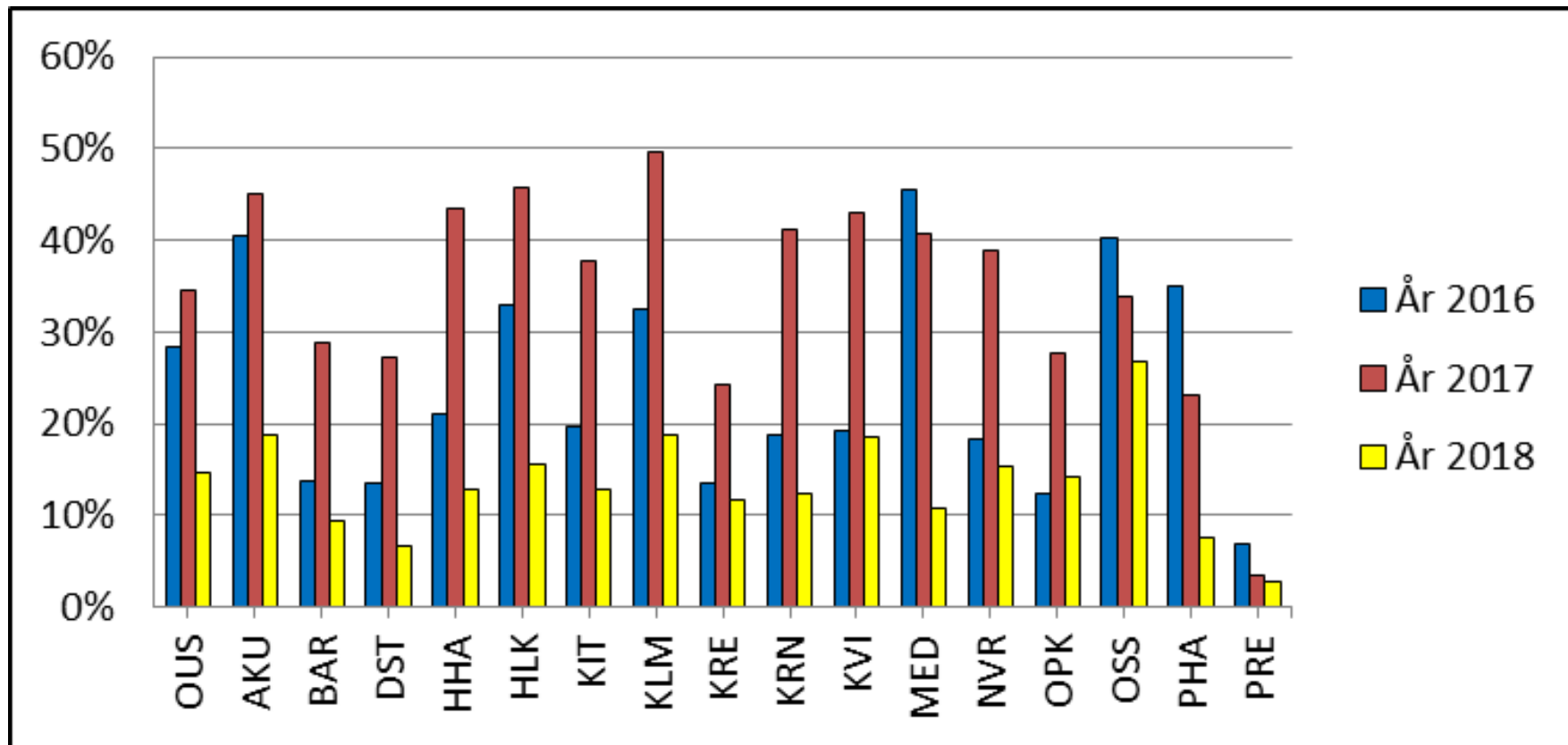
	% 1. dag	% 7 dager
Oslo universitetssykehus HF	45	75
Akuttklinikken	65	83
Barne- og ungdomsklinikken	28	56
Hjerte-, lunge- og karklinikken	42	70
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	35	67
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	42	72
Kreftklinikken	50	79
Kvinneklinikken	26	85
Medisinsk klinikk	68	91
Nevroklinikken	36	73
Ortopedisk klinikk	45	77
Klinikk for psykisk helse og avhengighet	27	77

2.5 Pasientsikkerhetsprogram – status innføring

Innsatsområde	Antall relevante enheter	Antall enheter som har implementert tiltakene	Prosentvis mål på spredning
Trygg kirurgi	25	17	68
Samstemming av legemiddellister	36	13	36,1
Behandling av hjerneslag	13	8	61,5
Urinveisinfeksjoner	32	20	62,5
Infeksjon ved SVK	31	25	80,6
Trykksår	30	16	53,3
Fall	41	17	41,4
Forebygging av selvmord	6	3	50
Forebygging av overdosedødsfall	4	1	25
Nye innsatsområder oppstart 2017			
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	44	24	54,5
Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis	38	22	57,8
Forebygge underernæring	32	15	46,8
Trygg utskriving med brukermedvirkning	41	11	26,8

Rapportering av avdelingsvis innføringsstatus av tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet. Kilde: Kvalitetsweb.

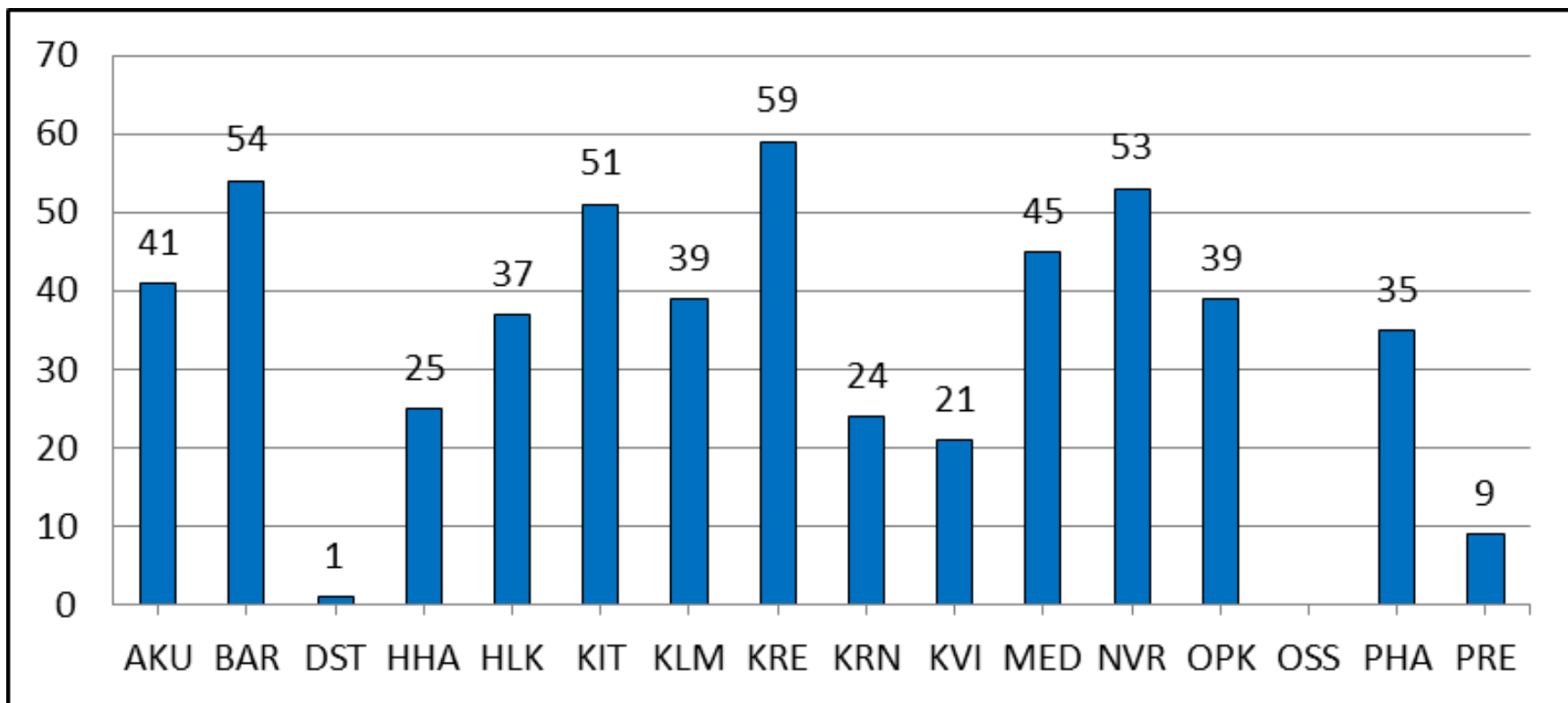
2.5 Pasientsikkerhetsprogram - opplæring



Andel ansatte som har gjennomført opplæringen PIIP i hele sykehuset og fordelt på klinikker fra 2016 til 4. juni 2018.

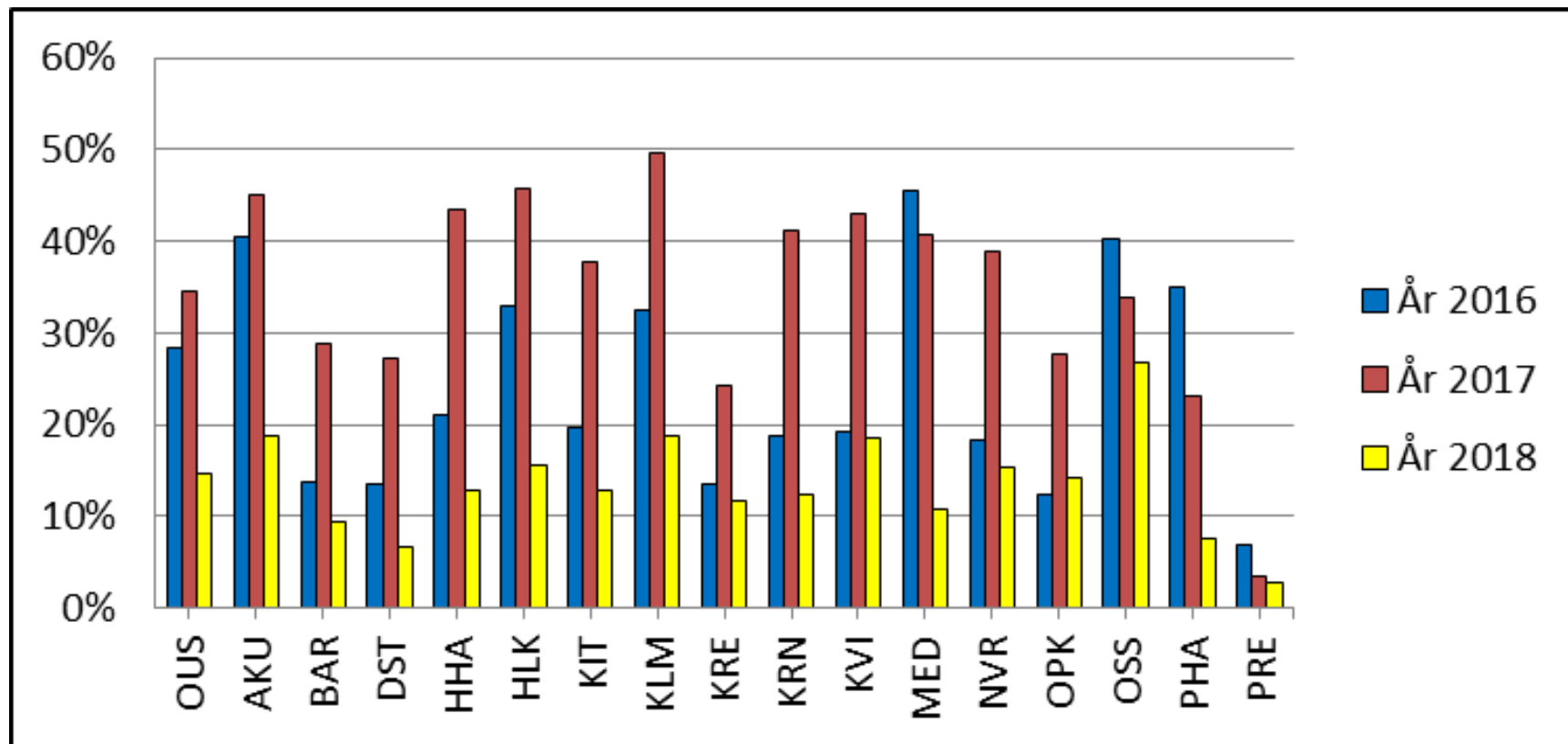
2.6 Forskningsprosjekter og registre

- med utløpt slettedato

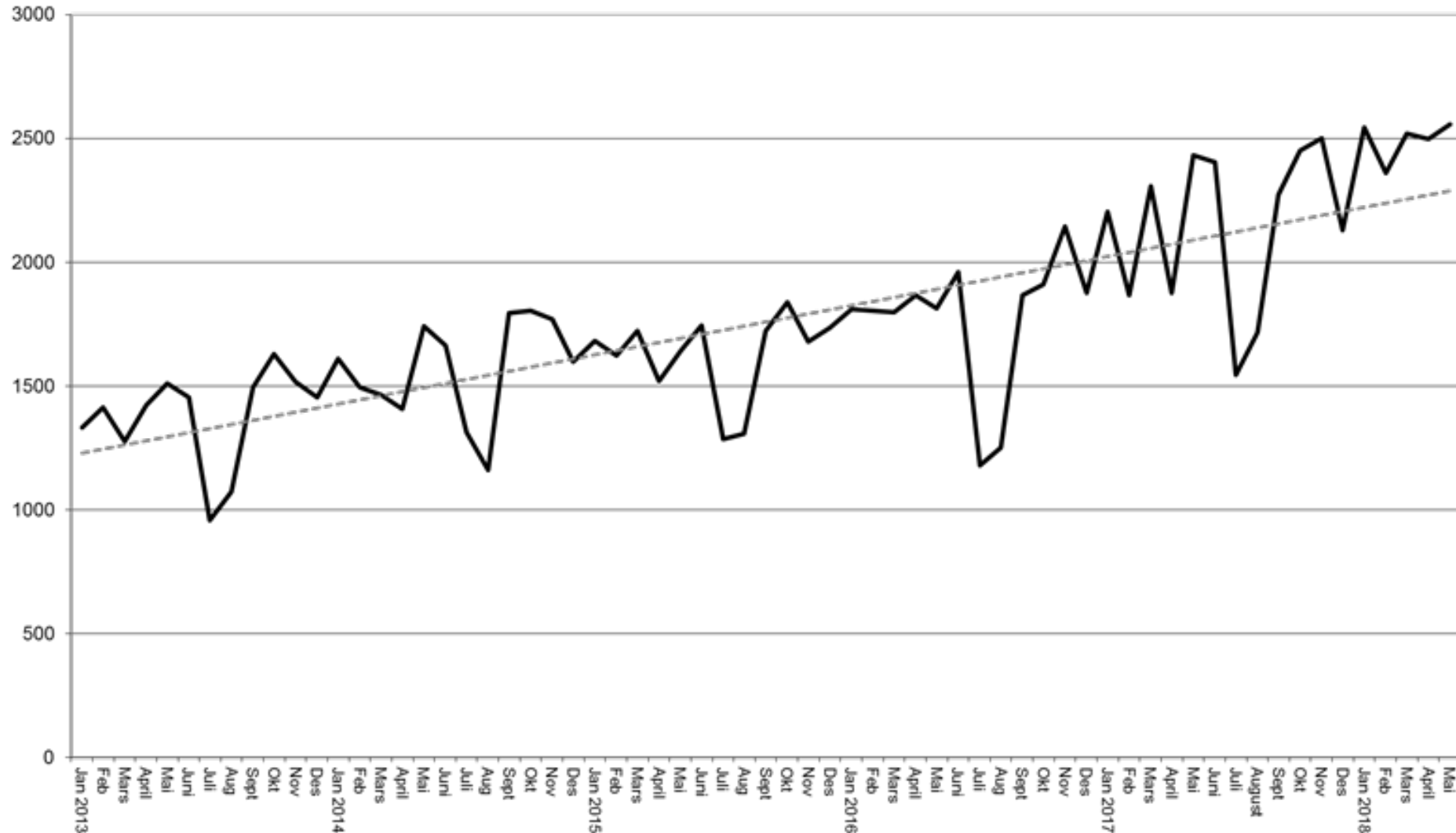


Antall pågående forskningsprosjekter- og registre med utløpt slettedato – det vil si manglende grunnlag for oppbevaring av data.

2.6 Andel ansatte som har gjennomført PIIP

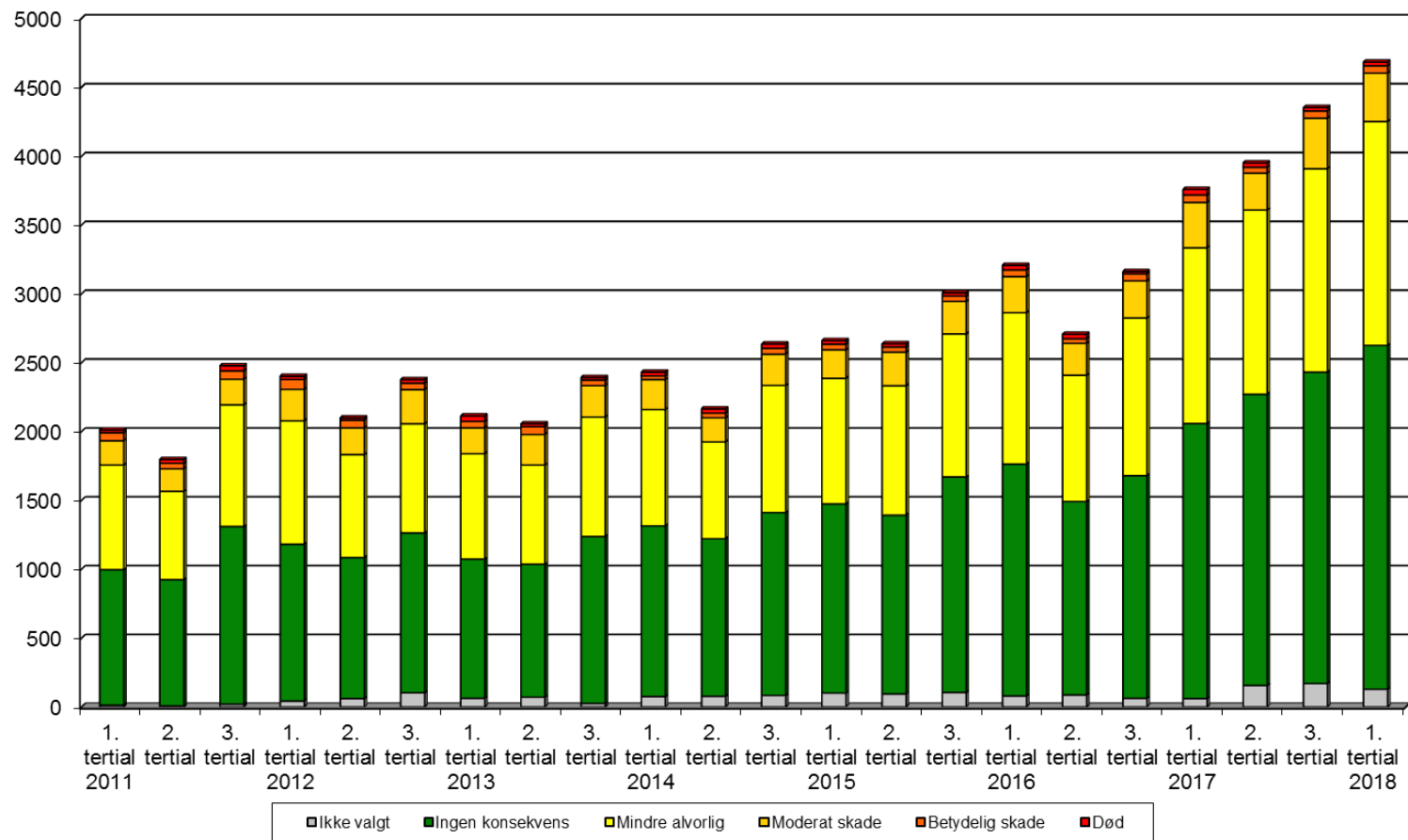


2.7 Uønskede hendelser og risikoforhold



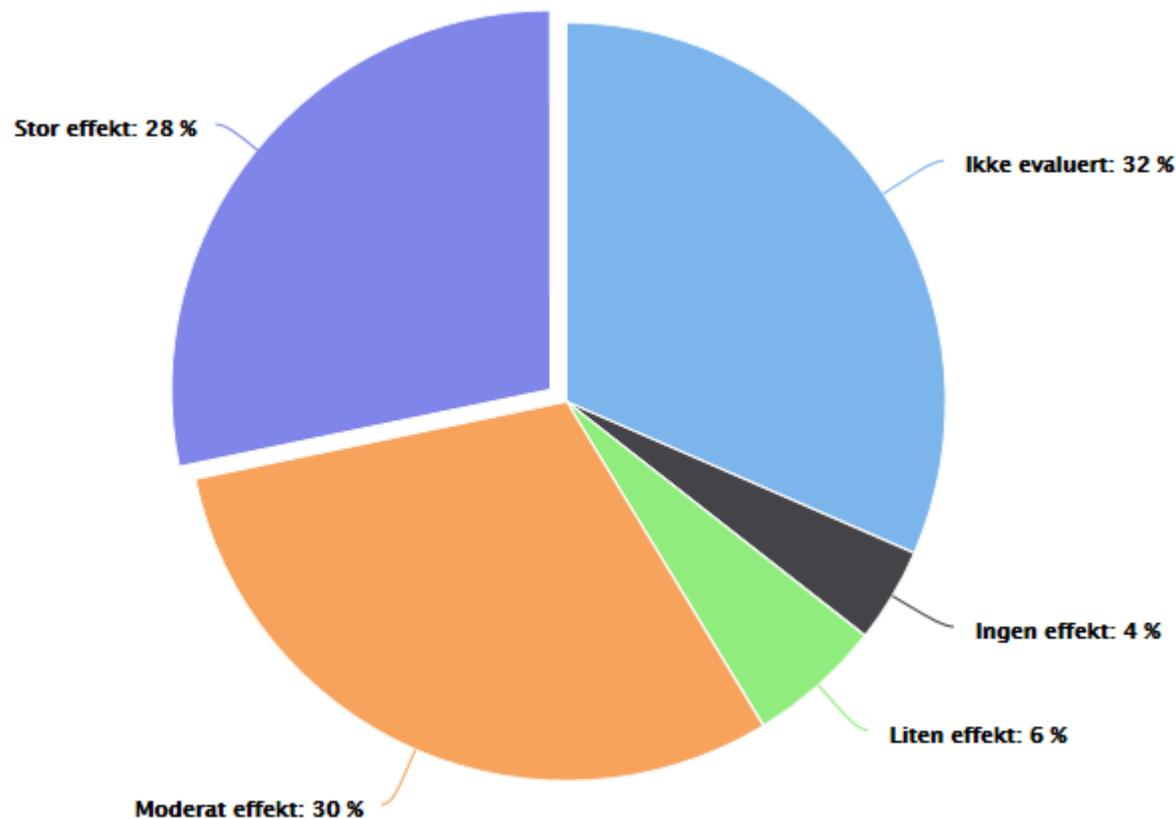
Uønskede hendelser og risikoforhold – alle typer - registrert per måned med trendlinje. Kilde: Achilles

2.7 Pasientrelaterte hendelser og konsekvens



* Registreringer i Achilles.

2.7 Effektvurdering av tiltak utført i klinikkene i 1. tertial 2018



* Tiltak etter uønskede hendelser og risikoforhold registrert i Achilles.

2.7 Fordeling av pasienthendelser i hovedkategorier

		Totalt	Ingen konsekvens	Mindre alvorlig	Moderat skade	Betydelig skade	Dødsfall	Ikke valgt
Behandling og pleie	25 %	1175	555	430	136	24	10	20
Diagnostikk/utredning	11 %	500	265	182	31	7	1	14
Dokumentasjon / informasjon	10 %	462	307	127	18	0	1	9
Fall og uhell	6 %	261	125	101	21	10	3	1
Infeksjon	1 %	32	15	9	4	1	1	2
Legemidler og blodprodukter	18 %	847	544	257	41	0	1	4
Medisinsk utstyr	5 %	251	138	90	18	2	0	3
Pasientadferd	2 %	102	23	55	13	2	7	2
Pasientadministrasjon	16 %	748	398	287	40	2	2	19
Ikke valgt	7 %	305	127	87	30	5	1	55
Totalt	100 %	4683	2497	1625	352	53	27	129

* Angitt etter Norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser i Achilles.

2.7 Varsler til Statens helsetilsyn etter § 3-3a

	2016			2017			2018
	1.tertial	2.tertial	3.tertial	1.tertial	2.tertial	3.tertial	1.tertial
Avsluttet etter innledende undersøkelser	15	12	12	15	15	12	16
Oppfølging - anmodning om redegjørelse	4	1	1	3	2	0	
Tilsynsmessig oppfølging av fylkesmannen	13	7	11	18	14	5	9
Skriftlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	-	-	1	-	-	1	-
Stedlig tilsyn v/Statens helsetilsyn	2	2	-	-	1	3	-
Ikke ferdigbehandlet	-	1	-	-	1	-	2
Totalt	34	23	25	36	33	21	27

* Betydelig skade / død varsles i hht. Spesialisthelsetjenesteloven §3-3 a.

2.7 Meldinger til Helsedirektoratet etter § 3-3

År	Antall saker
2014	1246
2015	1402
2016	1573
T1 2017	597
T2 2017	576
T3 2017	649
T1 2018	638

* Hendelser der ansatt angir potensial / kunne ført til betydelig skade meldes i hht. Spesialisthelsetjenesteloven §3-3.

2.7 Klager til sykehuset

	T1 2015	T2	T3	T1 2016	T2	T3	T1 2017	T2	T1 2018
Fra Fylkesmannen	43	39	51	54	24	22	24	35	29
Fra Pasientombud	21	21	17	12	16	24	14	21	11
Tilsynssaker fra Fylkesmannen	-	-	-	14	27	38	36	42	29

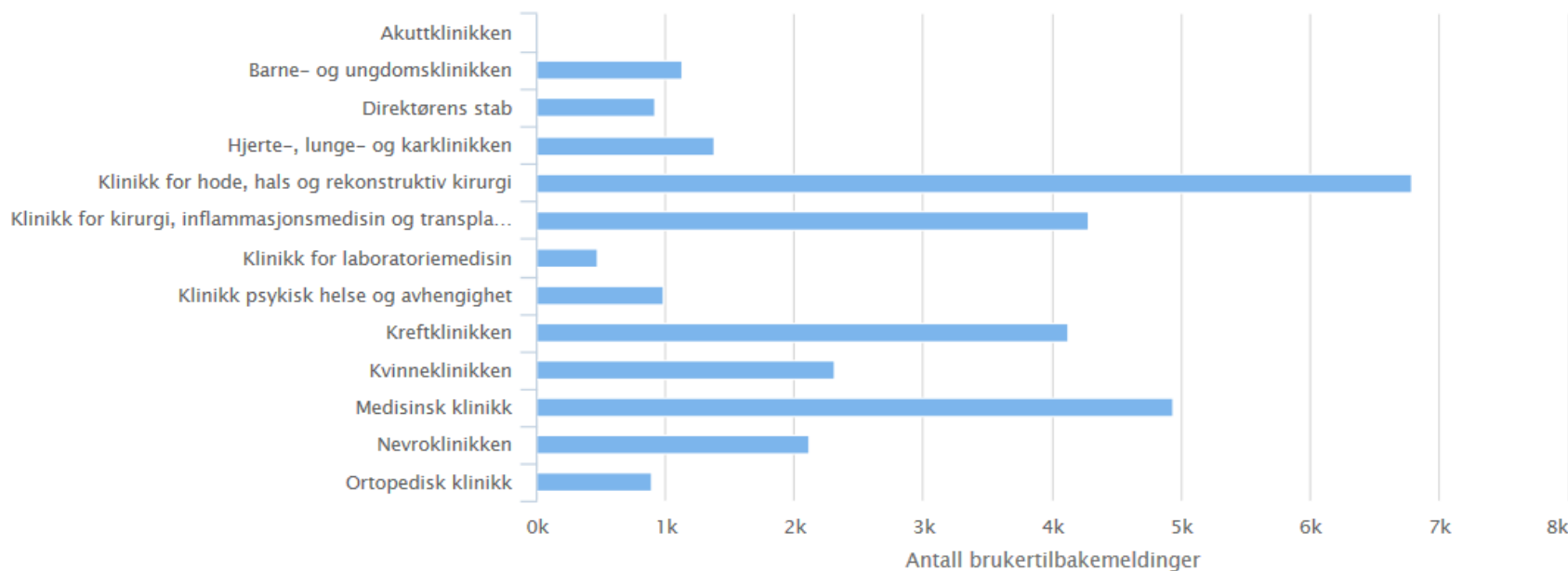
* Sykehuset registrerer og følger opp henvendelser der pasient eller pårørende klager på behandling via Pasientombudet eller Fylkesmannen - eller der Fylkesmannen etterspør mer informasjon i forbindelse med et behandlingsforløp.

2.7 Fylkesmannens konklusjon i tilsynssaker

	1. tertial 2017		2. tertial 2017		3. tertial 2017		1. tertial 2018	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Avsluttet uten anmerkning	10	40 %	11	52 %	25	50 %	10	25 %
Avsluttet med anmerkning	3	12 %	7	33 %	6	12 %	7	18 %
Brudd på informasjonsplikt	2	8 %	0	0 %	2	4 %	1	3 %
Brudd på pasientrettigheter	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på krav til journalføring	2	8 %	1	5 %	2	4 %	0	0 %
Brudd på forsvarlighet	8	32 %	2	10 %	14	28 %	22	55 %
Brudd på helsepersonelloven	0	0 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Brudd på taushetsplikt	0	0 %	0	0 %	1	2 %	0	0 %
Sum	25	100 %	21	100 %	50	100 %	40	100 %

År oppstått	Antall avsluttet 1. tertial 2018
2014	2
2015	4
2016	7
2017	26
2018	1
Sum	40

2.8 Antall brukertilbakemeldinger



* SMS-brukerundersøkelsen i Achilles.

2.8 Brukerundersøkelsen:

Andel positive svar

Spørsmål	Positiv respons
Behandlerne snakket så jeg forsto dem	95 %
Tillit behandlernes faglige dyktighet	94 %
Tillit øvrige personalets faglige dyktighet	92 %
Tilstrekkelig info om diagnose / plager	85 %
Behandlingen var tilpasset min situasjon	89 %
Involvert i avgjørelser om behandlingen	71 %
Arbeidet var godt organisert	85 %
Utstyret var i god stand	89 %
Tilfredsstillende hjelp, alt i alt	90 %
Ble ikke feilbehandlet	94 %
Ventetid	82 %
Utbytte av behandlingen, alt i alt	83 %

3.1 Økonomisk resultat

Tall i hele 1000 kr	Budsjett 2018	Mai				Hittil i 2018			
		Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik budsjett	Avvik i %
Basisramme	11 889 309	1 110 840	1 110 840	0	0,0 %	5 182 860	5 182 860	0	0,0 %
Aktivitetsbaserte inntekter	8 447 259	710 004	704 691	5 313	0,8 %	3 553 393	3 623 597	-70 204	-1,9 %
Andre inntekter	2 714 720	212 851	235 166	-22 316	-9,5 %	1 175 285	1 166 748	8 537	0,7 %
Sum driftsinntekter	23 051 288	2 033 694	2 050 697	-17 003	-0,8 %	9 911 538	9 973 205	-61 667	-0,6 %
Lønn -og innleiekostnader	15 828 574	1 432 444	1 455 170	22 726	1,6 %	6 899 717	6 942 261	42 544	0,6 %
Kjøp av helsetjenester	492 303	32 981	41 098	8 117	19,8 %	208 816	204 648	-4 168	-2,0 %
Varekostnader mv	2 622 546	231 742	217 482	-14 260	-6,6 %	1 092 255	1 111 904	19 648	1,8 %
Andre driftskostnader	3 965 783	305 255	324 553	19 298	5,9 %	1 651 118	1 654 550	3 432	0,2 %
Sum driftskostnader	22 909 206	2 002 421	2 038 303	35 882	1,8 %	9 851 906	9 913 362	61 456	0,6 %
Driftsresultat	142 082	31 273	12 394	18 879	0,9 %	59 632	59 843	-211	0,0 %
Netto finans	32 918	2 815	2 189	626	28,6 %	8 667	13 073	-4 406	-33,7 %
Resultat OUS	175 000	34 088	14 583	19 505	1,0 %	68 299	72 916	-4 617	0,0 %
Endrede pensjonskostnader	0	12 461	0	12 461		53 821	0	53 821	
Resultat justert for endret pensj.kost	175 000	21 627	14 583	7 044	0,4 %	14 478	72 916	-58 438	-0,6 %

3.1 Kommentarer til resultat - per ØBAK-linje

Art ØBAK	Resultat	Budsjett	Avvik	Kommentarer til de største avvikene
Basisramme	5 148 053	5 148 053	0	Inntektsføres som budsjett.
Kvalitetsbasert finansiering	34 807	34 807	0	Inntektsføres som budsjett.
ISF egne pasienter	1 622 683	1 706 285	-83 602	De totale ISF-inntektene er om lag 66 mnok lavere enn budsjett. I dette ligger et positivt avvik på 23 mnok relatert til refusjon for pasientadministrerte legemidler (hovedsakelig knyttet til de nye legemidlene som ble overført i 2017 og 2018). Det negative aviket kan i stor grad relateres til somatikken, både dag-, døgn- og poliklinisk behandling. Dette har sammenheng med lavere aktivitet enn forutsatt i flere klinikker. I aviket inngår også negativt avvik knyttet til negativ gruppereffekt ut over budsjettet med om lag 15 mnok. Andre forhold som trekker negativt er både forsinket effekt av tiltak og noe dårligere utnyttelse av operasjonsstusene enkelte steder. Det er også registrert færre pasienter som er tracheostomert hittil i 2018 enn i samme periode i 2017. Innen PHA er det positive avvik, spesielt innen BUP. Etterregistrering og kvalitetssikring av tidligere perioder gir positivt avvik i perioden og akkumulert.
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	363 390	371 888	-8 498	
ISF-refusjon fritt behandlingsvalg	0	0	0	
ISF refusjon poliklinisk PVH/TSB	32 198	28 745	3 453	
ISF-refusjon pasientadministrerte lege	53 482	30 724	22 758	
Utskrivningsklare pasienter	4 197	1 404	2 793	Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn forventet, derfor også noe høyere inntekt.
Gjestepasienter	318 755	284 590	34 165	Det er et positivt avvik på om lag 3 mnok relatert til PHA og TSB. Det øvrige aviket kan i sin helhet relateres til somatikken og poliklinisk behandling.
Salg av konserninterne helsetjenester	862 145	913 286	-51 141	Salg av helsetjenester til andre i egen region er om lag 51 mnok lavere enn budsjettet. Det negative aviket gjelder stor grad dag- og døgnaktivitet innen somatikken (hvorav deler av dette også kan relateres til gruppereffekt ut over budsjettet). PHA har et positivt avvik på om lag 6 mnok og kurdøgn et positivt avvik på om lag 2 mnok.
Polikliniske inntekter	296 543	286 675	9 867	Det positive aviket på om lag 10 mnok kan i sin helhet relateres til laboratorieområdet.
Andre øremerkede tilskudd	603 080	663 772	-60 692	Inntektene føres i takt med faktisk forbruk (kostnadene).
Andre driftsinntekter	572 205	502 976	69 229	Aviket gjelder i hovedsak øremerkede tilskudd som salderes under andre driftskostnader. Det er for øvrig mindre, både positive og negative avik på flere flere poster.
Sum driftsinntekter	9 911 538	9 973 205	-61 667	
Kjøp av off helsetjenester	29 099	18 176	-10 923	Aviket kan i sin helehet relateres til tilskudd gitt fra nasjonalt kompetansesenter til andre foretak. Aviket har motpost på inntektssiden under andre øremerkede tilskudd.
Kjøp av private helsetjenester	144 433	154 936	10 503	Aviket gjelder i hovedsak kjøp av behandling i utlandet.
Varekostnader	1 092 255	1 112 632	20 377	Aviket kan ses i sammenheng med lavere aktivitet enn budsjettet.
Innleid arbeidskraft	87 152	64 877	-22 275	Innleiekostnadene er om lag 22 mnok høyere enn budsjettet og også noe høyere enn på samme tid i fjor (2,5 %).
Kjøp av konserninterne helsetjenester	35 284	31 540	-3 744	Om lag 1 mnok av aviket kan relateres til somatikken. Det øvrige er knyttet til både kurdøgn og poliklinikk PHA og TSB.
Lønn til fast ansatte	4 907 201	4 935 409	28 208	De samlede lønnskostnadene er om lag 64 mnok lavere enn budsjettet. I dette aviket inngår rundt 54 mnok i lavere pensjonskostnader enn forutsatt i budsjettet. Aviket ekskl. pensjonseffekt er således positivt med om lag 10 mnok. Dette må ses i sammenheng med det negative aviket for innleid arbeidskraft. Lønnsrefusjonene er høyere enn budsjettet, men må ses i sammenheng med høyere kostnader til overtid og ekstrahjelp.
Overtid og ekstrahjelp	558 957	506 123	-52 834	
Pensjon	821 987	875 808	53 821	
Off tilskudd og ref vedr arbeidskraft	-328 625	-301 323	27 302	
Annen lønn	853 045	860 633	7 588	
Avskrivninger	381 392	373 952	-7 440	
Nedskrivninger	1	9 637	9 636	
Andre driftskostnader	1 269 724	1 270 961	1 237	Andre driftskostnader har totalt et positivt avvik på 1 mnok. I dette ligger blant annet høyere energikostnader enn budsjettet (om lag 16 mnok) og kostnader tilhørende øremerkede midler som salderes under inntektene. Noe lavere IKT-kostnader bidrar positivt. I tillegg er det flere små avik, både positive og negative, på flere poster.
Sum driftskostnader	9 851 906	9 913 362	61 456	
Finansinntekter	-26 032	-33 443	-7 411	Negativ netto finans kommer i all hovedsak som følge av negativt bidrag fra datterselskapene.
Finanskostnader	17 365	20 370	3 005	
Netto finans	-8 667	-13 073	-4 406	
TOTALT	68 299	72 916	-4 617	
Avvik justert for endrede pensjonskost			-58 439	

3.2 Økonomisk resultat – per klinikk

Rapportering Mai 2018 tall i hele 1000 kr	Mai				Hittil i år			
	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %	Resultat	Budsjett	Avvik	Avvik i %
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2 486	0	2 486	1,3 %	-3 128	0	-3 128	-0,3 %
Medisinsk klinikk	930	0	930	0,8 %	-2 058	0	-2 058	-0,3 %
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-1 075	0	-1 075	-1,4 %	-23 530	0	-23 530	-6,4 %
Nevroklubnikken	-2 348	0	-2 348	-2,5 %	-23 656	0	-23 656	-5,3 %
Ortopedisk klinikk	-2 570	0	-2 570	-4,2 %	-11 928	0	-11 928	-3,9 %
Barne- og ungdomsklubnikken	4 057	0	4 057	3,4 %	6 436	0	6 436	1,2 %
Kvinneklubnikken	722	0	722	1,2 %	-6 437	0	-6 437	-2,2 %
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-1 163	0	-1 163	-1,2 %	-26 355	0	-26 355	-5,2 %
Kreftklubnikken	6 883	0	6 883	4,4 %	11 109	0	11 109	1,4 %
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	-3 410	0	-3 410	-3,2 %	-16 706	0	-16 706	-3,2 %
Akuttklubnikken	-672	0	-672	-0,4 %	-7 454	0	-7 454	-0,9 %
Prehospital klinikk	1 128	0	1 128	1,3 %	-1 576	0	-1 576	-0,4 %
Klinikk for laboratoriemedisin	-1 923	0	-1 923	-1,1 %	-6 183	0	-6 183	-0,7 %
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	65	0	65	0,1 %	55	0	55	0,0 %
Oslo sykehusservice	5 351	0	5 351	2,6 %	479	0	479	0,0 %
Direktørens stab	10 738	0	10 738	8,8 %	32 244	0	32 244	4,9 %
Fellesposter	12 307	11 935	372	0,3 %	139 103	58 627	80 476	22,5 %
Konsern	2 583	2 648	-65		7 884	14 289	-6 405	
Sum OUS	34 088	14 583	19 505	1,0 %	68 299	72 916	-4 617	0,0 %
Sum OUS justert for endret pensj.kostnad	21 627	14 583	7 044	0,3 %	14 478	72 916	-58 438	-0,6 %

3.2 Kommentarer til klinikkenes resultater

Klinikk	Avvik i mill kr	Overordnet beskrivelse av avvik
Klinikk psykisk helse og avhengighet	-3	Klinikken har noe høyere kostnader enn budsjettert. Merforbruk innenfor lønnsområdet utgjør om lag 14 mnok. Samlet er driftsutgiftene 11 mnok høyere enn budsjett. Driftsinntektene er 8 mnok høyere enn budsjett.
Medisinsk klinikk	-2	Driftsinntektene er om lag på budsjett. Totalt har utgiftsiden et avvik på -2,7 mnok. Avviket på varekost er 3 mnok. Innenfor lønnsområdet er det et negativt avvik på 8,6 mnok. Innleie er 2,8 mnok lavere enn budsjett.
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-24	Lav aktivitet og lave ISF-inntekter er hovedårsaken til klinikkens negative resultatavvik. Dette utgjør om lag 15 mnok. Klinikken har også høyere lønnskostnader enn budsjettert. Dette utgjør i overkant av 10,8 mnok.
Nevroklinikken	-24	Klinikken har lavere aktivitet (-4,8 %) enn budsjettert og lavere ISF-inntekter (-17 mnok). Dette gjelder særlig Nevrokirurgisk avdeling. Lavere varekostnader henger sammen med aktivitetsnivået. Lønnskostnadene har et avvik på -12 mnok.
Ortopedisk klinikk	-12	Klinikken ligger marginalt etter budsjettert aktivitet. Kostnadssiden har et avvik på -10 mnok herav lønn -2,1 mnok.
Barne- og ungdomsklinikken	6	Klinikken har god aktivitet. Klinikken er i balanse på lønnsområdet, men har store merkostnader til innleie på nyfødtintensiv (6,2 mnok).
Kvinneklinikken	-6	Klinikken har et merforbruk på 6,4 mnok hvorav 3 mnok relateres til inntektssiden (lavere aktivitet enn plan ved Gynekologisk avdeling). På utgiftssiden har klinikken et merforbruk på 3,5 mnok, som i hovedsak kan relateres til Fødeavdelingen.
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-26	Klinikken har en aktivitet per mai som er 4,9% lavere enn budsjettert, og 3,5% lavere enn fjoråret. Færre operasjoner og høyere strykpersent, samt færre antall gjennomførte og utskrevne transplanstasjonspasienter er hovedårsaken til avviket i aktivitet.
Kreftklinikken	11	Aktiviteten er 2,8% lavere enn budsjett. DRG- inntekten er 9,6 mnok mindre enn budsjett. Medisinkostnadene følger aktiviteten og er 5 mnok lavere enn budsjett. Driftsutgiftene er 1,8 mnok etter budsjett. Omlegging av lab- takster gir isolert sett et positivt avvik for klinikken.
Hjerte-, lunge- og karklinikken	-17	Klinikken har noe lavere aktivitet enn budsjettert. Dette gir et negativt inntektsavvik på 5,8 mnok. Varekostnadene er 5,2 mnok høyere enn budsjettert. Lønnsutgiftene er 3 mnok høyere enn budsjett. Driftsutgiftene viser et merforbruk på 11 mnok.
Akuttklinikken	-7	Klinikken har merinntekter på 2 mnok. Pga god drg-aktivitet (Smerteavdelingen) og fakturering av Oslo kommune for beredskapstjenester på Aker. Hovedforklaringen for resultatet er et merforbruk 9,5 mnok knyttet til innleie fra vikarbyrå og lønn.
Prehospital klinikk	-2	Det har vært høy aktivitet på ambulansområdet med en vekst tilsvarende 4 døgnbiler mer enn samme periode i 2017 (en økning på 9,5 % i antall oppdrag). Klinikken har høy bruk av variabel lønn og høye bilkostnader knyttet til økt aktivitet.
Klinikk for laboratoriemedisin	-6	Det er fortsatt noe usikkerhet knyttet til laboratorieinntekter etter innføring av nytt laboratoriefinansieringssystem. Det er høy aktivitet innenfor laboratorieområdet og driftsutgiftene er 8 mnok høyere enn budsjett (6,2 mnok i varekostnad og 1,9 mnok i lønnsutgifter).
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	0	Samlet resultat som budsjettert hittil i år.
Oslo sykehusservice	0	Samlet resultat som budsjettert hittil i år.
Stab	32	Direktørens stab har samlet et mindreforbruk i forhold til budsjett på 32 mnok. 16,7 mnok kan knyttes til IKT-området og øvrig stab står for 15,5 mnok i mindreforbruk knyttet til ledighold av stillinger mv.
Fellesposter / konsern mv	74	I avviket inngår positivt avvik for pensjon med 55 mnok. Holdes dette utenom har Fellesposter et positivt avvik på 19 mnok. Dette gjelder i hovedsak budsjettert reserve og midler som skal fordeles til klinikkene. Økt negativ effekt av endelig ISF-regelverk for 2018 gir et negativt inntektsavvik. Det er noe reduserte tapsavsetninger knyttet til blant annet sykehotell.
Avvik justert for endrede pensjonskostnader	-58	

3.2 Gjennomføring av tiltak

KLINIKK (tall i 1000 kr)	Plan tiltak per MAI	Effekt tiltak per MAI	Gjennomførings- % tiltak pr MAI	Plan for tiltak i 2017	Årsprognose tiltak	Gjennomførings- % tiltak årsprognose
PHA	19 440	10 034	52 %	46 656	37 250	80 %
MED	6 135	4 466	73 %	18 116	14 938	82 %
HHA	8 454	3 500	41 %	28 550	18 950	66 %
NVR	4 840	4 363	90 %	13 200	11 385	86 %
OPK	965	938	97 %	6 203	4 413	71 %
BAR	9 787	10 432	107 %	27 510	27 710	101 %
KVI	2 244	2 194	98 %	4 200	4 200	100 %
KIT	4 800	1 239	26 %	12 130	4 500	37 %
KRE	7 010	8 063	115 %	18 457	18 259	99 %
HLK	7 502	3 277	44 %	20 450	19 096	93 %
AKU	10 656	4 023	38 %	25 044	13 247	53 %
PRE	2 579	1 083	42 %	7 750	7 250	94 %
KLM	14 634	7 890	54 %	40 295	37 573	93 %
KRN	9 637	9 220	96 %	11 929	10 927	92 %
OSS	21 891	21 891	100 %	52 539	52 539	100 %
SUM	130 574	92 613	71 %	333 029	282 237	85 %

3.3 Investeringer

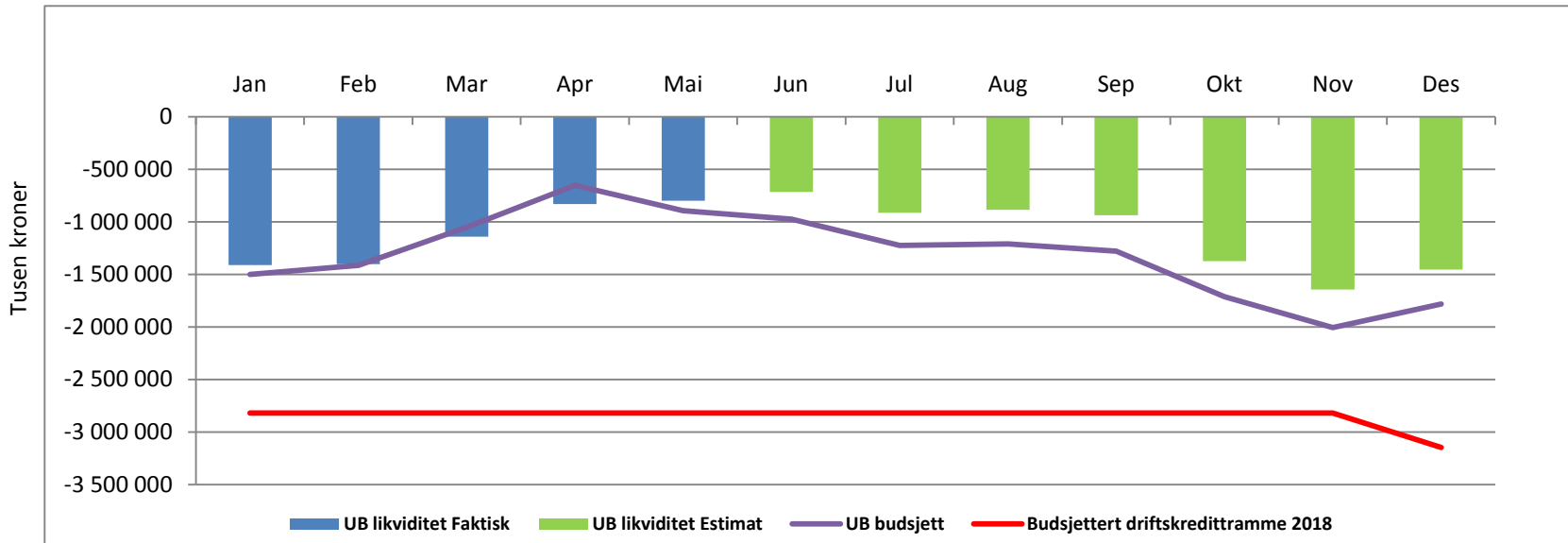
Investeringer		Planlagt gjennomføring i 2018 ¹⁾	Planlagt gjennomføring hiå.	Bokførte investeringer hiå.	Avvik hiå.	Prognose gjennomføring 2018	Endring i ft. planlagt gjennomføring 2018
(Beløp i millioner kroner)							
Investeringer (ekskl. byggelånsrenter)	MTU	493	273	173	-100	522	30
	Bygg	759	243	152	-91	547	-212
	Annet	58	10	10	0	58	0
	<i>Investeringer som regnskapsføres</i>	1 310	526	335	-191	1 127	-182
	Egenkapital pensjon	55	0	0	0	55	0
	IKT ²⁾	71	30	5	-25	61	-10
	SUM	1 435	555	339	-216	1 243	-192
Finansiering	Ordinær likviditet	326	108	28	-80	326	0
	Driftsresultat	377	146	113	-33	321	-56
	Fordring på HSØ RHF	7	0	0	0	7	0
	Lån	317	114	89	-25	213	-104
	Øremerkede tilskudd	6	2	20	18	20	13
	Finansiell leie	371	185	89	-95	326	-45
	Annen finansiering	31	0	0	0	31	0
	SUM	1 435	555	339	-216	1 243	-192

1) I styremøtet 15. desember 2017 vedtok styret et investeringsbudsjett for 2018 på 1 221 millioner kroner, jamfør styresak 73/2017. I styresak 8/2018 ble styret informert om hva som ble planlagt gjennomført i 2018. Forskutterte investeringer på 57 millioner kroner kan ikke benyttes på nytt og reduserer planlagt gjennomføring i 2018. Ubenyttet finansieringsramme i 2017 var 504 millioner kroner og dette ble planlagt gjennomført i 2018. Av investeringsrammen for 2018 forventes 232 millioner kroner å bli gjennomført etter årets slutt. Dette innebærer at det i 2018 ble anslått gjennomført investeringer for 1 435 millioner kroner.

2) Investeringer i IKT regnskapsføres i Sykehuspartners regnskap.

3.5 Likviditet

Utvikling likviditet
(utgående saldo ved periodeslutt)



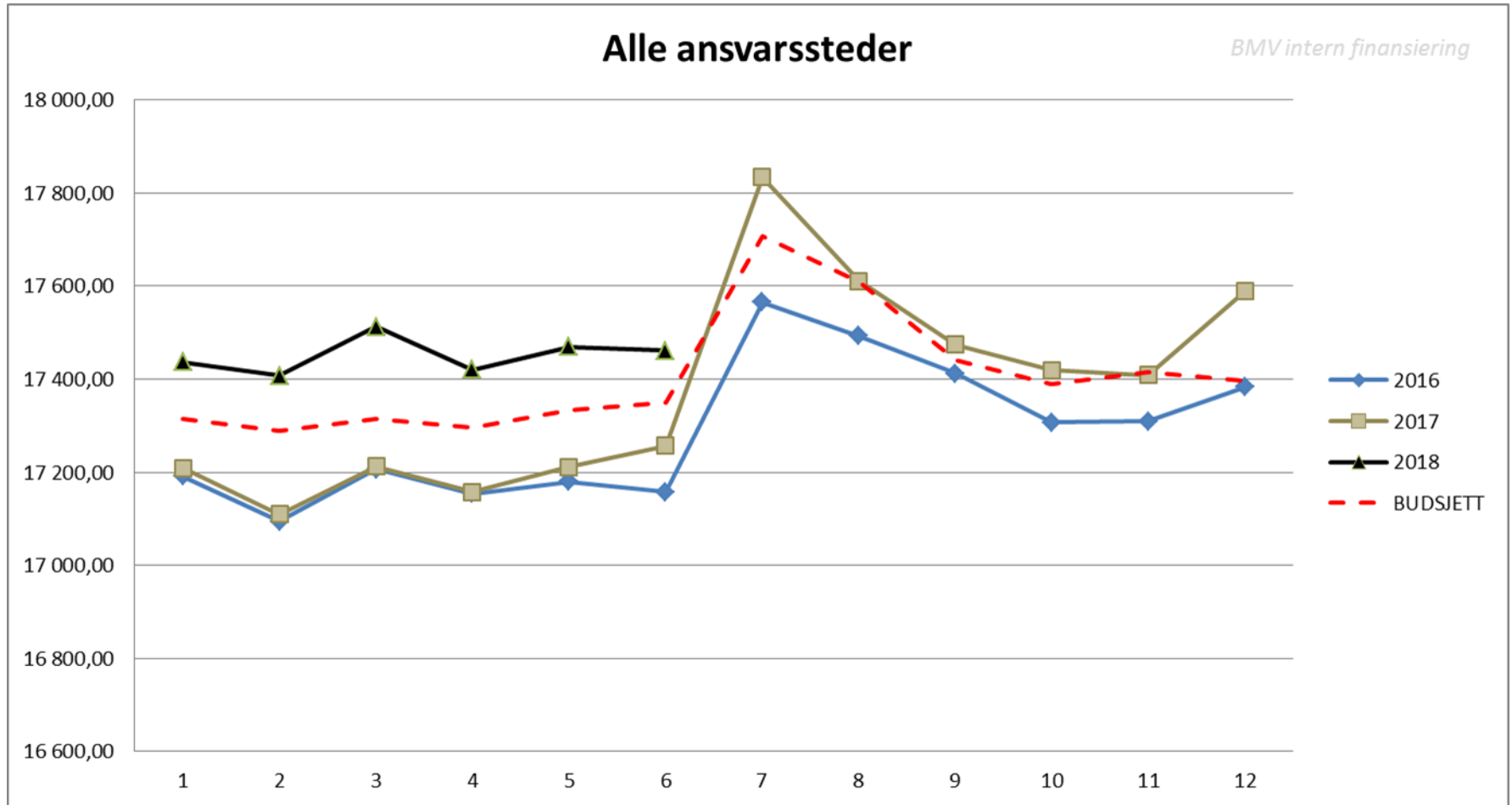
Rapportert og estimert utvikling i likviditet omfatter i hovedsak benyttet driftskreditt. Bankinnskudd på skattetrekkkonto og konti for øremerkede midler inngår ikke.

3.6 Produktivitet – 1. tertial 2017-2018

Klinikk	Endret PROD (aktivitet vs kostnad)	Endret TEKNISK PROD (aktivitet vs bemanning)	Kommentar
MED	2,6 %	4,2 %	Positiv produktivitetsutvikling skyldes hovedsakelig at klinikken har klart å øke aktivitet med minimalt økning i bemanning. I tillegg er det positive effekter av innmeldte tiltak med ca. 70% oppnåelse. Klinikken har hatt en økning i bruk av biologiske legemidler (TNF hemmere) hvor DRG ikke dekker kostnader, dersom modellen hadde blitt korrigert for det skulle produktivitet (aktivitet vs. kost) vært på 4,9%.
HHA	-6,5 %	-6,9 %	Negativ produktivitetsutvikling skyldes flere forhold. På aktivitetssiden er det særlig færre CI-vedlikehold, nedtrekk på operasjon 3 og mindre Ø-hjelp som er hovedforklaringen. Noe skyldes også redusert index på døgnpasienter, men dette er ikke av veldig stor betydning. På kostnadssiden så ser vi at varekost per DRG øker. På Øye er det også noe nye typer implantater/linser som fører til økte kostnader. Det har også vært noe mer innleie 1.tertial 2018 kontra 2017. Teknisk produktivitet svekkes noe av høyere sykefravær i 2018 og dermed noe høyere antall brutto årsverk, men i tillegg har det vært reell bemanningsøkning.
NVR	-2,6 %	-5,4 %	Produktivitetsutviklingen har sammenheng med lavere aktivitet på nevrokirurgi pga manglende PO/intermediærkapasitet, økende samtidskonflikter pga trombectomi og bortfall av raskere tilbake. Forskjellen mellom produktivitet og arbeidsproduktivitet kommer av konvertering av ekstern innleie mot faste årsverk, samt økning i fravær. Begge disse gir utslag i årsverk, men ikke nevneverdig i økonomien.
OPK	-1,2 %	0,7 %	Klinikken har en lavere produktivitet enn fjoråret som følge av kostnadsveksten er større enn aktivitetsveksten. Den økte aktiviteten har gitt økte kostnader. Kostnadene til innleie av helsepersonell viser en stor økning fra 2017 til 2018.
BAR	2,0 %	2,2 %	Produktivitetsanalysen en kostnadseffektivitet på 2,0 % for BAR og en teknisk produktivitet på 2,2 % for perioden. Dette gjenspeiler klinikkens aktivitetsøkning både mot plantall 2018 og aktivitet i 2017. Nyfødt intensiv har redusert sitt DRG-avvik, og klinikken for øvrig klarer nå å kompensere for manglende DRG resultat på nyfødt intensiv.
KVI	2,5 %	1,6 %	Kvinneklinikken har en positiv produktivitetsendring, 2,5%. Først og fremst skyldes dette en aktivitetsøkning på 2%. Hovedårsaken er at klinikken har hatt flere fødsler enn i fjor (26 stk 0,8%). Brutto årsverk er minimalt høyere pga høyere sykefravær. Netto har imidlertid klinikken en kostnadsreduksjon som skyldes at ikke alt fravær er erstattet, og man ikke behandler IVF-pasienter i København.
KIT	-1,6 %	-2,2 %	KIT har en svekket produktivitet i 1. tertial 2018. Aktiviteten, målt som DRG-poeng, er 0,3% lavere enn i 1. tertial 2017. Klinikken kostnader har økt med 1,3 %, mens bemanning har økt med om lag 2%. Økningen i brutto månedsverk må dels sees i sammenheng med høyere sykefravær.
KRE	-0,4 %	-2,2 %	Kreftklinikken har en svekket produktivitet. Aktiviteten, målt som DRG-poeng, er lavere enn i 1. tertial 2017. Kostnadene er imidlertid på nivå med samme periode i fjor. Utviklingen i teknisk produktivitet er svakere enn i den samlede produktiviteten. Dette skyldes en økning i brutto månedsverk som igjen henger sammen med flere vikarer i klinikken. (Vikarer både for sykefravær og omsorgspermisjoner.)
HLK	-3,7 %	-3,6 %	Klinikken har en negativ produktivitetsutvikling hhv. -3,7% og -3,6 %. Klinikken har hatt vesentlig færre transplantasjoner enn samme periode i 2017. Kardiologisk avdeling har økt TAVI-behandling både på RH og US. TAVI er gjennomsnittlig nøytralt når det gjelder kostnader versus inntekter, men den økte TAVI-aktiviteten fortrenger aktivitet som kunne gitt flere DRG- poeng (eks. PCI). Klinikken har en økning på bemanningssiden, særlig ved Kardiologisk avdeling.
SUM somatikk*	-1,1 %	-1,4 %	Aktiviteten målt i DRG- poeng økte marginalt med 0,1%, mens kostnadene økte med 1,2%. Produktiviteten svekket seg med 1,1%. Bemanningen økte med 1,6%. Den tekniske produktiviteten svekket seg med 1,4%.

*dvs. SUM somatikk inkl støttefunksjoner

4.1 Bemanningsutvikling (intern finansiering)



4.2 Bemanningsindikatorer

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	JUNI 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr JUNI	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ JUNI 2018 mot JUNI 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring
Brutto månedsverk, herav:	18 945	18 890	55	18 949	18 858	91	0,5 %	198	1,1 %	255	1,4 %
- internt finansierte	17 462	17 350	111	17 452	17 316	136	0,8 %	205	1,2 %	259	1,5 %
- eksternt finansierte	1 484	1 540	-57	1 497	1 542	-45	-2,9 %	-7	-0,5 %	-3	-0,2 %
- månedslønnede	17 737	17 770	-33	17 704	17 750	-46	-0,3 %	182	1,0 %	218	1,2 %
- variabelønnede	1 208	1 120	88	1 245	1 108	136	12,3 %	17	1,4 %	37	3,1 %
- fast ansatte	14 747			14 697				327	2,3 %	362	2,5 %
- midlertidig ansatte	4 196			4 249				-130	-3,0 %	-108	-2,5 %

Fra ProClarity. De grå feltene representerer ulike måter å bryte ned det overordnede tallet for brutto månedsverk.

4.2 Detalj internt finansierte

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	Funksjonsområde	JUNI 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr JUNI	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ JUNI 2018 mot JUNI 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor
Psykisk helse og rus	2 257	2 298	-41	2 255	2 294	-38	-1,7 %	34	1,5 %	60	2,7 %
Somatiske kliniske klinikker	8 436	8 270	165	8 400	8 231	169	2,0 %	129	1,5 %	124	1,5 %
Medisinske støttefunksjoner	4 721	4 731	-10	4 723	4 716	7	0,2 %	53	1,1 %	85	1,8 %
Stab og OSS	2 047	2 051	-4	2 072	2 075	-3	-0,1 %	-11	-0,5 %	-12	-0,6 %
OUS	17 461	17 350	111	17 452	17 316	136	0	205	0	259	0

INTERNT FINANSIERTE	Denne måned			Hittil i 2018				2018 mot 2017			
	Klinikk	JUNI 2018	Budsjett	Avvik fra budsjett	Pr JUNI	Budsjett	Avvik fra budsjett	Avvik i %	Δ JUNI 2018 mot JUNI 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor
AKU	1 812	1 812	-0	1 806	1 803	3	0,2 %	20	1,1 %	27	1,5 %
PRE	799	780	19	799	785	14	1,7 %	32	4,2 %	30	3,9 %
PHA	2 257	2 298	-41	2 255	2 294	-38	-1,7 %	34	1,5 %	60	2,7 %
MED	1 304	1 278	26	1 289	1 265	24	1,9 %	11	0,8 %	10	0,8 %
HLK	866	844	22	860	842	18	2,2 %	25	3,0 %	24	2,8 %
KIT	1 001	981	20	1 003	973	30	3,1 %	14	1,4 %	17	1,7 %
KLM	1 324	1 343	-19	1 331	1 341	-9	-0,7 %	-10	-0,7 %	7	0,6 %
KRE	1 350	1 352	-2	1 350	1 347	4	0,3 %	15	1,1 %	20	1,5 %
KRN	786	796	-9	786	786	0	0,0 %	11	1,5 %	21	2,8 %
KVI	667	656	10	662	651	11	1,7 %	9	1,4 %	3	0,4 %
NVR	909	860	49	909	856	53	6,1 %	24	2,7 %	27	3,1 %
OPK	594	598	-4	606	599	8	1,3 %	-8	-1,4 %	1	0,2 %
HHA	779	759	20	771	758	13	1,8 %	30	3,9 %	23	3,0 %
BAR	965	942	23	949	941	8	0,8 %	10	1,1 %	-1	-0,1 %
OSS	1 848	1 834	14	1 873	1 858	14	0,8 %	-1	-0,1 %	-5	-0,3 %
DST	199	217	-18	200	217	-17	-7,9 %	-10	-4,7 %	-6	-3,1 %
OUS	17 462	17 350	111	17 452	17 316	136	0,8 %	205	1,2 %	259	1,5 %

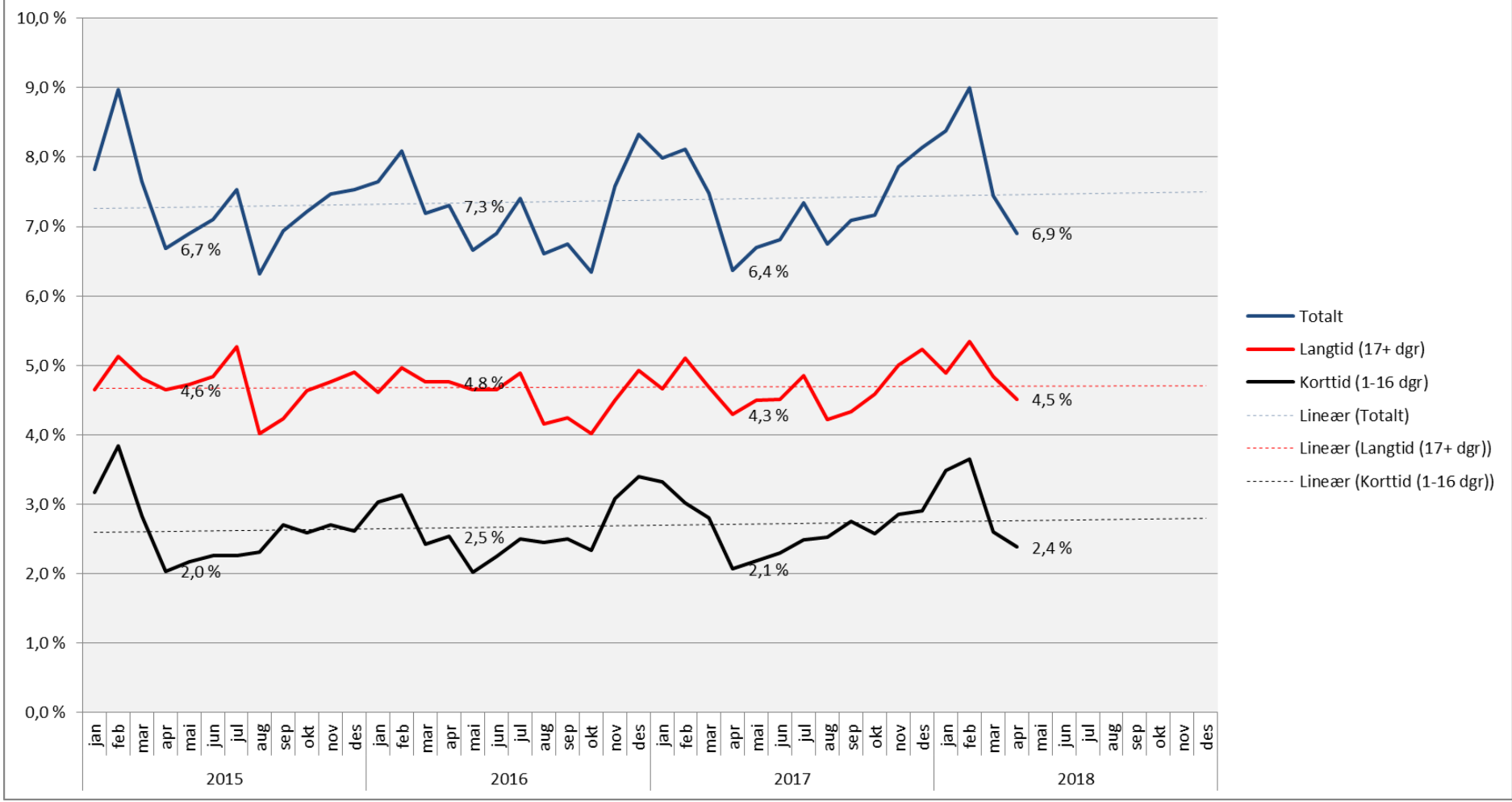
4.2 Månedsværk fordelt på stillingskategorier

Alle ansvarsteder

Brutto månedsværk ekskl eksternt finansiert	Forrige periode	Denne periode	Hittil 2017	Hittil 2018	2018 mot 2017				Stillingskategoriernes gjennomsnittlige andel		
	MAI 2017	JUN 2018	Pr. JUN 2017	Pr. JUN 2018	Δ JUN 2018 mot JUN 2017	%-vis endring	Δ hittil i år mot hittil i fjor	%-vis endring	Andel 2017	Andel 2018	Relativ endring
(1) Administrasjon/Ledelse	2 887	2 883	2 850	2 885	23	0,8 %	35	1,2 %	16,6 %	16,5 %	-0,3 %
(2) Pasientrettede stillinger	1 496	1 491	1 449	1 489	3	0,2 %	40	2,8 %	8,4 %	8,5 %	1,3 %
(3) Leger	2 545	2 553	2 460	2 531	67	2,7 %	72	2,9 %	14,3 %	14,5 %	1,4 %
(3a) Overleger	1 585	1 588	1 518	1 571	61	4,0 %	52	3,4 %	8,8 %	9,0 %	1,9 %
(3b) LIS-leger	914	920	894	912	8	0,9 %	19	2,1 %	5,2 %	5,2 %	0,6 %
(3c) Turnusleger	-	-	-	-	-	0,0 %	-	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
(4) Psykologer	307	306	284	301	21	7,5 %	17	5,9 %	1,7 %	1,7 %	4,3 %
(5) Sykepleier	5 941	5 958	5 870	5 943	83	1,4 %	74	1,3 %	34,1 %	34,1 %	-0,2 %
(6) Helsefagarbeider/hjelpepleier	500	498	513	502	-14	-2,7 %	-11	-2,2 %	3,0 %	2,9 %	-3,6 %
(7) Diagnostisk personell	1 464	1 460	1 451	1 469	4	0,3 %	18	1,2 %	8,4 %	8,4 %	-0,3 %
(8) Apotekstillinger	2	2	2	2	0	1,8 %	0	4,1 %	0,0 %	0,0 %	2,5 %
(9) Drifts/teknisk personell	1 401	1 415	1 444	1 416	-16	-1,1 %	-28	-2,0 %	8,4 %	8,1 %	-3,4 %
(10) Ambulansepersonell	563	552	525	556	31	5,9 %	30	5,8 %	3,1 %	3,2 %	4,2 %
(11) Forskning	363	342	344	358	4	1,3 %	14	3,9 %	2,0 %	2,0 %	2,4 %
(99) Ukjente	-	0	1	0	-1	-80,0 %	-1	-89,0 %	0,0 %	0,0 %	-89,2 %
Alle stillingsgrupper	17 469	17 462	17 193	17 452	205	1,2 %	259	1,5 %	100,0 %	100 %	0,0 %

4.3 Sykefravær OUS

Utvikling sykefraværspersent 2015-2018



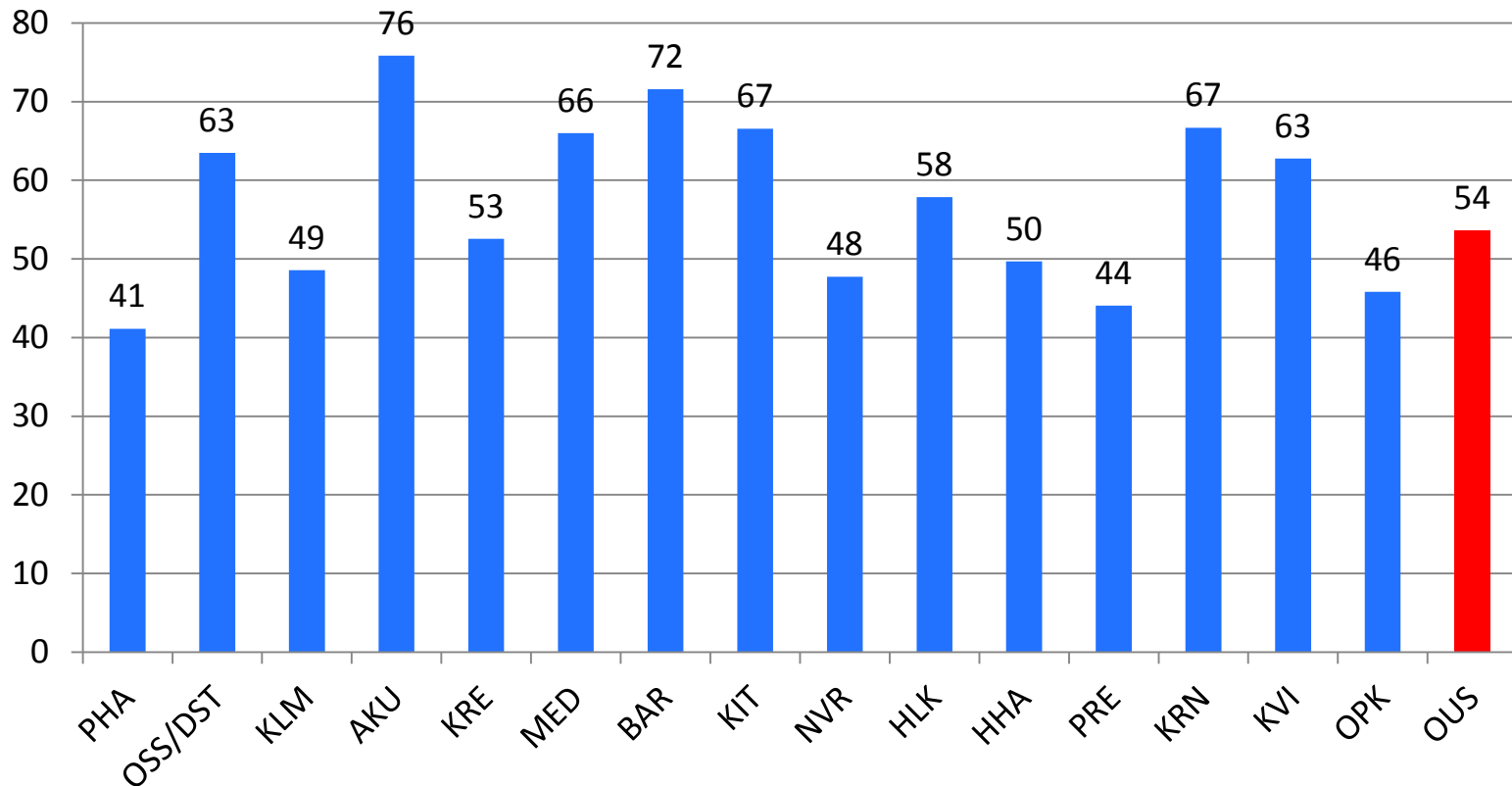
4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per april 2018							
Denne periode	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			Totalt sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,1	1,3	2,4	1,5	3,4	4,9	7,3
PRE	0,9	0,9	1,8	1,2	3,2	4,4	6,2
PHA	1,3	1,2	2,5	1,4	3,5	4,9	7,4
MED	1,2	1,0	2,2	1,6	3,5	5,1	7,3
HLK	1,2	0,9	2,1	1,3	3,3	4,5	6,6
KIT	1,3	1,2	2,6	1,1	3,3	4,3	6,9
KLM	1,2	0,9	2,2	1,6	3,1	4,7	6,9
KRE	1,3	1,0	2,3	1,0	2,6	3,6	5,8
KRN	1,6	1,9	3,5	1,7	1,9	3,6	7,1
KVI	1,1	1,1	2,2	2,0	3,6	5,6	7,8
NVR	1,1	0,9	2,0	1,4	3,0	4,4	6,4
OPK	1,2	0,9	2,1	1,5	1,7	3,2	5,3
HHA	1,7	1,4	3,1	1,1	3,3	4,4	7,6
BAR	1,1	1,0	2,1	1,0	3,9	4,9	7,0
OSS	1,3	1,5	2,8	1,1	3,9	5,1	7,9
DST	0,4	0,2	0,6	0,6	1,2	1,9	2,5
OUS	1,2	1,2	2,4	1,3	3,2	4,5	6,9

4.4 Sykefravær per klinikk

Sykefraværslengde per april 2018							
Hittil	Korttid (1-16 dgr)			Langtid (17+ dgr)			sykefravær i %
	1-3 dager	4-16 dager	Korttid	17-56 dager	> 56 dager	Langtid	
AKU	1,5	1,7	3,2	1,5	3,6	5,1	8,3
PRE	1,2	1,4	2,6	1,5	3,4	4,9	7,5
PHA	1,6	1,6	3,2	1,4	3,8	5,2	8,4
MED	1,5	1,5	3,0	1,3	3,5	4,9	7,9
HLK	1,4	1,2	2,7	1,4	3,4	4,8	7,5
KIT	1,5	1,3	2,9	1,1	3,8	4,8	7,7
KLM	1,6	1,4	3,0	1,4	3,4	4,8	7,8
KRE	1,4	1,4	2,8	1,0	3,0	4,1	6,8
KRN	2,1	1,9	4,0	1,6	2,6	4,2	8,2
KVI	1,2	1,5	2,7	1,6	4,1	5,7	8,4
NVR	1,4	1,4	2,8	1,3	3,5	4,8	7,6
OPK	1,4	1,3	2,7	1,2	2,3	3,5	6,2
HHA	1,8	1,7	3,5	1,5	3,4	5,0	8,5
BAR	1,4	1,4	2,8	1,3	3,8	5,1	7,9
OSS	1,5	2,0	3,5	1,4	4,5	5,9	9,5
DST	0,5	0,7	1,2	0,8	2,3	3,1	4,3
OUS	1,5	1,5	3,0	1,4	3,5	4,9	7,9

4.4 Influensavaksinerings av helsepersonell



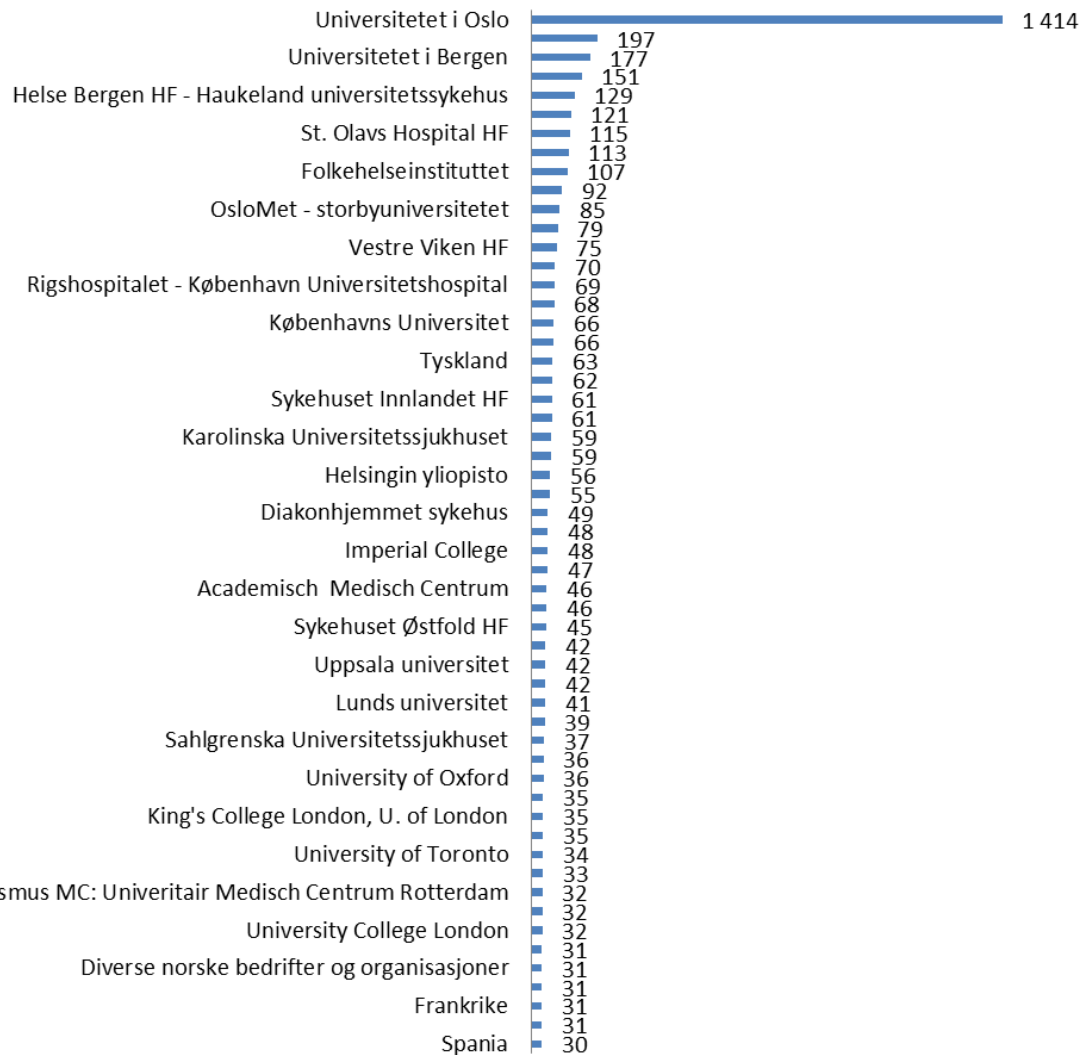
5.1 Publiserte vitenskapelige artikler

Antall artikler, tall fra CRISTin 9.5.2018	2015	2016	2017
Klinikk psykisk helse og avhengighet	177	154	184
Medisinsk klinikk	290	282	300
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	32	48	72
Nevroklirikken	185	194	183
Ortopediklinikken	70	72	110
Barne- og ungdomsklinikken	137	172	168
Kvinneklinikken	72	94	84
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	287	279	272
Kreftklinikken	425	406	389
Hjerte-, lunge- og karklinikken	172	167	182
Akuttklinikken	177	165	159
Prehospital klinikk	13	13	13
Klinikk for laboratoriemedisin	467	452	462
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	104	93	87
Oslo sykehuservice	109	95	100
Direktørens stab	8	10	8
Ufordelt	4	42	83
<i>Totalt OUS (unike artikler)</i>	<i>1904</i>	<i>1945</i>	<i>2014</i>

Tallene er tatt ut 9.5.2018, altså etter avsluttet rapportering i CRISTin. Merk at artikler telles hos flere klinikker når det er forfattere fra flere klinikker. I tallet for TOTALT er hver artikkel kun talt én gang, og dette er dermed lavere enn summen av klinikktallene. En del artikler står under «Ufordelt» fordi de enkelte forfattere ikke har fått sin adressering knyttet til klinikk. De fleste av artiklene er likevel allerede registrert på riktig klinikk via en annen forfatter.

5.1 Publiserte vitenskapelige artikler

Samarbeid - Antall artikler med adresser fra andre institusjoner/land, utdrag



5.2 Avtaler med industripartner

(via Inven2) - Pågående studier

Pågående oppdragsstudier på OUS ved 31.12., ekskl. observasjonsstudier	2015	2016	2017
Legemiddelstudier Fase 1 på OUS ved 31.12	13	17	17
Legemiddelstudier Fase 2 på OUS ved 31.12	33	40	48
Legemiddelstudier Fase 3 på OUS ved 31.12	101	118	125
Legemiddelstudier Fase 4 på OUS ved 31.12	11	15	14
<i>Sum legemiddelstudier med intervensjon</i>	<i>158</i>	<i>190</i>	<i>204</i>
Testing av medisinsk utstyr på OUS ved 31.12	9	12	8
Totalt alle	167	202	212

5.2 Avtaler med industripartner

(via Inven2) - pågående studier* - pr klinikk

Pågående oppdragsstudier på OUS ved 31.12., ekskl. observasjon	2015	2016	2017
Klinikk psykisk helse og avhengighet	1		
Medisinsk klinikk	38	41	44
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1	1	2
Nevroklubnikken	9	12	10
Ortopediklubnikken	2	2	3
Barne- og ungdomsklubnikken	5	10	16
Kvinnklubnikken	1	1	2
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	9	10	10
Kreftklubnikken	90	106	112
Hjerte-, lunge- og karklubnikken	8	13	9
Akuttklubnikken	1	2	1
Prehospital klinikk	1	1	
Klinikk for laboratoriemedisin	1	3	2
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin			1
Totalsum	167	202	212

*Samme studie kan ha flere avtaler i Inven2 hvis den gjennomføres på flere steder i OUS.

5.2 Avtaler med industripartner

(via Inven2) - nye oppdragsstudier – etter kontraktsår

Nye kliniske oppdragsstudier etter kontraktsår	2015	2016	2017
Fase 1	3	4	4
Fase 2	8	11	13
Fase 3	18	33	31
Fase 4	3	4	3
Medisinsk utstyr	4	2	2
Totalsum	36	54	53

5.3 Nye oppfinnelser og idèer

Klinikk	Totalt 2016		Totalt 2017		Pr. 1 tertial 2018	
	Inven2	Idèpolikl.	Inven2	Idèpolikl.	Inven2	Idèpolikl.
Klinikk psykisk helse og avhengighet	4	3	3	1	0	1
Medisinsk klinikk	2	3	3	4	0	0
<i>Klinikk for kirurgi og nevrofag</i>	3	-	-	-	-	-
Ortopedisk klinikk	-	1	1	0	2	1
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	-	3	14	0	1	1
Nevroklinikken	-	0	3	0	19	0
<i>Kvinne- og barneklubben</i>	3	-	-	-	-	-
Kvinneklubben	-	1	1	0	1	
Barne- og ungdomsklubben	-	0	0	2	1	1
<i>Kreft-, kirurgi- og transplantasjonsklubben</i>	19	1	-	-	-	-
Kreftklubben	-	1	18	0	7	3
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	-	0	3	1	1	0
Hjerte-, lunge- og karklubben	4	0	5	0	2	0
Akuttklubben	4	1	13	1	13	1
Prehospital klinikk	0	0	0	0	2	1
<i>Klinikk for diagnostikk og intervensjon</i>	31	-	-	-	-	-
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	-	2	1	1	1	1
Klinikk for laboratoriemedisin	-	4	22	3	10	0
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	2	10	1	1	1	0
Næringsliv/andre				2		1
Totalt	72	30	81	35	59	11

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

Merk at ideer/DOFI telles hos flere klubber når ideen involverer flere klubber. I totalsum er hver DOFI kun talt én gang, og utgjør dermed ikke summen av de andre tallene.



5.4 Innovasjonsprosjekter i porteføljen

Klinikk	Innovasjonsprosjekter hos Inven2		Innovasjonsprosjekter hos Idépoliklinikken	
	2. tertial 2017	1.tertial 2018	2. tertial 2017	1.tertial 2018
Klinikk psykisk helse og avhengighet	2	1	2	1
Medisinsk klinikk	3	2	4	4
Ortopedisk klinikk	1	1	1	1
Klinikk for hode, hals og rekonstruktiv kirurgi	1	0	0	0
Nevroklinikken	4	2	1	1
Kvinneklinikken	0	0	1	1
Barne- og ungdomsklinikken	3	2	1	2
Kreftklinikken	34	32	1	2
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	2	2	1	1
Hjerte-, lunge- og karklinikken	2	4	1	1
Akuttklinikken	17	9	3	1
Prehospital klinikk	0	0	1	1
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	3	2	1	3
Klinikk for laboratoriemedisin	23	23	2	2
Kreftregisteret	0	0	1	1
Oslo sykehuservice og Direktørens stab	1	0	5	7
Næringsliv/andre	-	-	5	4
Totalt	89	75	30	34

I likhet med DOFI telles prosjekter hos flere klinikker når ideen involverer flere klinikker. I totalsum er hvert prosjekt kun talt én gang.

6.1 Internrevisjon - statusvurdering

Klinikk	Kompetanse	Plan	Vurdering 1.tertial 2018
Akuttklinikken	Ja	Ja	God oppfølging av gjennomførte revisjoner. Tema klinikkens revisjonsplan: Metavision (flere revisjoner)
Barne- og ungdomsklinikkene	Ja	Ja	God oppfølging av gjennomførte revisjoner. Tema klinikkens revisjonsplan: PIIP, etterkontroll lønn (leger) og medisinsk koding
Klinikk for hode-, hals- og rekonstruktiv kirurgi	Liten	Ja?	Trenger mer kompetanse. Tilfredsstillende oppfølging av gjennomførte revisjoner. Tema klinikkens revisjonsplan: PIIP og behandlingsplaner
Hjerte-, lunge- og karklinikken	Ja	Ja	God oppfølging av gjennomførte revisjoner. Er proaktive og velfungerende. Tema klinikkens revisjonsplan: Håndtering av humane organer til transplantasjon, variabel lønn -vakante legevakter, bruk av lesekvitterings-funksjon i eHåndboken
Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon	Liten	Ja	God oppfølging av gjennomførte revisjoner. Tema klinikkens revisjonsplan: Pasientsikkerhetsvisitt, avvikshåndtering og usignerte dokumenter
Klinikk for laboratoriemedisin	Ja	Ja	Bidrar i sykehusets revisjonsarbeid. Tema klinikkens revisjonsplan: Finansieringssystemer for laboratorieundersøkelser, kjemikaliehåndtering og oppbevaring, internkontroll og ivaretagelse av det ytre miljø relatert til sertifiseringsprosessen. I tillegg har alle avdelingene omfattende revisjonsplaner som tilfredsstillende akkreditering/sertifisering som utføres årlig.
Kreftklinikken	Ja	Ja	God oppfølging av gjennomførte revisjoner og videre formidling til avdelinger i klinikken for eventuell læring. Tema klinikkens revisjonsplan: Kliniske revisjoner:1) Fysioterapi ved laparotomerte pasienter, 2) Cancer ovarii 3) Myelomatose. Revisjon av journal- og prosedyredokumenter (Psykososial onkologi)

6.1 Internrevisjon - statusvurdering

Klinikk	Kompetanse	Plan	Vurdering 1.tertial 2018
Klinikk for radiologi og nukleærmedisin	Ja	Ja?	Tema klinikkens revisjonsplan: Klinisk revisjon strålevern, kollegabasert internrevisjon i radiologi og koderevisjoner. Revisjonsplanen er ikke godkjent av klinikkleder
Kvinneklubben	Ja	Ja	God oppfølging av gjennomførte revisjoner. Som et ledd i lukking av avvik etter sykehusomfattende revisjon PIIP og sak fra Fylkesmannen (snoking i journal) benyttes internrevisjon som et ledd i å avdekke avvik og forbedringsområder samt heve kompetanse i klinikken innen dette tema. Tema klinikkens revisjonsplan: 4 revisjoner vedrørende PIIP
Medisinsk klinikk	Ja	Ja	God oppfølging av gjennomførte revisjoner. Tema klinikkens revisjonsplan: Avslag henvisning, legemiddelavstemning og/eller innhold i epikrise.
Nevroklinikken	Liten	Ja	Satser på revisjon denne høsten. Tema klinikkens revisjonsplan: Koding, ventelister og kurdøgn
Ortopedisk klinikk	Liten	Ja	Tema klinikkens revisjonsplan: Visittgang og ventelister (oppfølging av timebøker)
Oslo sykehusservice	Ja	Ja	Faginstans for miljøledelse i henhold til standard ISO 14001 og skal utfører 38 "miljørevisjoner". Har ikke planlagt revisjoner for annen drift i virksomheten.
Klinikk psykisk helse og avhengighet	Ja	Ja	Mange på kurs, men relativt få revisjoner. Bidrar i sykehusets revisjonsarbeid. Tema revisjonsplan: Bruk av tvangsmidler etter § 4-8 PHL, bruk av behandlingsplan (behandlerjournal) og brukerinvolvering i utforming av individuelt behandlingstilbud
Prehospital klinikk	Nei	Nei	Tilbudt revisjonskurs. Klinikken svarer i tertial gjennomgangen: «Har nok med tilsyn av ambulanseavdelingen»

6.1 Internrevisjon - revisjoner i perioden

Ledermøte behandling	Revisjonstema	Revisjons enhet	Funn	Status 1.tertial 2018
Desember 17	Henvisning og ventelister – Avslag	BUP Søndre Nordstrand PHA	5 avvik	
Desember 17	Henvisning og ventelister – Ikke møtt	Urologisk avdeling KIT	6 avvik	
November 17	Praktiske transfusjonsrutiner	AKU 2 revisjoner BAR 1 revisjon KRE 1revisjon	1 avvik	Oppfølging ferdig
Sentralt kvalitetsutvalg	Legemiddelhåndtering på poliklinikker og dagenheter	MED 3 KRE 1 HHA 1	Flere avvik	Oppfølging pågår
Mars 18	Personvern og informasjonssikkerhet Brevrevisjon (Questback)	Sykehusomfattende revisjon. Basert på undersøkelse sendt til 18 932 ansatte, herunder 658 ledere Svarprosent 55 %	Flere funn	Oppfølging pågår

6.1 Konsernrevisjon - Oppfølging av tidligere internrevisjoner

Ledermøte behandlet	Revisjonstema	Revisjons enhet	Funn	Status 1.tertial 2018
Ja + oppfølging	Systematisk HMS	Stab og 4 klinikker	6 avvik nivå 1	Funnene arbeides med fra Direktørens stab, og var sist til ledermøte 15.5.18 Ikke videre oppfølging av revisjonen
Ja + oppfølging	Medisinsk koding	Stab og 4 klinikker	4 avvik på nivå 1	Alle tiltak etter revisjonsfunnene er iverksatt. Oppfølging av tiltak gjennom tertialgjennomgangen med klinikkene Ikke videre oppfølging av revisjonen
Ja	Personvern og informasjonssikkerhet – STORK Groruddalen	Medisinsk klinikk	12 avvik	Overført UiO Ikke videre oppfølging av revisjonen
Ja	Personvern og informasjonssikkerhet – NORKOG forskningsbiobank	Medisinsk klinikk	8 avvik	Ikke videre oppfølging av revisjonen

6.1 Konsernrevisjon - Oppfølging av tidligere internrevisjoner

Styremøte behandlet	Revisjonstema	Revisjons enhet	Funn/Anbefaling	Status 1.tertial 2018
Sak 7/2017	Tiltaksarbeid etter tidligere revisjoner utført av konsernrevisjonen:	Oslo universitets sykehus	Flere anbefalinger, blant annet mangler ved oppfølgingsarbeidet etter nasjonal revisjon av medisinsk kodepraksis i 2011	Handlingsplan er under oppfølging. Dette tertiale har alle klinikker hatt gjennomgang vedrørende system for medisinsk koding. Det utarbeides videre en overordnet risikovurdering som følges opp fra Direktørens stab. OUS vi i samarbeidsmøte med konsern-revisjonen gjennomgå oppfølgingen

6.2 Eksterne tilsyn

Tilsyns myndighet	Antall tilsyn i tertialet	Antall avvik i tertial	Antall ikke lukkede avvik		Avvik i tertialet med bakgrunn i internkontrollkrav**							Kommentar		
			I dette tertialet	Tidligere tertial/år*	Mål, organisering, ansvar, myndighet	Arbeidstakeres kunnskap, ferdigheter, medvirkning	Brukererfaringer, medvirkning	Fare for svikt/lovbrudd, risikovurdering/-styring	Avvik, avdekke, rette opp, forebygge	Nødv. rutiner, dokumenter, dokumentasjon	Gjennomføring av system		Bygg/anlegg/utstyr	
Statens Helsetilsyn	1	3	3	2	1					1			1	Jobber med handlingsplan. Jobber også med handlingsplanen for tilsynet i november 2017
Fylkesmannen helseavdelingen				1										PHA jobber med tiltakene, frist 31.12.18
Mattilsynet	2	3	2			1							2	Jobber med handlingsplan.
Arbeidstilsynet	11	3	3	1		1		1					1	Jobber med tiltak i tre enheter. Venter på øvrige rapporter. Pågående sak HLK/TKA11 spiserom
Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap - DSB				3										Tre avvik fra 2016 ligger til avklaring i departementet.
Lokalt el-tilsyn	5													Ingen avvik
Kommunelege/ bydelsoverlege	1	3						1					2	Jobber med handlingsplan
Kommunalt brannvesen	1	2				1							1	Jobber med tiltakene – frist 1/6-18
Riksrevisjonen	1			6	1									Sendt over dokumentasjon innen fristen 20/4-18 til HSØ. Gjenåpnet og sammenslått 2 tilsyn (EPJ og MTU) hver har tre avvik.
Kommunal vann- og avløpsetat				2										Følger langtidsplan frem til utgangen av 2019. Har hatt møte med etaten.
Antall	22	14	8	15	2	3		2		1			7	

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 normalt tid 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 normalt tid 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.

Ta utgangspunkt i pasientens perspektiv

Sykehusnivå



02.05.18

Gjelder all medisinsk og helsefaglig virksomhet: Diagnostikk, behandling, pleie og pasientopplæring samt MTU, samhandling, pasientadm. og annet pasientrelatert arbeid.

KONSEKVENSNIVÅ	KONSEKVENSKATEGORI	KONSEKVENSNIVÅ				
		Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)
KONSEKVENSNIVÅ	Svært alvorlig (5)					
		Legionella i vannforsyning				
	Alvorlig (4)			Ambulansestyling AMK	Sykehusinfeksjoner - økende resistensutvikl. isoleringsbehov	
					Kapasitet og standard - medisinsk-teknisk utstyr	
				Tilgang til kritiske legemidler	Bygg og bygningstekniske installasjoner	
			Intern overflytning av kritisk syke pasienter			
				Operasjonskapasitet		
	Moderat (3)		Kliniske systemer, opplæring	Utsending av epikriser	Kapasitet radiologi og svartider patologi	
			Mottak av henvisninger	Kvittering av labsvar og andre svar	Forløpstider og pakkeforløp kreft	
			Kap./driftprobl. AMIS spes v/større hendelser PRE		Mangel på spesialsykepl. og annet personell	
					Tilgjengelighet og kapasitetsutnyttelse; overholdelse av medisinskfaglig frist.	
					Intensiv- og intermedisærseger	
					Manglende konsolidering IKT - RIS/PACS-systemer	
					Utskrivning pasienter / legemid.avstemming	
	Lav (2)				Svikt i oppfølging av pas. i overgang til primærh.tjenesten	Pasienttransport
					Korridorpasienter/akuttmottak (MED/AKU)	
Ubetydelig (1)						
3	20	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)
14	37	Sannsynlighet				

Arbeidsmiljø preget av åpenhet og respekt

Sykehusnivå



02.05.18

Inkluderer også HMS-, HR- og personalarbeid (Overfør risikoer og tiltak fra enhetens HMS-handlingsplan)

Konsekvens	Svært alvorlig (5)							
Alvorlig (4)			Vold mot ansatte		Stor arbeidsbelastning flere områder			
Moderat (3)			Bemanningsstyring		Mangel på spesialsykepleiere		Byggstandard og plassforhold	
			Kjemikaliesikkerhet		Arb.tidsbrudd og oppfølging		Manglende informasjon om smitte	
			Midlertidige lokaler Radiumhospitalet					
Lav (2)							Åpenhetskultur	
							Trusler ovenfor ansatte	
Ubetydelig (1)							Stikkskader	
3	9	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)	Sannsynlighet	

Fremragende universitetssykehus, en lærende og skapende organisasjon

Sykehusnivå



02.05.18

Inkluderer også forskning, innovasjon, fagutvikling, kompetanseutvikling og utdanning

Konsekvens	Svært alvorlig (5)					
	Alvorlig (4)			Veiledning og supervisjon av leger i spesialisering		Funksjonalitet og sikkerhet i Forskernett og registerverktøy
	Moderat (3)			Kliniske studier - kapasitet	Gjennomstrømsstillinger (gruppe 1-tjeneste) for leger i spesialisering	
					Mangel på praksisplasser for sykepleierstudenter innen kirurgi	
Lav (2)			Biobankinfrastruktur			
			Avikssaker forskning			
Ubetydelig (1)						
1	6	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)
Sannsynlighet						

God samarbeidspartner og engasjert samfunnsaktør

Sykehusnivå



02.05.18

Inkluderer samhandling, generell administrasjon, økonomi, innkjøp, IKT, bygninger, lokaler, transport, kjøkken, tekniske og andre interne tjenester samt ytre miljø

KONSEKVENSNIVÅ	KONSEKVENSBESKRIVELSE	SANNSYNLIGHET				
		Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)
KONSEKVENSNIVÅ	Svært alvorlig (5)					
	Alvorlig (4)				Resultat iht budsjett 2018	
					Økonomisk bærekraft	
					Ineffektiv bygn. Stort vedlikeholdsetterslep	
					Sikker og stabil IKT drift	
					Manglende kapasitet til å gjennomføre prioriterte prosjekter og bestillinger	
	Moderat (3)				IKT støtte til forskning	
					Forsinkelser og mangler i regionale prosjekter	
				Kontrollmiljø (økonomi, juridisk)	Gammelt medisinsk teknisk utstyr	
Lav (2)						
Ubetydelig (1)						
7	2	Meget liten (1)	Liten (2)	Moderat (3)	Stor (4)	Svært stor (5)
Sannsynlighet						

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 21. juni 2018

Saksbehandler: Medisinsk direktør Einar Hysing

Vedlegg:

1. Risikovurdering av gjenværende virksomhet på Ullevål og SSE etter første etappe
2. Risikoregister Aker-Gaustad
3. Utrykt vedlegg - Videreutvikling av Aker og Gaustad, Konseptfase Gaustad Steg 1
4. Utrykt vedlegg - Videreutvikling av Aker og Gaustad, Konseptfase Aker Steg 1

SAK 42/2018

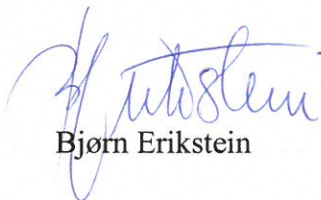
FREMTIDENS OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak:

Styret tar status for konseptfase videreutvikling av Aker og Gaustad til orientering.

Styret ber administrerende direktør følge opp risikovurderingen i tett samarbeid med Helse Sør-Øst.

Oslo, den 14. juni 2018


Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Denne styresaken bygger i stor grad på styresak 053/2018 i Helse Sør-Øst RHF som behandles av styret i Helse Sør-Øst samme dag styresakene for Oslo universitetssykehus sendes ut. Styret vil bli orientert om behandlingen i styret i Helse Sør-Øst.

Det gjennomføres konseptutredninger for utbygging på Aker og Gaustad etter vedtak i styrene for henholdsvis Oslo universitetssykehus HF og i Helse Sør-Øst RHF i mai og juni 2017. Prosjektansvaret er i forbindelse med konseptutredningen over ført til Helse Sør-Øst som har etablert en prosjektorganisasjon. Det er derfor styret i Helse Sør-Øst som har vedtakskompetanse, og det planlegges for styrebehandling av konseptrapportene i november og desember 2018.

Det er etablert styringsgruppe for prosjektet under ledelse av Helse Sør-Øst og en medvirkningsorganisasjon i Oslo universitetssykehus med fokusgrupper og samhandlingsgruppe.

Reguleringsarbeidet vil pågå parallelt med konseptutredningen både på Aker og Gaustad.

2. Tidligere vedtak i styret på saken

Styret i Oslo universitetssykehus vedtok 24. mai 2017 (sak 039/2017):

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

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Det er gjennomført omfattende arbeidsprosesser for å få belyst de ulike utbyggingsløsningene ved både Aker og Gaustad. De anbefalte alternativene viser løsninger som legger til rette for en helhetlig og langsiktig utvikling av funksjonelle sykehus på Aker og Gaustad og som gir rom for antatt utbyggingsvolum i både etappe 1 og 2.

Helse Sør-Øst sin prosjektorganisasjon har etablert en risikomatrix for oversikt over risikoforhold i prosjektet. Disse er vedlagt og viser risikoer i prosjektet på det nåværende tidspunkt og som man søker å redusere i det videre arbeidet.

Administrerende direktør mener det i tillegg er viktig at det også etableres en god oversikt over risikoforhold knyttet til driften av Oslo universitetssykehus HF, både driften ved Ullevål i fasen mellom etappe 1 og 2, samt driften etter utbygging både på Aker og Gaustad i tillegg til en vurdering av betydningen av faseforskyvning i utbygging på henholdsvis Aker og Gaustad.

Prosjektet har avholdt et arbeidsmøte primo juni med bred deltagelse fra Oslo universitetssykehus HF for å identifisere risikoer knyttet til driften på Ullevål i perioden mellom etappe 1 og 2.

Risikovurderingen resulterte i en oversikt over risikoforhold og forslag til tiltak for å håndtere disse. Oslo universitetssykehus vil sammen med Helse Sør-Øst arbeide videre med forslagene og etablere en handlingsplan. Risikovurderingene av driften sammen med prosjektets risikoelementer vil danne det totale bildet av den samlede risikoen for gjennomføring av prosjektet.

Over sommeren planlegges det for arbeidsmøter for å vurdere risikoen i driften etter utbygging på Aker og Gaustad samt en vurdering av risiko ved en eventuell faseforskyvning i utbyggingen på henholdsvis Aker og Gaustad. Styret vil få fremlagt disse vurderingene i et senere møte.

Administrerende direktør inviterer styret til å ta denne saken til orientering. Det legges til grunn at styret skal holdes orientert om det samlede risikobildet knyttet til videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF.

Den formelle behandlingen av konseptfasen finner først sted når komplett konseptrapport foreligger i november/desember, inklusive analyser av økonomisk bærekraft. Den formelle beslutningen fattes av styret i Helse Sør-Øst RHF.

4. Faktabeskrivelse

Bakgrunn og vedtak i Helse Sør-Øst (prosjekteier)

Foretaksmøte Helse Sør-Øst RHF fattet følgende vedtak i møte 24.06.16:

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

Styret i Helse Sør-Øst RHF behandlet i møte 15. juni 2017 sak om videreføring av planer for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF (sak 072-2017). Styret fattet følgende vedtak:

1. Styret gir sin tilslutning til at arbeidet med utvikling av Oslo universitetssykehus HF videreføres med oppstart konseptfase for Aker og Gaustad.
2. Styret forutsetter at det videre arbeid tilrettelegges med oppstart konseptfase ved årsskiftet 2017/18.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utarbeide mandat for konseptfasen for hhv. Aker og Gaustad.
4. Styret ber Oslo universitetssykehus HF om å avsette nødvendige ressurser til medvirkning og forankring, utvikling av virksomhetsmodell, driftskonsepter og bemanning, samt planer for gevinstrealisering.
5. Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HF's tomtearealer om risikobildet tilsier dette. Styret skal holdes orientert underveis i utredningen og spesielt knyttet til gjennomføringsrisiko.
6. Styret forutsetter at det ikke gjøres disponeringer mens utredningen pågår som kan hindre alternative løsninger i fremtiden.
7. Styret legger til grunn at konseptfasen for både Aker og Gaustad gjennomføres innenfor en samlet ramme på 100 MNOK inkl. mva. og at konseptfaserapportene for hhv. Aker og Gaustad legges frem for styret til godkjenning i desember 2018.

På bakgrunn av vedtaket i styresak 072-2017 ble det utarbeidet et mandat for konseptfasen for Aker og Gaustad, som ble lagt frem for styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF i møte 20. september 2017. Styringsgruppen består av representanter fra ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF, representanter fra Oslo kommune og Universitetet i Oslo, en representant fra Kunnskapsdepartementet, en observatør fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt brukerrepresentant, tillitsvalgte og hovedverneombud fra Oslo universitetssykehus HF. Det er engasjert prosjektledelse fra Sykehusbygg HF til å lede det videre arbeid med utvikling og gjennomføring av konseptfasen. I januar 2018 ble det engasjert egen prosjekteringsgruppe for

henholdsvis Aker og Gaustad og arbeid med utvikling av konseptfasen startet i februar 2018. Arbeidet med konseptfasen følger veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter. Det er i tillegg engasjert ekstern kvalitetssikrer som følger prosjektet og jevnlig rapporterer observasjoner og påpekninger.

Hensikten med dette saksframlegget er å gi styret i Oslo universitetssykehus HF en status for prosjektet inkludert risikoforhold.

Status i prosjektet

Prosjektet har nå gjennomført steg 1 av konseptfasen hvor det er utredet ulike utbyggingsalternativer for å belyse mulighetene på de aktuelle områdene. Gjennom arbeidsprosessen er alternativene bearbeidet til tre konseptuelle løsninger for hvert av prosjektene. Disse er sammenlignet og evaluert slik at det nå foreligger anbefalinger om ett alternativ for hhv. Aker og Gaustad. Anbefalingene legges ved denne saken frem for styret i Oslo universitetssykehus HF og vil danne grunnlag for utvikling av skisseprosjekt i steg 2 av konseptfaseutredningen.

Arbeidsprosess og medvirkning

Det er gjennomført flere mulighetsstudier for utvikling av nye bygg på Aker og Gaustad og disse er lagt frem i bredt sammensatte arbeidsmøter, med deltakere fra Oslo universitetssykehus HF, Universitetet i Oslo, planrådgiver, prosjektorganisasjonen og prosjekteringsgruppen. Hensikten med disse arbeidsmøtene har vært å få belyst mulighetsrommet for sykehusutvikling på de aktuelle områdene og drøfte forbedring av aktuelle konsepter og utelukkning av mindre gode konsepter.

Oslo universitetssykehus HF har etablert et eget opplegg for medvirkning for videreutvikling av Aker og Gaustad. Strukturen bygger i all hovedsak på samhandlingsstrukturen som ble benyttet i forbindelse med nytt klinikkbygg på Radiumhospitalet og ny regional sikkerhetsavdeling.

Det er etablert flere fagvise fokusgrupper for videreutvikling av Aker og Gaustad, samt felles tverrgående fokusgrupper. Hver fokusgruppe har eget mandat. Deltakerne består av representanter fra klinikkene, vernetjenesten, tillitsvalgte og brukere. Fokusgruppene ledes av en gruppeleder med forankring i relevant klinikk. Fokusgruppen for forskning, undervisning og universitet er ledet av representant fra Universitetet i Oslo.

Det er gjennomført fire møter i fokusgruppene, hvorav de to første har hatt fokus på nærhetsbehov og funksjonelle sammenhenger som innspill og grunnlag for funksjonsprogrammet. Møteserie tre og fire har medgått til analyser av utbyggingsalternativer og innspill til evaluering. Møtene frem til tredje møteserie er i hovedsak gjennomført felles for videreutvikling av Aker og Gaustad.

I tillegg til fokusgruppene er det etablert en felles samhandlingsgruppe som består av fokusgruppeledere, klinikkledere, brukerrepresentanter, tillitsvalgte og vernetjenesten, samt Universitetet i Oslo og prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF.

Oslo universitetssykehus HF har etablert egne fokusgrupper for gjenværende funksjoner på Ullevål som inngår i etappe 2.

Volum/areal i alternativvurderingene er basert på planforutsetninger og framskrivninger som ble utført våren 2017 og som er dokumentert i vedlegg til styresak 072-2017. Dette vil si følgende bruttoareal (inkludert Universitetet i Oslo) for etappe 1:

- Aker: 121.000 m²
- Gaustad: 80.000 m²

I tillegg er det lagt til grunn at det skal anvises hvordan ytterligere utbygging i størrelsesorden 60.000 m² kan løses på både Aker og Gaustad. Framskrivningene vil bli oppdatert før sommeren, når

oppdaterte data fra NPR for 2017 foreligger sammen med oppdaterte befolkningsprognoser fra Statistisk Sentralbyrå. I tillegg skal framskrivningene oppdateres etter at høringsversjon av regional utviklingsplan med ny framskrivningsmodell er styrebehandlet i styret for Helse Sør-Øst RHF den 14. juni 2018. Dette vil bli gjenstand for nærmere gjennomgang i medvirkningsorganisasjonen..

Valg av utbyggingskonsepter Gaustad

Prosjektet har utarbeidet egen rapport som oppsummerer det arbeidet som er utført i steg 1 av konseptfasen for videreutvikling av Gaustad (Videreutvikling Aker og Gaustad- Konseptfase Gaustad Steg 1-Oslo universitetssykehus HF- uttrykt vedlegg).

De vurderinger som er utført har medført at følgende 3 utbyggingsalternativer er vurdert særskilt:

- Alternativ 1 sør med hovedutbygging sør for dagens Rikshospital.
- Alternativ 2 nord med hovedutbygging nord for dagens Rikshospital
- Alternativ 3 øst med hovedutbygging sør og øst for dagens Rikshospital (mot Gaustad sykehus)

Evalueringen i steg 1 har gitt følgende resultat:

Evalueringskriterier	Alternativ 1 Sør	Alternativ 2 Nord	Alternativ 3 Øst
Kvalitet i pasientbehandling	++	0	++
Godt og sikkert arbeidsmiljø	++	0	++
Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon	+	0	+
Tilrettelagt for etappevis utbygging	++	0	++
Andre samfunns effekter	0	0	+
Gjennomføringsrisiko og tid	+	0	++
Økonomi – investering	8,4 mrd. kr.	9,6 mrd. kr.	8,2 mrd. kr.
Økonomi – drift	++	0	++

Som det fremgår av tabellen scorer både alternativ 1 sør og alternativ 3 øst godt på både funksjonelle og økonomiske kriterier. Videre er begge alternativene vurdert til å ha lavere investeringskostnad og gjennomføringsrisiko enn alternativ 2 nord. Både alternativ sør og alternativ øst legger godt til rette for en senere utbygging (etappe 2).

Alternativ 1 sør er i medvirkningsprosessene vurdert som det beste alternativ med hensyn til å tilrettelegge for god funksjonalitet med korte avstander og kompakt bygningsmasse. Alternativ 1 sør innebærer et høyt bygg som gir usikkerhet knyttet til høyhusbestemmelser og regulering. Alternativet innebærer også riving av bygg B1 (undervisningsarealer, kantine og administrasjon) og en massiv utbygging tett på eksisterende sykehus. Alternativ 3 øst er også vurdert til å ha god funksjonalitet, med mulighet for å differensiere døgn- og dagbehandling. Gjennomføringsrisikoen ved alternativ 3 øst vurderes som lavere grunnet lavere høyder og mer spredt bebyggelse. Alternativet innebærer bygging tett på den vernede bebyggelsen på Gaustad sykehus, hvilket kan innebære en reguleringsmessig risiko.

Slik situasjonen fremstår, er det klart at både alternativ 1 sør og alternativ 3 øst kommer bedre ut enn alternativ 2 nord. Samtidig er det behov for å bearbeide alternativ 1 sør og alternativ 3 øst videre, da det er kombinasjoner av elementer fra de to alternativene som fremstår som den mest robuste løsningen. Det er derfor anbefalt at arbeidet videreføres til steg 2 med en kombinasjon av alternativ 1

sør og alternativ 3 øst, der det søkes å optimalisere en løsning basert på de positive elementene i begge alternativene.



Figur 1: Illustrasjon av alternativ sør (til venstre) og øst (til høyre).

Regulering Gaustad

Planprogram ble lagt ut på offentlig høring 5. februar 2018 med høringsfristfrist 19. mars 2018. Det ble den 28. februar 2018 avholdt naboinformasjonsmøte på Gaustad med orientering om planprogrammet og videre prosess, samt et oppfølgende møte den 30. mai 2018 hvor resultatene av mulighetsstudien ble presentert. Revidert planprogram på basis av innspill fra høringsprosessen ble oversendt Oslo kommune ved plan- og bygningsetaten den 23. mars 2018. Helse Sør-Øst RHF har i oversendelsen bedt om at planområdet avgrenses til å omfatte området nord for ring 3. Plan- og bygningsetaten har frist på 10 uker for fastsettelse av endelig planprogram og har signalisert at de må drøfte planprogrammet i sitt interne planforum før de kan gi tilbakemeldinger på forslaget. Slikt møte ble avholdt 23. mai 2018 og det er avholdt dialogmøte med plan- og bygningsetaten 8. juni 2018. Det må lages et nytt planforslag som må ut på høring.

Bakgrunnen for at Helse Sør-Øst RHF har bedt om at planområdet avgrenses til nord for ring 3 er først og fremst at det er utviklet utbyggingsalternativer som viser at det skal være mulig å realisere forutsatte utbyggingsbehov både i etappe 1 og 2 nord for ring 3. Utbyggingsalternativer nord for ring 3 vil også være viktig for å sørge for et funksjonelt sykehus. Dessuten har sentrale aktører, som blant annet SINTEF, sterke innvendinger mot at området sør for ring 3 skal reguleres til sykehusformål, da dette vil legge begrensninger på videreutvikling av deres eiendom/virksomhet.

Plan- og bygningsetaten ønsker å fremme eget planforslag hvor planområdet inkluderer områder syd for ring 3. I tillegg pågår det flere initiativer for utvikling av området sør for ring 3 både i regi av Universitetet i Oslo, Oslo kommune og SINTEF. Helse Sør-Øst RHF, SINTEF, Oslo universitetssykehus HF og Universitetet i Oslo har derfor inngått en intensjonserklæring som stadfester at partene ser positivt på de foreliggende utbyggingsløsningene sør-øst for dagens Rikshospital og at det ikke er nødvendig eller ønskelig at planområdet omfatter områder sør for ring 3.

Valg av utbyggingskonsepter Aker

Prosjektet har utarbeidet egen rapport som oppsummerer det arbeidet som er utført i steg 1 av konseptfasen for videreutvikling av Aker (Videreutvikling Aker og Gaustad- Konseptfase Aker Steg 1- Oslo universitetssykehus HF- uttrykt vedlegg).

De vurderinger som er utført har medført at følgende 3 utbyggingsalternativer er vurdert særskilt:

- Alternativ 1 utsikt
- Alternativ 2 paviljonger
- Alternativ 3 diagonal

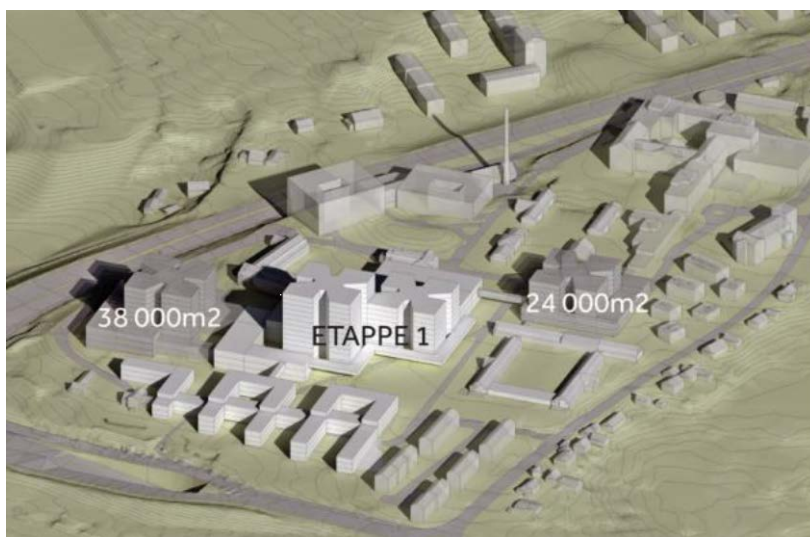
Evalueringen i steg 1 har gitt følgende resultat:

Evalueringskriterier	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Kvalitet i pasientbehandling	+++	+	0
Godt og sikkert arbeidsmiljø	+++	++	0
Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon	0	0	0
Tilrettelagt for etappevis utbygging	+++	+	0
Andre samfunnseffekter	++	++	0
Gjennomføringsrisiko og tid	+	++	0
Økonomi - investering	9,5 mrd.	9,3 mrd.	9,9 mrd.
Økonomi - drift	++	+	0

Alternativ utsikt scorer høyest på kriterier for både funksjonalitet og økonomi og vurderes å være det beste konseptet. Konseptet er tydelig, fleksibelt og robust med stort potensiale for utvidelser og endringer.

Alternativ utsikt har relativt store risikoelementer i seg knyttet til behov for riving av vernede og verneverdige bygninger, samt knyttet til behov for tomteerverv. Dette vil bli gjenstand for bearbeiding og nærmere analyser i steg 2.

I figur 2 er det vist en illustrasjon av det alternativet som er vurdert som det beste, hvor framtidige utbyggingspotensiale er vist med angivelse av mulig utbyggingsvolum.



Figur 2 Illustrasjon av konseptuell løsning – utsikt

Regulering Aker

Prosjektene for videreutvikling av Aker og Storbylegevakten startet opp arbeidet med et felles planprogram høsten 2017. Planprogrammet lå ute til offentlig ettersyn og høring i perioden 22. november 2017 til 12. januar 2018 med ett planalternativ.

Planprogrammet ble endret etter offentlig ettersyn, herunder økning i maksimal utnyttelse fra 167 000 m² til 225 000 m². Økning i utnyttelse medførte krav om innarbeiding av et planalternativ 2 og en ny tidsbegrenset høring. Planalternativ 2 skal ivareta de hensyn som fremkommer i plan- og bygningsetatens område- og prosessavklaring av 30. juni 2017. Årsaken til at utnyttelsen økte ut

over de 167 000 m² som forelå i bestilling av oppstartsmøte, var å sikre fleksibilitet og mulighet for utvidelse ut over etappe 1 på Aker i det videre planarbeidet.

Planprogram med tilhørende dokumenter ble oversendt plan- og bygningsetaten 15. mars 2018 for fastsettelse. Byråd for byutvikling konkluderte i brev av 4. april 2018 med at PBE kunne godkjenne planprogrammet med delegert myndighet. Fastsatt planprogram forelå fra plan- og bygningsetaten 12. april 2018.

PBE har gjort en overordnet vurdering av de ovennevnte alternativene med tanke på reguleringsrisiko, slik forslagene fremsto ultimo april. De meddeler i brev datert 9. mai 2018 at de vurderer alternativ 2 (paviljonger) til å ha lavest reguleringsrisiko, basert på en vurdering av høyder, bevaringshensyn, byrom og bymessig sammenheng. Det samme synet er formidlet i møte med representanter for Riksantikvaren og Byantikvaren. Synspunktene er reflektert inn i evalueringen av alternativene og legger føringer for arbeidet med alternativ utsikt.

Risikoforhold

Styret i Helse Sør-Øst RHF har i styresak 072-2017 i vedtakspunkt 5 besluttet følgende:
«Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HF's tomtearealer om risikobildet tilsier dette. Styret skal holdes orientert underveis i utredningen og spesielt knyttet til gjennomføringsrisiko.»

Prosjektorganisasjonen har rapportert risiko til Helse Sør-Øst RHF som del av den faste månedsrapporteringen og gjennomgått risikopunkter i møtet mellom administrerende direktør i Oslo universitetssykehus HF og prosjektdirektør for prosjektet, samt i kontaktmøte. Oslo universitetssykehus HF rapporterer risiko i sin styringslinje.

Overordnet status for gjennomføring er at det foreligger et godkjent planprogram for Aker og at det må lages et nytt planforslag som må til høring Gaustad. Det er etablert god dialog med planmyndighetene og Riksantikvaren. Videre er det utviklet utbyggingsalternativer som viser at det er mulig å etablere forutsatt areal for både etappe 1 og 2 på henholdsvis Aker og Gaustad.

I prosjektorganisasjonens risikomatrix er det identifisert 17 åpne risikopunkter ved utgangen av mai for både Aker og Gaustad. Av disse er det fire som er kategorisert med høy risiko fordi de kan påvirke omfang og rammer for prosjektet. Det vises til vedlagte risikomatrix for oversikt over risikoforhold i prosjektet.

Det er tillegg avholdt et felles arbeidsmøte primo juni med bred deltagelse fra Oslo universitetssykehus HF for å identifisere risiko knyttet til driften på Ullevål i perioden mellom etappe 1 og 2. Risikovurderingen resulterte i en oversikt over risikoforhold og forslag til tiltak for å håndtere disse. Oslo universitetssykehus vil sammen med Helse Sør-Øst arbeide videre med forslagene og etablere en handlingsplan. Det skal videre gjennomføres risikovurderinger av driften ved de ulike lokalisasjonene etter utbygging av etappe 1 og også en vurdering av risiko ved en eventuell faseforskyvning av utbygging på hhv Aker og Gaustad. Disse risikovurderingene av driften skal fremlegges ledelsen og styret i Oslo universitetssykehus HF før styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF og styret i Helse Sør-Øst RHF vil få fremlagt risikovurderingene. Risikovurderingene av driften sammen med prosjektets risikoelementer vil danne det totale bildet av den samlede risikoen for gjennomføring av prosjektet.

Behandling i styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF

Styringsgruppen for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF ble orientert om status for videreutvikling av Aker og Gaustad i møte 25. mai 2018, med hovedvekt på arbeidet med å vurdere ulike utbyggingsløsninger på Aker og Gaustad og hvilke alternativer som legges til grunn for steg 2 av konseptfasen. Styringsgruppen tok saken til orientering med de kommentarer som fremkom i møtet.

Plan for det videre arbeid

Hovedtidsplan for videre arbeid fram mot behandling av konseptfaserapportene i styret i Helse Sør-Øst RHF er som følger:

AKTIVITET	TID
Utvikling av hovedprogram (80 % versjon).	Juni 2018
Konseptfasen steg 2 m/skisseprosjekt.	Mai 2018-Nov. 2018
Behandling av konseptfaserapporten i styringsgruppen.	Nov. 2018
Behandling av konseptfaserapporten i styret i Oslo universitetssykehus HF.	29.11.2018
Behandling av konseptfaserapporten i styret i Helse Sør-Øst RHF.	13.12.2018
Videre arbeid med regulering.	Hele perioden

Prosjekt:

Videreutvikling Aker og Gaustad

Tittel:

Risikovurdering av gjenværende virksomhet på Ullevål og SSE etter etappe 1

Oslo Universitetssykehus HF



01	Arbeidsutkast til kommentar	06.06.2018	CL	SPR	SPR	
Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent	
Kontraktor/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider:	
				00	Side 1 av 24	
Prosjekt:	Kontrakt nr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr:	Rev.nr.:	Status:
NSG	8001	Z	RO	0001	01	G

INNHALDSFORTEGNELSE

1	Sammendrag.....	3
2	Mål og definisjon.....	4
2.1	Mål med tiltaket.....	4
2.2	Definisjon risiko.....	4
3	Beskrivelse av analyseobjektet.....	4
4	Arbeidsform og framgangsmåte.....	6
4.1	Arbeidsform.....	6
4.2	Framgangsmåte.....	7
5	Definering av mål og etablering av rammer for analysen.....	7
5.1	Mål.....	7
5.2	Forutsetninger, rammer og avgrensninger.....	8
6	Identifisere kritiske suksessfaktorer for hvert målområde.....	9
7	Akseptkriterier (hvor har vi lagt lista).....	9
8	Risikovurdering.....	9
8.1	Konsekvenskategorier.....	9
8.2	Sannsynlighetskategorier.....	10
9	Identifisering av risikoforhold (grov kartlegging).....	10
9.1	Grovmatrise inkludert oversikt over uønskede hendelser.....	12
9.2	Risikovurdering.....	14
9.3	Forhold som ble tatt opp men som faller utenom rammen for denne risikovurderingen.....	17
10	Behov for tiltak.....	18
10.2	”Røde” – Kritisk, skal endres snarest.....	18
10.3	”Gule”- Overvåkes, behov for endring over tid.....	18
10.4	Samlet bilde.....	19
10.5	Risikobilde etter foreslåtte tiltak.....	19
10.6	Forholdet mellom tiltakene i risikovurderingen og handlingsplanen.....	19
10.7	Forslag til tiltak.....	21
10.8	Handlingsplan.....	22

1 Sammendrag

Risikovurderingen omfatter gjenværende drift på Ullevål og SSE etter etappe 1 er gjennomført, og frem til målbildet er realisert.

Denne risikovurderingen er basert på ordinær risikovurderingsmetodikk, jf. NS 5814 og veileder for arbeidet med risikostyring i Helse Sør-Øst. Risikovurderingen er gjennomført for å få belyst risikoforhold knyttet til drift av Oslo universitetssykehus HF etter realisering av etappe 1 på Aker og Gaustad. Dette som basis for videre oppfølging og bearbeiding av Oslo universitetssykehus HF. Vurderingen er et supplement til prosjektets risikovurdering av prosjektgjennomføringen som ett ledd i å fremstille et komplett risikobilde. Risikovurderingen er fasilitert av prosjektorganisasjonen på vegne av Oslo universitetssykehus som er faglig og økonomisk ansvarlig for virksomheten

For å identifisere risikoelementer er det gjennomført en samling med bred representasjon fra Oslo Universitetssykehus HF den 1. juni 2018 (se deltakerliste senere i dokumentet).

I forkant av analysen var det i samarbeid mellom representanter fra Oslo universitetssykehus HF, prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF og ekstern rådgiver gjort et forarbeid som definerte mål-områder, etablerte rammer for analysen og identifiserte kritiske suksessfaktorer for hvert mål-område. Det var enighet om følgende mål- områder:

1. Forsvarlig pasientbehandling.
2. Forsvarlige arbeidsmiljøforhold.
3. God forskning, innovasjon, utvikling og utdanning.
4. Bærekraftig økonomi (primært som en konsekvens av punktene 1-3).

Risikovurderingen identifiserte 17 ulike «uønskede hendelser». Ni hendelser falt, etter gruppens vurdering, i rødt område før effekt av tiltak. Etter effekt av tiltak var dette redusert til 1. Metodisk sett skal tiltaksforslagene inngå i en prosess med utarbeidelse av en handlingsplan. Dette er et etterfølgende arbeid, som derfor ikke er gjennomført ennå. I dette arbeidet vil det bli sentralt både å vurdere kostnader og effektforventninger knyttet til de foreslåtte tiltakene. Videre hvilke tiltak som er alternative og hvilke som er komplementære, og om det kan framkomme ulike «formater» av tiltakene når de bearbeides videre. Ut fra dette lages det en handlingsplan med prioriterte tiltak. For de områdene som forblir i «rød sektor» blir det viktig å analysere risikovurderingen nøyere, og i tillegg bearbeide videre hvilke tiltaksmuligheter som finnes for å kunne få flyttet disse til gul eller grønn sone.

Noen av risikofaktorene som ble identifisert var:

- Tilgjengelighet på tverrfaglig kompetanse for gjenværende virksomhet
- Fare for mangel på utstyr
- Økt turn- over og svekket rekruttering
- Økt avstand mellom forskning og klinisk virksomhet

Det ble for øvrig tatt opp noen forhold som faller utenfor risikovurderingens område. Disse er listet opp senere i dokumentet.

2 Mål og definisjon

2.1 Mål med tiltaket

Oslo universitetssykehus HF skal utvikles som tre sykehus med en klar profil; et lokalsykehus på Aker, et samlet og komplett regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner på Gaustad og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark. Realisering av målbildet skal skje gjennom etappevis utbygging, og et første utbyggingstrinn på Aker og Gaustad er avgrenset og konkretisert gjennom et arbeid i 2017. Dette innebærer midlertidig drift på Ullevål og ved SSE fram til Oslo Universitetssykehus HF sitt målbilde er realisert og virksomheten kan flyttes til Aker og Gaustad.

Konseptfasen for Aker og Gaustad pågår. Rapport fra steg 1 foreligger og er behandlet i prosjektets styringsgruppe 25.5.2018. Styret i Helse Sør-Øst RHF skal holdes orientert underveis i konseptfaseutredningen og spesielt knyttet til gjennomføringsrisiko.

Risikovurderingen gjelder i denne omgang Oslo Universitetssykehus HF's mulighet til, og forutsetninger for, å opprettholde en forsvarlig pasientbehandling, arbeidsmiljø, og med bærekraftig økonomi.

Risikovurderingens formål er å avdekke risiko for uønskede hendelser knyttet til gjennomføring av driften ved Oslo Universitetssykehus HF, Ullevål og SSE, i perioden fra gjennomført første etappe fram til målbildet er realisert, samt å identifisere tiltak som kan redusere sannsynligheten for og/eller konsekvensen av slike hendelser.

2.2 Definisjon risiko

Risiko er et uttrykk for kombinasjonen av sannsynligheten for og konsekvensen av en uønsket hendelse. Risikoen vurderes ut fra **sannsynligheten** for at den inntreffer og **konsekvensene** den vil medføre dersom den inntreffer.

I denne sammenheng betyr risikoen hvilke uønskede hendelser som kan hindre at Oslo Universitetssykehus HF kan opprettholde sin virksomhet på en forsvarlig måte både i forhold til pasientbehandling, arbeidsmiljø og med bærekraftig økonomi.

3 Beskrivelse av analyseobjektet

Nedenfor er det vist en oversikt over virksomhetens areal og funksjoner etter utflyttingen til Gaustad og Aker etter etappe 1. Tallene sier noe om størrelsen på enhetene og er ikke nødvendigvis helt korrekte tall. Det er kun tatt med virksomheter som skal være igjen på Ullevål og SSE. I tillegg er det tatt med virksomhet som foreløpig ikke er spesifisert inn i noen av etappene. Listen er ikke nødvendigvis komplett. (noen hovedtall uten at det er gjort tilpasninger ift nåværende plassering i byggene på Ullevål):

Funksjon	Lok. i bygg	Aktivitetsdata	Antall ansatte
Føde	08	~7000 fødsler/år Antall senger: 15 Obs.post 27 kompl. barsel 46 barselhotell Svanger-skapspol: ~25 000 Føde/gyn mottak: ~16 000	18 LiS-leger 12 ovl. føde 2 ovl. fostermedisin 15 ovl. gynekologi
Gynekologi	08	~5000 operasjoner/år hvorav 16% ø.hj. 8 post operative senger ~ 2000 kortvarige prosedyrer ~33 000 pol kons, hvorav 17% ø.hj.	
Nyfødtintensiv	09	605 døgnopphold 27 senger 7628 ld	140
Barn etter nyfødt	09	2677 døgnopph 26 senger + 3 intensiv	Barnenevro. inkl. hab+sos ped: 68
Sosialpediatri	Brakke	8063 ld	Barnemedisin: 180
Sjeldenavd	31	2292 dagbehandling	Sjeldenavd: 32
Stab	18	17680 poliklinikk	Stab: 12
Øye	36	~7800 op. + 22000 injeksjoner 10 op.stuer 19 senger ~83000	255 ansatte
Lab-bygget	25	~14 000 m2	
Trykktank			
Høysikkerhets-isolat			
Kreftbehandling ¹		Stråling Poliklinikk Inneliggende	
SSE	Sandvika	~3000 døgnpasienter Senger 52 s voksne, 31 s barn, 10 s overvåkning Stor utrednings-aktivitet	270 ansatte
Smerte			
Forskning			
Biobank			
Komparativ med. (dyrestall)		600 bur 6 prosedyrerom	
Inst. for eksperimentell medisin	7		6 forskningsgrupper
Kvinneklinikken, US	8,9 og 34	Mangel på klinikknære forskningsareal	1 stor forskningsgr. på US
Kjernefasiliteter forskning		Se https://www.ous-research.no/core-ous/	
Norsk senter for forskning på mentale lidelser, NORMENT	49		
Senter for rus og avhengighetsforskning, SERAF	45		
Undervisning			
Patologi	25?	2* 16 grupper a 6 studenter pr kull i hhv obduksjonsund. og makround.	

¹ Forutsetningene for plassering av Onkologi må undersøkes nærmere

Funksjon	Lok. i bygg	Aktivitetsdata	Antall ansatte
NAKOS	31	400 m2 til forskning og registerfunksjon, etter og videreutdanning	6 ktr + 15 ktr plasser til stip/prosj.
Kvinneklubben, US		Undervisning av sykepleie-studenter, jordmor-studenter, barnepleiere og annet helsepersonell samt LiS utd. i tillegg til to årlige kull medisinerstud. Mangel på areal for undervisning	18 LIS ansatte
SimOslo		Simulerings-trening Bla. til spesialistspl utd.	

Som eget vedlegg følger en illustrasjon som viser hvor de ulike funksjonene på Ullevål er lokalisert.

Det er i risikovurderingens forutsetninger lagt til grunn at ingen funksjoner flytter fra dagens lokalisering. Slike flyttinger kan imidlertid bli lansert som tiltak for å redusere risiko og sårbarhet.

4 Arbeidsform og framgangsmåte

4.1 Arbeidsform

Risikovurderingen er basert på gruppearbeid i en tverrfaglig sammensatt gruppe. Christian Listerud og Svein Petter Raknes fra Metier OEC as har hatt rollen som prosessveiledere, mens det er gruppedeltakerne som har stått for identifisering av uønskede hendelser og kommet med forslag til tiltak, og definert forventet effekt av tiltakene.

Forarbeid er gjennomført i samarbeid mellom representanter for Oslo Universitetssykehus HF, prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst HF og prosessveilederne.

Det er i denne omgang blitt avholdt 1 møte/dagsseminar i gruppa i forbindelse med risikovurderingen (01.06.2018). Gruppen har bestått av følgende deltakere:

Navn	Virksomhet/ avdeling
Børresen, Per Bjørnar	Prosjektorg. HSØ
Svein Petter Raknes	Metier OEC
Christian Listerud	Metier OEC
Einar Sorterup Hysing	OUS
Nina E. Fosen	OSS og Prosjekt Konseptfase Aker/Gaustad, OUS
Tveiten, Rikard	Prosjektorg. HSØ
Semb, Ole Martin	Prosjektorg. HSØ
Marit Bjartveit	KPHA
Aasmund Magnus Bredeli	DNLF
Sigbjørn Smeland	KRE
Bright Erland Nersveen	MED
Rolf Bjarne Riise	OPK

Terje Rootwelt	BAR
Paulina B Due-Tønnessen	KRN
Morten Tandberg Eriksen	KIT
Øyvind Skraastad	AKU
Erlend Smeland	KLM
Otto Armin Smiseth	HLK
Lars Eikvar	KLM
Per Oddvar Synnes	HVO
Marianne Hægh Martinussen	HHA
Else Nylén Mclean	NVR
Tove Nakken	Brukerutvalget
Erik Høiskar	Tillitsvalgt overlege
Guri Kjæserud	Direktørens stab, økonomi
Knut Melhuus	Skadelegevakten, Ortopedi
Christina Laastad	Direktørens stab, økonomi
Ørjan Sandviik	Direktørens stab, økonomi

4.2 Framgangsmåte

Arbeidet med risikovurderingen ble delt opp i følgende trinn:

1. Organisering og planlegging. Definerer mål og etablere rammer for analysen og oppnå omforent forståelse av oppgaven.
2. Identifisere kritiske suksessfaktorer innenfor hvert mål-område.
3. Vurdering av eventuelle absolutte kriterier/objektive standarder (akseptkriterier).
4. Grovanalyse med identifisering av risikoområder. Identifiserer risiko (usikkerheter og tilstander) av betydning for det aktuelle målet.
5. Risikovurdering.
 - Årsaksanalyse
 - Sannsynlighets – og konsekvensanalyse
 - (Risikovurdering i forhold til akseptkriterier.)
 - Kartlegging av tiltak/løsninger. Risikoreduserende effekter.
6. Vurdering og oppfølging av tiltak, inkludert økonomisk konsekvens (etterfølgende arbeid med handlingsplan som ikke inngår i denne oppsummeringen).

I samlingen 01.06 ble punkt 4-5 gjennomgått.

5 Definerings av mål og etablering av rammer for analysen

5.1 Mål

Overordnet mål:

A kunne opprettholde Oslo Universitetssykehus HF virksomhet på en forsvarlig måte ift pasientbehandling, arbeidsmiljø og med bærekraftig økonomi i perioden fram til målbildet er realisert.

Delmål:

1. Forsvarlig pasientbehandling.
2. Forsvarlige arbeidsmiljøforhold.
3. God forskning, innovasjon, utvikling og utdanning (dette målområdet ble definert inn under samlingen 01.06.2018).
4. Bærekraftig økonomi.

Saken dreier seg derfor om hva som må gjennomføres av tiltak enten av funksjonsmessig, organisatorisk eller bygningsmessig art for å opprettholde Oslo Universitetssykehus HF's tilbud på en forsvarlig måte i perioden fra gjennomført første etappe fram til målbildet er realisert. Hva som i utgangspunktet er «akseptabelt» eller «forsvarlig» ble søkt vurdert i forhold til de standarder/den praksis man har i dag.

Punktet om «bærekraftig driftsøkonomi» ble ikke direkte behandlet i samlingen. Dette punktet blir primært en konsekvens av de planer som foreligger for driften i den aktuelle perioden (dvs. mellom ferdigstilling av trinn 1 og trinn 2), og de kostnader som oppstår knyttet til handlingsplanen basert på risikovurderingen (tiltakene som gjennomføres for å begrense risikoen).

5.2 Forutsetninger, rammer og avgrensninger

Denne risikovurderingen er basert på ordinær risikovurderingsmetodikk, jf. NS 5814 og veileder for arbeidet med risikostyring i Helse Sør-Øst. Det innebærer også at det er en forskjell mellom det etablerte risikoregisteret for byggprosjektet, som primært bygger vurdering av alvorlighetsgrad på måling av økonomisk konsekvens, og denne risikovurderingen. I denne risikovurderingen er det konsekvensen for tjenesteleveranser, liv og helse som framkommer. I handlingsplanen vil de økonomiske konsekvensene av anbefalte tiltak for å bedre risikobildet komme fram.

Følgende forutsetninger og avgrensninger er lagt til grunn:

- Nødvendige tiltak blir gjort slik at det kan drives lovlig (i samsvar med lover og forskrifter).
- Risikovurderingen er i dette stadiet på et overordnet nivå. Ny risikovurdering kan eventuelt gjennomføres når det foreligger en konkret plan for hvilke enheter som skal være hvor i perioden etter utflytting, og hvilke tilpasninger som er planlagt for å gjøre dette mulig.
- Gjenværende virksomhet på Ullevål og SSE planlegges også flyttet, men hvor lenge det går før dette kan skje er ikke avklart (indikasjonen som er lagt til grunn i gruppearbeidet er basert på fem år etter første etappe, jf. forutsetningene i ØLP).
- Prosjektgjennomføringsrisikoen er ikke en del av denne analysen. Prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF har etablert et risikoregister for prosjektgjennomføringen som oppdateres månedlig med identifiserte risikoforhold og tiltaksplaner for håndtering av risiko. Dette risikoregisteret er ikke en del av denne risikovurderingen.

- Risiko knyttet til kapasitet for de nye enhetene (dimensjoneringsarbeid knyttet til dette pågår, skal foreligge ila. juni) og funksjonsfordeling mot andre sykehus er ikke tema i denne analysen. Dette temaet tas opp senere.
- Enhetene som er planlagt med fortsatt drift på Ullevål fram til etappe 2 er ferdig er i utgangspunktet forutsatt å forbli i nåværende lokaler (før eventuelle tiltak, jf. noen tiltak som knytter seg til dette).

6 Identifisere kritiske suksessfaktorer for hvert målområde

De kritiske suksessfaktorene er:

Delmål 1: Forsvarlig pasientbehandling (sammenliknet med dagens situasjon)

- Bistand når det er behov, tidsaspekt
- Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet
- Tilgjengelig utstyr
- Forsvarlig transport av pasienter

Delmål 2: Forsvarlig arbeidsmiljø

- Tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse ift arbeidsoppgaver
- Tilgang på opplæring og fagutviklingsaktiviteter
- Tilgang på fasiliteter for ansatte (garderobe, kantine etc.)
- Organisatoriske forhold (definert under samlingen 01.06.2018)

Delmål 3: God forskning, innovasjon, utvikling og utdanning (dette målområdet ble definert inn under samlingen 01.06.2018).

- God forskning, innovasjon, utvikling og utdanning

Delmål 4: Bærekraftig økonomi

- Sikre løsninger som muliggjør fremtidige investeringer ved Oslo Universitetssykehus

7 Akseptkriterier (hvor har vi lagt lista)

Akseptkriterier er Oslo Universitetssykehus HF's egne kriterier eller objektive, nasjonale standarder for å vurdere den risiko organisasjonen kan leve med. Det er vurdert dit hen at dette fanges opp gjennom sannsynlighet for og konsekvens av uønskede hendelser sammenholdt med de standarder/den praksis man har i dag.

8 Risikovurdering

8.1 Konsekvenskategorier

KONSEKVENSKATEGORIER – Funksjon/tjeneste

5. Svært alvorlig	En eller flere kritiske funksjoner/tjenester er satt helt ut av spill.
4. Alvorlig	Funksjonen/tjenesten er delvis redusert i et uholdbart langt tidsrom.

3. Betydelig	Funksjonen/tjenesten blir utført, men det er brudd på retningslinje / prosedyre.
2. Mindre alvorlig	Kvalitetsforringelse på funksjonen/tjenesten. Indikasjoner på at retningslinje / prosedyre ikke følges i tilstrekkelig grad.
1. Ubetydelig	Noe ”plunder og heft” knyttet til utførelsen av funksjonen/tjenesten.

KONSEKVENSKATEGORIER – Mennesker

(pasienter, ansatte, studenter, besøkende)

5. Svært alvorlig	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med svært alvorlige følger.
	Død eller alvorlig skade på en eller flere personer
4. Alvorlig	Brudd på lov, forskrift eller egne krav/mål med alvorlige følger.
	Mindre alvorlig, men behandlingskrevende skade, kort rehabiliteringstid, ikke varig mén.
3. Betydelig	Brudd på retningslinje / prosedyre / tradisjon.
	Belastende forhold for en gruppe personer
2. Mindre alvorlig	Indikasjoner kan tyde på at retningslinjer / prosedyrer ikke følges i tilstrekkelig grad.
	Belastende forhold for enkeltpersoner
1. Ubetydelig	Forholdet er ikke knyttet til brudd på retningslinjer eller prosedyrer.
	Enkelttilfeller av misnøye

Begrep som ”belastende” forstås her som **sammenlignet med det man har i dag**, og ikke sammenlignet med planlagt nytt bygg.

Det er i liten grad skilt mellom funksjoner og mennesker i denne analysen, da de alle fleste hendelse ender opp med å ha konsekvenser knyttet til mennesker (pasienter, ansatte osv.).

8.2 Sannsynlighetskategorier

Sannsynlighet / varighet	Beskrivelse
5. Svært sannsynlig Kontinuerlig	Forventes å kunne skje ukentlig. Forhold som kan forventes å bli kontinuerlig til stede i virksomheten.
4. Sannsynlig Periodevis, lengre varighet.	Forventes å kunne skje månedlig. Forhold som forventes å opptre i lengre perioder, flere måneder.
3. Mindre sannsynlig. Flere enkelttilfeller.	Forventes å kunne skje årlig. Kjenner til at det har vært enkelttilfeller med kortere varighet.
2. Lite sannsynlig. Kjenner tilfelle.	Kjenner 1 tilfelle i løpet av en 3-års periode (som tilsvarende forventet driftsperiode).
1. Usannsynlig. Ingen tilfeller her.	Kjenner ingen tilfeller, men kan ha hørt om det i andre virksomheter.

9 Identifisering av risikoforhold (grov kartlegging)

Gjennom en prosess i gruppesamlingen den 01.06.2018 ble risikoforhold som kan være aktuelle for analysen forsøkt identifisert. Formålet var å få en oversikt over risikoomfanget og sikre at viktige krav og målsetninger blir belyst. Arbeidsgruppen

har prioritert hvilke forhold som er blitt analysert ut fra den tid som har vært til disposisjon.

Enkelte forhold berører hele den gjenværende virksomheten, mens andre berører bare enkelte deler av virksomheten. I grovmatrisen er følgende inndeling av virksomheten valgt:

9.2 Risikovurdering

Med utgangspunkt i grovmatrisen ble hendelse for hendelse i denne tabellen analysert med hensyn på mulige årsaker, og konsekvensene av hendelsen ble beskrevet med ord. Gruppen vurderte sannsynlighet og konsekvens i henhold til kategoriene i kapittel 8.1 og 8.2. Slik fikk hver hendelse en plass i risikobildet. Listen over risikoforhold dekker de forhold som ble identifisert og diskutert i møtet 01.06.2018.

Suksessfaktor	Mulig uønsket hendelse	id	Berørt	Andre berørte enheter	Årsak - utløsningskilde	Antatt konsekvens	Konsekvenskode	Sannsynlighet	Primært tiltak	Ny konsekvenskode	Ny sannsynlighet
Bistand når det er behov, tidsaspekt	Klarer ikke å understøtte resten av virksomheten med lokalisering på Ullevål med mulig pasientskade	1	Blodbank	Alle kliniske enheter	Økt avstand til andre enheter	Får ikke blod i tide, kan medføre død	5	3	1: Dobling av fremskutt lager (kombinert med 2) 2: Bedret logistikk 3: Flytte til Gaustad	5	1
Bistand når det er behov, tidsaspekt	Manglende intervensjonsradiologtjeneste	2	Føde, barsel		Manglende tilstedeværelse og lab	Må flytte pasienten, kan medføre død	5	3	1: Opprettholde intervensjonslab. 2: Flytte fødeavdeling	5	1
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Alvorlig syke barn utenifra transporteres til Gaustad. Forutsetning at det finnes en god transporttjeneste	3	Barn inneliggende og barnemottak	Kirurgisk avd. Gaustad	Generelt akuttmottak flyttet	Må flytte pasienten til Ullevål (v infeksjoner), kan medføre død	5	3	1: Etablere utvidet sengepost for infeksjon på Gaustad	5	2
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Oppstår behov for intensivbehandling	4	Barn inneliggende og barnemottak	Alle kliniske enheter	Intensivvirksomhet for voksen og barn flyttet	Må akuttransporteres, kan medføre død	5	4	1: Tidlig transport, ekstra sengepost på Gaustad 2: Ha et akuttransportteam tilgjengelig 3: Flytte barneverksamheten (akutt/døgn)	5	3
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Manglende tilgjengelige tverrfaglige team	5	Barn inneliggende og barnemottak	Alle kliniske akutt og døgnenheter	Har ikke tilgjengelig kompetanse på U	Forsinket tilgjengelig kompetanse, svekket kompetanse, redusert pasientsikkerhet	3	5	1: Flytte døgn og akutt 2: Faglig tilstedeværelse på dagtid (poliklinikk/dagbehandling)	3	1
Tilgjengelig utstyr	Utstyr spredt over mange bygg/etasjer	6	Radiologi og nukleærmedisin	Alle kliniske enheter	Utstyr blir ikke flyttet	Urasjonell drift,	2	4	1: Samle utstyret geografisk	2	3
Tilgjengelig utstyr	Nedprioriterte utstyrinvesteringer pga. redusert virk. Omfang	7	Radiologi og nukleærmedisin	Alle kliniske enheter	Manglende prioritering pga. lavere aktivitet	Flere driftsavbrudd, redusert pasientsikkerhet	4	4	1: Flytte døgn og akutt 2: Prioritere utstyr på Ullevål området	4	2

Bistand når det er behov, tidsaspekt	Spredt virksomhet fører til risiko for hendelser	8	Alle kliniske enheter		Enhetene blir liggende som i dag men med nedskalert virksomhet	Svekket tilgjengelighet på fagkompetanse	4	4	1: Samle virksomheten fysisk på Ullevål	4	2
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Redusert kompetanse over tid	9	Nyfødtintensiv	Føde, barsel	Nedskalert virksomhet	reduert kvalitet på pasientbehandling	4	4	1: Rotasjon	4	3
Tilgjengelig kompetanse, tilstrekkelig tverrfaglighet	Manglende tilgjengelige tverrfaglige team	10	Onkologi inneliggende	Onkologi, hematologisk poliklinikk	Har ikke tilgjengelig kompetanse på U	Forsinket tilgjengelig kompetanse, svekket kompetanse, redusert pasientsikkerhet, svekket flyt i pakkeforløp ²	3	5	1: Virtuelle møteplasser	3	4
Tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse ift arbeidsoppgaver	Klarer ikke å beholde personell i nedbyggingsperioden	11	Alle enheter Ullevål		Opplevelse av lokalisasjon under avviking	Økt turn-over, svekket rekruttering	3	4	1: Fokus på ledelse og forutsigbarhet 2: Rotasjon	3	3
Tilgang på opplæring og fagutviklingsaktiviteter	Mindre fagutviklingsaktivitet nært arbeidssted	12	Alle enheter Ullevål		Reiseavstand	Svekket kompetansebygging	2	4	1: God plan for den fysiske lokaliseringen av fagutviklingsaktivitet	2	2
Tilgang på fasiliteter for ansatte (garderobe, kantine etc.)	Fasiliteter for de ansatte trappes ned	13	Alle enheter Ullevål		Dyr drift	Frustrasjon, økt turn-over	2	3	1: Opprettholde fasiliteter	2	1
Tilgang på fasiliteter for ansatte (garderobe, kantine etc.)	Nedprioritering av vedlikehold av bygg, anlegg og infrastruktur (IKT spesielt)	14	Alle enheter Ullevål			Frustrasjon, økt turn-over, økt risiko for driftsstans	2	3	1: Opprettholde vedlikehold	2	1
Organisatoriske forhold	Manglende beslutningsevne og uforutsigbarhet	15	Alle enheter Ullevål		Ledelse lokalisert Aker eller Gaustad	Manglende stedlig ledelse og oppfølging av enkeltpersoner	3	3	1: Stedlig ledelse 2: Bevisst både organisasjon og ledelsesmessig	3	1
Organisatoriske forhold	Behov for økt omfang av transport av ansatte	16	Alle enheter Ullevål		Mer behov for å flytte mellom lokalisasjoner	Bruker mye tid på å flytte seg	2	2	1: opprette transportservice	2	1

² Virksomhetsomfang: Det var 233 døgnopphold med i overkant av 900 liggedøgn i sum hvorav mange var kreft i øyet og gynekologisk kreft. Øye og gyn. er planlagt å ligge igjen i etappe 2. Videre var det 1929 dagopphold eller polikliniske konsultasjoner hvorav nesten 1400 var innenfor øye. Mesteparten her er vanlig poliklinikk, men også noen få dagkirurgiske opphold.

God forskning, innovasjon, utvikling og utdanning (ift nå)	Svekket forskningskvalitet dersom enhetene blir igjen på Ullevål	17	Forskning (Oslo Universitetssykehus)	Får avstand mellom klinisk virksomhet og forskning	3	3	1: Planlegging for forsøksdyr 2: Opprettholde betingelsene for forskning som er lokalisert på Ullevål 3: Bred poliklinisk virksomhet på Ullevål	2	2
--	--	----	--------------------------------------	--	---	---	---	---	---

Arbeidsgruppen kom med forslag til tiltak for hver enkelt hendelse. Disse tiltakene ble tatt videre over i forslag til tiltak, se kapittel 10.7.

9.3 Forhold som ble tatt opp men som faller utenom rammen for denne risikovurderingen

Det ble under risikovurderingen tatt opp og kommentert forhold som enkelte deltakere fra OUS oppfattet å være av betydning for det samlede risikobildet for «Framtidas OUS», men som ikke faller inn under rammen for denne risikovurderingen. Disse forholdene er listet opp nedenfor:

- Det ble pekt på behovet for at planforutsetninger og framskrivning av kapasitetsbehovet i planperioden (og etter planperioden) blir underlagt en risikovurdering etter samme metodikk.
- For enkelte funksjoner mangler det avklaring av plassering og hvilken etappe funksjonene tilhører. Det behøves avklaring for disse enhetene.
- Når all «bløtdelskirurgi» trekkes ut fra Ullevål så skaper dette en sårbar situasjon.
- Det er ikke tilstrekkelig avklart mht. organisering og etablering av virksomhetsplaner for perioden fram til realisering av det samlede målbildet.
- Forskningen oppfattes å komme i en utfordrende situasjon mellom etappe 1 og 2 fordi mye av den kliniske virksomheten flyttes fra Ullevål, mens den «klinikknære» OUS-forskningen forutsettes å fortsette på Ullevål.
- Forskningen for PHA var planlagt sammen med RSA inkl. PUA og øvrig sikkerhetspsykiatri. Dersom disse lokaliseres på ulike steder vil dette skape utfordringer for forskningsvirksomheten.
- «Barnesykehuset» bør samles allerede i etappe 1.
- Etappe 2 bør komme så raskt som mulig etter etappe 1.

10 Behov for tiltak

Kapittelet oppsummerer de vurderte hendelsenes risikoprofil. Figurene er tilpasset Helse Sør-Øst sin veileder for arbeidet med risikostyring. I samlingen 01.06.2018 ble det benyttet en figur som hadde en noe annen fordeling mellom røde, gule og grønne felter. I praksis er antall gule felter økt.

10.1 Risikobilde før tiltak

De analyserte hendelsene fordelte seg slik:

5 - Svært alvorlig			1, 2, 3	4	
4 - Alvorlig				7, 8, 9	
3 - Betydelig			15, 17	11	5, 10
2- Mindre alvorlig		16	13, 14	6, 12	
1 - Ubetydelig					
Konsekvens/ sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

10.2 "Røde" – Kritisk, skal endres snarest

Risikovurderingen identifiserte 9 ulike «uønskede hendelser». For 8 av 9 som etter gruppens klassifisering på skalaen 1-5 falt i «røde sone» er det foreslått tiltak som flytter disse fra rød til gul eller grønn sone. Etter effekt av tiltak var antallet i «rød sone» redusert til ett. Ett av tiltakene berører eierens rammebetingelser for prosjektet, og kan derfor ikke håndteres på linje med de andre tiltakene jf. også omtale under punkt 10.4, samlet bilde.

For hendelser som forblir i «rød sektor» blir det viktig å analysere risikovurderingen nøyere, og i tillegg bearbeide videre hvilke tiltaksmuligheter som finnes for likevel å kunne få flyttet slike hendelser til gul eller grønn sone.

10.3 "Gule"- Overvåkes, behov for endring over tid

Her kan det også vurderes tiltak, men dette har prioritet etter tiltakene knyttet til hendelser i rød sone.

10.4 Samlet bilde

Totalt sett er det et krevende risikobilde som framkommer før tiltak, og et betydelig mer oversiktlig og «overkommelig» bilde etter tiltak. Etter bearbeiding av handlingsplanen vil bildet kunne bli mer komplett ved at risiko og kostnader kan ses i sammenheng.

Ett av tiltakene som gruppen har foreslått (flytt all døgn- og akuttvirksomhet, underforstått istedenfor dagbehandling og poliklinikk i etappe 1) utgjør en endring av eiers rammebetingelser for prosjektet, og står derfor i en «særklasse». Dersom dette tiltaket skal følges opp videre må det derfor skje etter en behandling og beslutning hos eier.

10.5 Risikobilde etter foreslåtte tiltak

5 - Svært alvorlig	1, 2	3	4		
4 - Alvorlig		7, 8	9		
3 - Betydelig	5, 15		11	10	
2- Mindre alvorlig	13, 14, 16	12, 17	6		
1 - Ubetydelig					
Konsekvens/ sannsynlighet	1 - Usannsynlig	2- Lite sannsynlig	3 - Mindre sannsynlig	4 - Sannsynlig	5 - Svært sannsynlig

10.6 Forholdet mellom tiltakene i risikovurderingen og handlingsplanen

Metodisk sett skal tiltaksforslagene inngå i en prosess med utarbeidelse av en handlingsplan. Dette er et etterfølgende arbeid, som ikke er gjennomført ennå. I dette arbeidet vil det bli sentralt både å vurdere kostnader og effektforventninger knyttet til de foreslåtte tiltakene. Videre hvilke tiltak som er alternative og hvilke som er komplementære, og om det kan framkomme ulike «formater» av tiltakene når de bearbeides videre. Ut fra dette lages det en handlingsplan med prioriterte tiltak. For hendelser som forblir i «rød sektor» blir det viktig å analysere risikovurderingen nøyere, og i tillegg bearbeide videre hvilke tiltaksmuligheter som finnes for å kunne få flyttet slike hendelser til gul eller grønn sone.

10.7 Forslag til tiltak

Hendelse ID/Berørt	Hendelse	Tiltak	Økonomisk konsekvens	Forbedrer følgende forhold	Eier	Ansv.	Frist	Oppfølging/status
			Gradert 1-5					
1-Blodbank	Klarer ikke å understøtte resten av virksomheten med lokalisering på Ullevål med mulig pasientskade	1: Dobling av fremskutt lager (kombinasjon med 2) 2: Bedret logistikk 3: Flytte til Gaustad						
2-Føde, barsel	Manglende intervensjonsradiologtjeneste	1: Opprettholde intervensjonslaboratorium 2: Flytte fødeavdeling						
3-Barn inneliggende og barnemottak	Alvorlig syke barn utenifra transporteres til Gaustad. Forutsetning at det finnes en god transporttjeneste	1: Etablere utvidet sengepost for infeksjon på Gaustad						
4-Barn inneliggende og barnemottak	Oppstår behov for intensivbehandling	1: Tidlig transport, ekstra sengepost på Gaustad 2: Ha et akutttransportteam tilgjengelig (poliklinikk/dagbehandling) 3: Flytte barneverksamheten (akutt/døgn)						
5-Barn inneliggende og barnemottak	Manglende tilgjengelige tverrfaglige team	1: Flytte døgn og akutt 2: Faglig tilstedeværelse på dagtid (poliklinikk/dagbehandling)						
6-Radiologi og nukleærmedisin	Utstyr spredt over mange bygg/etasjer	1: Samle utstyret geografisk						
7-Radiologi og nukleærmedisin	Nedprioriterte utstyrsinvesteringer pga. redusert virk. Omfang	1: Flytte døgn og akutt 2: Prioritere utstyr på Ullevål området						
8-Alle kliniske enheter	Spredt virksomhet fører til risiko for hendelser	1: Samle virksomheten fysisk på Ullevål						
9-Nyfødtintensiv	Redusert kompetanse over tid	1: Rotasjon						
10-Onkologi inneliggende	Manglende tilgjengelige tverrfaglige team	1: Virtuelle møteplasser						
11-Alle enheter Ullevål	Klarer ikke å beholde personell i nedbyggingsperioden	1: Fokus på ledelse og forutsigbarhet 2: Rotasjon						
12-Alle enheter Ullevål	Mindre fagutviklingsaktivitet nært arbeidssted	1: God plan for den fysiske lokaliseringen av fagutviklingsaktivitet						

Tiltak nr	REF.	TILTAK	Økonomisk konsekvens[1-5]	FORBEDRER FØLGENDE FORHOLD	ANSV.	FRIST	OPPFØLGING/STATUS

Vedlegg 1. Kart over gjenværende enheter Ullevål



Risikoregister konseptfase videreutvikling Aker og Gaustad - dok nr NSA-0000-Z-RO-0001 Rev 04

PROSJEKT	ID	HENDELSE	BESKRIVELSE	REG. DATO	SANN- SYNLIGHET	KONSEKVENNS 1: (lav) 3: (med) 5:7:9 (høy)	RISIKO	PÅVIRKNINGS- GRAD	ENDRING	STATUS	TILTAK/Aksjoner	UTFØRTE TILTAK
O: A: G:	O A O	5 12 3	Pågående arbeid med utviklingsplaner kan innebære endringer i forutsetninger for fremskrivning av Aker og Gaustad. Tomteervert Aker ikke avklart Konflikt mellom verneinteresser og "ett" (funksjonelt) sykehus	22.02.2018 26.02.2018 22.02.2018	90 % 70 % 50 %	7 7 9	6,3 4,9 4,5	Lav Medium Medium	➡ ➡ ➡	Åpen Åpen Åpen	1. Konsekvens avklares når reviderte tall foreligger. Forventes foreligge endelig i slutten av juni. Eventuelle konsekvenser implementeres i steg 2 3. Prosjektorganisasjonen redegjør for arealkonsekvens av de ulike parametrene 1. Vurdering av økonomisk bæreevne for tomte kjøp. 2. Vurdere tilpasninger av løsninger som i mindre grad krever ervervelse av tomter. 1. Prosjektet må beskrive sykehusfunksjoner med behov for funksjonelle sammenhenger slik at sykehusbehovet kan vurderes mot vernebehov 2. Bruke konseptutviklingsfasen steg 1 til å sannsynliggjøre mulig bruk av vernebygg etter prinsippet "vern gjennom bruk" 3. Etablere kontaktmøter med planmyndigheter for fortløpende avklaring av muligheter.	2. Det søkes å utvikle robuste utbyggingsløsninger som kan ta opp i seg økt arealbehov
O	O	19	Omfanget av Etappe 1 utvides med Etappe 2 funksjoner	06.03.2018	50 %	9	4,5	Høy	➡	Åpen	1. OUS må gjennomføre risikovurdering av enheter som inngår i etappe 2. 2. Det må lages en plan for gjenværende drift på Ullevål etter etappe 1	1. Mulighetsstudiene viser så langt at det er mulig å etablere utbyggingsalternativer som også ivaretar vern. 2. Avholdt samordnet møte med Riksantikvaren og Byantikvaren den 02.05 med presentasjon av utbyggingsløsninger. Endrer ikke risikobildet med hensyn til konflikt mellom vern og utbygging. 3. Etablere ikke faste møter med byantikvar. Dialog føres via plan og bygg.
O	O	6	Oslo kommune fastsetter et planalternativ som ikke gir funksjonelt sykehus.	22.02.2018	50 %	7	3,5	Lav	➡	Åpen	1. Beskrive konsept og sykehusfunksjoner slik at nødvendige funksjons- og nærhetsbehov blir dokumentert og kan vurderes opp mot PBEs målsetting om byutvikling. 2. Initiere dialogmøte før fastsettelse av planprogram etter PBE etatsmøte.	1. Forslag til planprogram har vært ute til høring og ligger hos PBE til endelig fastsettelse. 2. PBE har fastsatt planprogram for Aker. 3. Gaustad skal behandles i etatsmøte 23.05 før videre dialog fra PBE
O	O	18	Samlet kostnadsestimat for gjennomføring av "Etappe 1" er vurdert for lavt	06.03.2018	50 %	7	3,5	Medium	➡	Åpen	1. Unngå endringer av prosjektmfang og holde fast på behovene som definert i prosjektmandatet for konseptfase Aker og Gaustad. 2. Kontroll av kostnadsestimat mot nøkkeltall.	1. Opplegg for økonomivurdering av utbyggingsalternativene er under utarbeidelse. Gjennomgang av driftsøkonomiøkonomi og risikovurdering planlagt til 08.05.18 2. Kostnadsvurdering utført som del av Steg 1 rapport. 3. Skape bevissthet til kostnader og gjennomføringstid under mulighetsstudier for utbyggingsalternativer.
G	G	20	Tomteervert Gaustad ikke avklart	04.06.2018	90 %	3	2,7	Medium		Åpen	1. Dialog med Oslo kommune.	
G	G	9	Ikke avklart beredskapsvei for akuttmottak	22.02.2018	50 %	5	2,5	Medium	➡	Åpen	1. Innarbeides i løsningskonsept 2. Avklares videre i planprosess. 3. Inngå dialog med veimyndigheter	
O	O	10	Statens vegvesen tillater ikke etablering av veiløsninger hensiktsmessig plassert i forhold til sykehusbehov	22.02.2018	50 %	5	2,5	Lav	➡	Åpen	1. Gå i dialog tidlig med SVV for å få hensiktsmessige løsninger. Utføres når skisser/alternativer er klare for drøfting. 2. Alternativene skiller ikke på veiløsning. Bearbeides videre inn i steg 2	
O	O	13	Prosjektgjennomføring med bokader og rekkefølgebehov er ikke kartlagt	26.02.2018	50 %	5	2,5	Høy	➡	Åpen	1. Rekkefølge for gjennomføring av prosjektene kartlegges grovt i planalternativsvurderingen med konsekvens for de ulike alternativene. 2. I skisseprosjektfasen må varianter studeres nærmere mht prosjektgjennomføring og parallell gjennomføring Aker/Gaustad. 3. Vurdere eventuelle midlertidige løsninger som frigjør arealer for ombygging.	
O	O	16	Besluttes konsept før regulering er gjennomført	26.02.2018	50 %	5	2,5	Medium	➡	Åpen	1. Hold dialog med PBE og gjennom dette forsøke å avklare forhold som kan være krevende mht til regulering.	1. Forslag til revidert planprogram etter høring oversendt PBE for endelig fastsettelse. Ikke grunnlag til å forvente store endringer.
O	O	2	Medvirkningsprosessen gir ikke tilstrekkelig input til konseptutvikling	22.02.2018	30 %	7	2,1	Høy	➡	Åpen	1. Gjennomføring av fokusgruppemøter pågår i henhold til etablert plan.	1. Organisering av medvirkning i fokusgrupper 2. OUS har etablert samhandlingsansvarlige og kliniske koordinatører for Aker og Gaustad. 3. Avklaringsmøte mellom SHB og OUS avholdt og forventninger og struktur for arbeid med O-IKT, O-TP og MTU er gått opp. 4. De fleste klinikker har nå etablert møterearea for fokusgruppemøter i sin klinikk for konsistens i innspill og for å sikre at alt vesentlig fanges opp.
G	G	21	Oslo kommune fastsetter planområde som går sør for Ring 3.	04.06.2018	70 %	3	2,1	Medium		Åpen	1. Kommuniserer til PBE at forslaget har konsekvenser for interessenter i planområdet. 2. Avklare eventuelle konsekvenser hvis planområdet opprettholdes av PBE.	
O	O	8	Stor motstand hos naboer	22.02.2018	50 %	3	1,5	Lav	➡	Åpen	1. God dialog med naboer og utlegging av informasjon.	1. Gjennomført høring av forslag til planprogram. Revidert forslag oversendt PBE. 2. Nabomøte avholdt for innspill/innsigelser til planprogram. 3. Nye nabomøter planlagt 29. og 30.05. (Aker utgår) 4. Gjennomføre ny naboinformasjon med presentasjon av utbyggingsalternativer i mai. Annonseres i midten av april.
O	O	11	Nye parkeringsbestemmelser tillater ikke etablering av parkeringsplasser.	22.02.2018	50 %	3	1,5	Lav	➡	Åpen	1. Beskrive virksomheten og vurdere parkeringsbehov knyttet til virksomheten og bruke dette i grunnlag for diskusjon med planmyndigheter. 2. Mimere avvikling av eksisterende parkeringsplasser ettersom erstattingsplasser betraktes som nye plasser.	
A	A	15	Manglende fleksibilitet i planlegging og utforming av Storbylegevakten.	26.02.2018	30 %	5	1,5	Medium	➡	Åpen	1. Kartlegge funksjonssammenhenger og nærhetsbehov 2. Regelmessige dialogmøter med Storbylegevakten	1. Dialogmøter med storbylegevakta er initiert og gjennomført i perioden. God prosess, men ulike faser gir ulike behov.
O	O	17	Økonomisk ramme for konseptfasen sprekker	06.03.2018	30 %	3	0,9	Høy	⬇	Åpen	1. Styring av arbeidsomfang til rådgivere, plan og prosjektering, med gode rapporteringsrutiner hvor kontroll av timeforbruk og prognoser for gjenstående arbeid gjennomgås.	1. Etablert interne rutiner for oppfølging av rapportering av økonomi, med endringer og fremdrift. 2. Rapportering etablert, prognoser oppdateres månedlig.
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					
							0					

Risikoregister - Konseptfase Aker og Gaustad

Identifiserte gjeldende usikkerheter: 17

Sannsynlighet	90 %	0	1	0	1	0
	70 %	0	1	0	1	0
	50 %	0	2	4	2	2
	30 %	0	1	1	1	0
	10 %	0	0	0	0	0
		1	3	5	7	9
Konsekvens/Virkning						

Topp 5 Risikoer												
PROSJEKT	ID	HEMDELSE	BESKRIVELSE	S	K	RISIKO	ENDRING	EIER	TILTAK/Aksjoner	FRIST	UTFØRTE TILTAK	
O: Felles A:Aker G:Gautstad												
O	5	Pågående arbeid med utviklingsplaner kan innebære endringer i forutsetninger for fremskriving av Aker og Gaustad.	I forbindelse med arbeidet med utviklingsplaner må forutsetninger for fremskriving og dimensjonering av Aker og Gaustad avstemmes. Omfatter dimensjoneringsparametere og endring av fremskriving fra 2015-2030 til 2017-2035. Dette vil kunne påvirke arealbehov og økonomiske rammer for prosjektene.	90 %	7	6,3		HSØv/SHB	1. Konsekvens avklares når reviderte tall foreligger. Forventes foreligge endelig i slutten av juni. Eventuelle konsekvenser implementeres i steg 2 3. Prosjektorganisasjonen redegjør for arealkonsekvens av de ulike parametere		2. Det søkes å utvikle robuste utbyggingsløsninger som kan ta opp i seg økt arealbehov	
A	12	Tomteervert Aker ikke avklart	Tomteervert må være gjennomført før arbeidet kan påbegynnes. Tomteanskaffelse på Aker antas være kapitalkrevende.	70 %	7	4,9		HSØv/SHB	1. Vurdering av økonomisk bæreevne for tomte kjøp. 2. Vurdere tilpasninger av løsninger som i mindre grad krever ervervelse av tomler.			
O	3	Konflikt mellom verneinteresser og "ett" (funksjonelt) sykehus	Riksantikvaren og Oslo kommune har egne særinteresser i forhold til bevaring av verneverdige bygning og landskap som kan hindre funksjonelt sykehus	50 %	9	4,5		HSØv/SHB	1. Prosjektet må beskrive sykehusfunksjoner med behov for funksjonelle sammenhenger slik at sykehusbehovet kan vurderes mot vernebehov 2. Bruke konseptutviklingsfasen steg 1 til å sannsynliggjøre mulig bruk av verne bygg etter prinsippet "vern gjennom bruk" 3. Etablere kontaktmøter med planmyndigheter for fortløpende avklaring av muligheter.		1. Mulighetsstudiene viser så langt at det er mulig å etablere utbyggingsalternativer som også ivaretar vern. 2. Avholdt samordnet møte med Riksantikvaren og Byantikvaren den 02.05 med presentasjon av utbyggingsløsninger. Endrer ikke risikobildet med hensyn til konflikt mellom vern og utbygging. 3. Etablere ikke faste møter med byantikvar. Dialog føres via plan og bygg.	
O	19	Omfanget av Etappe 1 utvides med Etappe 2 funksjoner	Det er bla gjennom medvirkningsprosessen registrert uenighet om etappeinndelingen og et ønske om å justere innholdet i etappe 1. Gir konsekvens for økonomi ift investeringsomfang.	50 %	9	4,5		HSØv/SHB	1. OUS må gjennomføre risikovurdering av enheter som inngår i etappe 2. 2. Det må lages en plan for gjenværende drift på Ullevål etter etappe 1		1. Egne fokusgrupper for gjenværende aktiviteter på Ullevål er etablert. 2. Risikovurdering under planlegging HSØ prosjektorganisasjon fasiliterer på vegne av OUS.	
O	6	Oslo kommune fastsetter et planalternativ som ikke gir funksjonelt sykehus.	Planalternativer prioriterer byutvikling og naboer foran funksjonelt sykehus. Planprogram er fastsatt for Aker.	50 %	7	3,5		HSØv/SHB	1. Beskrive konsept og sykehusfunksjoner slik at nødvendige funksjons- og nærhetsbehov blir dokumentert og kan vurderes opp mot PBEs målsetting om byutvikling. 2. Initiere dialogmøte for fastsettelse av planprogram etter PBE etatsmøte.		1. Forslag til planprogram har vært ute til høring og ligger hos PBE til endelig fastsettelse. 2. PBE har fastsatt planprogram for Aker. 3. Gaustad skal behandles i etatsmøte 23.05 for videre dialog fra PBE	

VEILEDENDE RETNINGSLINJE FOR FASTSETTELSE AV SANNSYNLIGHET:

Verdi:	% ved kalkulasjon	Beskrivelse
0,1	10 %	Hendelse er lite sannsynlig, men kan inntreffe
0,3	30 %	Det er mer sannsynlig at det ikke inntreffe enn at det inntreffer
0,5	50 %	Det er like sannsynlig at det kan inntreffe som om at det ikke inntreffer
0,7	70 %	Det er mer sannsynlig at det inntreffer enn at det ikke inntreffer
0,9	90 %	Det er svært sannsynlig at det kan inntreffe

VEILEDENDE RETNINGSLINJE FOR FASTSETTELSE AV KONSEKVENNS:

Konsekvens settes i verdiområde med odetall fra 1 til 9:

1: Liten konsekvens - konsekvensen er lav og påvirker i liten grad funksjonelt konsept eller kostnader

3: Middels konsekvens - håndterbar konsekvens som kan påvirke LCC og kvalitet, men som anses å kunne justeres i skisseprosjektet uten å påvirke kostnadsramme og/eller funksjonelt sykehus.

5: Høy konsekvens som påvirker funksjonalitet, kvalitet og har konsekvens for kostnadsrammen.

7: Høy konsekvens som i stor grad påvirker løsninger, funksjonalitet og måloppnåelse. Påvirker kostnadsrammen i stor grad.

9: Høy konsekvens som i vesentlig grad påvirker løsninger, funksjonalitet og hinder måloppnåelse og har meget stor påvirkning for kostnadsrammen.

VEILEDENDE RETNINGSLINJE FOR FASTSETTELSE PÅVIRKNINGSGRAD (TILTAK):

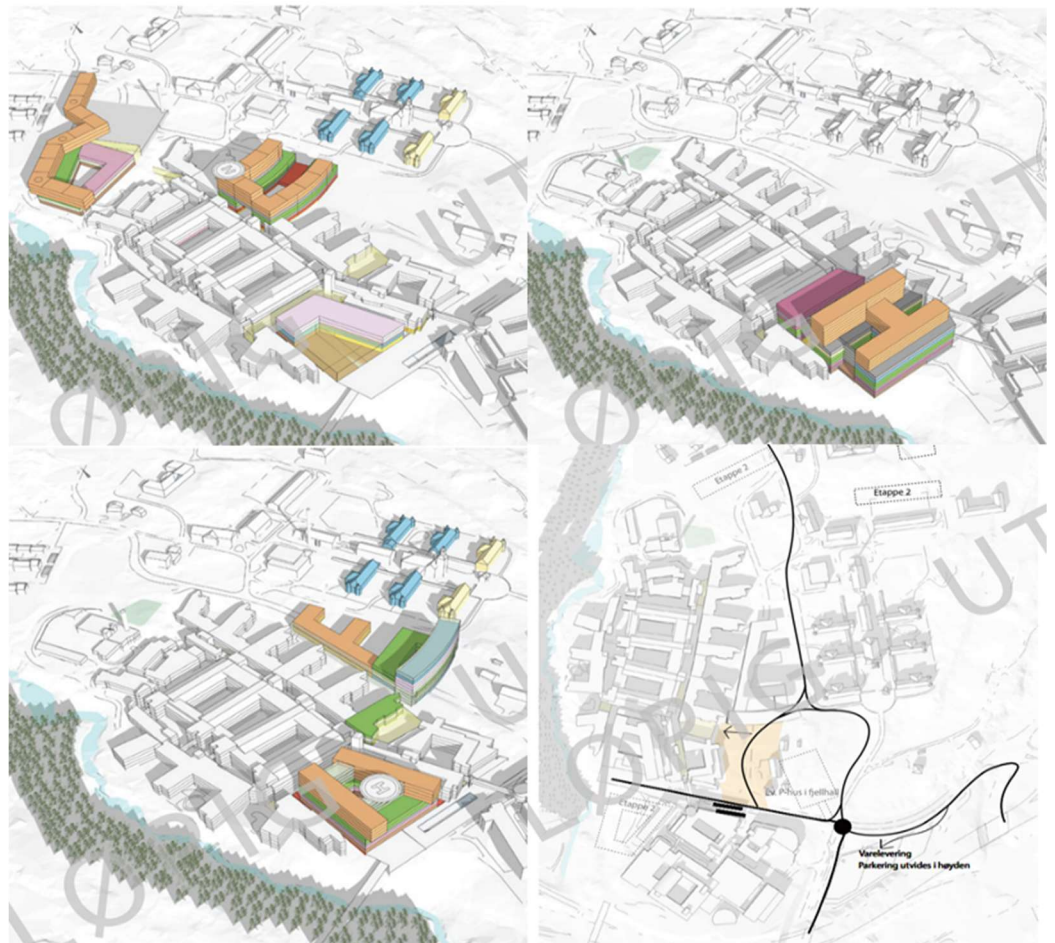
	HØY	SHB prosjekt organisasjon har stor påvirkning for å gjennomføre tiltak, samt at tiltakene er effektive (reduserer sansynlighet og/eller konsekvens).
	MEDIUM	SHB prosjekt organisasjon har i en hvis grad påvirkning på risiko, samt at effekten av tiltak vil kunne virke påvirke sansyligheten og/eller konsekvensen
	LAV	SHB prosjekt organisasjon har i liten grad mulighet til å påvirke risiko, samt begrenset effekten av eventuelle tiltak

virkning	kost	framdrift	omfang	kvalitet	behandlingsnivå
1	Håndteres innenfor budsjett til den enkelte kontrakt	Mindre justeringer innenfor den enkelte kontrakt som ikke påvirker andre	Mindre justeringer/tilpassninger som anses som naturlig prosjektutvikling/mengderegulering. Kostnadmessig håndtering innenfor uspesifisert i det enkelte kontraktsområdet.	Kvalitetsendringer/justeringer som hverken påvirker LCC bergninger og/eller SHA	Oppdragsgivers representant (OR)
3	Håndteres innenfor budsjett til den enkelte PS.	Mindre justeringer innenfor den enkelte kontrakt som kun påvirker andre kontrakter innenfor samme utbyggingsområde og som ikke påvirker kritisk linje.	Justeringer/tilpassninger som anses som naturlig prosjektutvikling, men som kan berøre flere entrepriser innenfor et område, men som kan håndteres økonomisk innenfor områdets uspesifiserte kostnader.	Kvalitetsendringer/justeringer som kan påvirke andre deler av leveransen innenfor et utbyggingsområde. Forhold som kan påvirke LCC og/eller SHA	Prosjektstjef
5	Forhold som har tverrfaglige konsekvenser og krever omdisponering av budsjettmidler mellom de ulike utbyggingsområdene eller finansiering fra prosjektdirektørens reserve, innenfor P50.	Forhold som påvirker flere entrepriser og/eller kritisk linje.	Endringer som krever beslutning av prosjektdirektøren (håndteres gjennom PSB) og som krever finansiering fra prosjektdirektørens reserver eller fra uspesifisert fra flere områder.	Kvalitetsendringer/justeringer som kan påvirke andre utbyggingsområder. Forhold som kan påvirke LCC og/eller SHA.	Prosjektdirektør
7	Forhold som krever behandling av styre.	Endringer i prosjektets milepælleleveranser/Masterplan	Forhold som krever behandling av styre.	Forhold som i vesentlig grad påvirker LCC og/eller SHA eller øvrige kvalitetsstandarder. Forhold som kan medføre betydelig risiko for stabil drift ved ibruktagelse. Forhold som kan gi kostnadmessige konsekvenser ut over godkjent kostnadsramme.	Prosjektstyre
9	Forhold som krever finansiering ut over godkjent ramme.	Endret leveringstidspunkt.	Endringer av omfang som krever finansiering ut over godkjent ramme	Forhold som i vesentlig grad påvirker LCC og/eller SHA eller øvrige kvalitetsstandarder gitt i bestillerdokument. Forhold som kan gi kostnadmessige konsekvenser ut over godkjent ramme.	Prosjektstyre

Videreutvikling Aker og Gaustad

Konseptfase Gaustad - Steg 1

Oslo universitetssykehus HF




Prosjekt:

Nytt sykehus på Gaustad

Tittel:

Videreutvikling Aker og Gaustad - Konseptfase Gaustad - Steg 1 Oslo Universitetssykehus HF

PG – prosjekteringsgruppen m/flere

01	For valg av utbyggingsløsning	16.05.18	PG*	PBB	DB	
Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent	
Kontraktør/leverandørs logo: 		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider:	
				00	Side 1 av 63	
Prosjekt:	Kontrakt nr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr.:	Rev.nr.:	Status:
NSG	0000	Z	RA	0002	01	G

INNHALDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	BAKGRUNN.....	6
2.1	Hensikt	6
2.2	Mandat for prosjektet.....	6
2.3	Mål	7
2.4	Alternativer som skal utredes.....	8
2.5	Prosjektorganisering.....	8
2.6	Arbeidsmetode og prosess	9
2.7	Samhandling	11
3	PLAN- OG PROGRAMGRUNNLAG	14
3.1	Hovedprogram.....	14
3.2	Planstatus og regulering.....	18
3.3	Tomt og område	20
4	MULIGHETSSTUDIER - FRA MANGE TIL FÅ ALTERNATIVER.....	23
4.1	Generelt.....	23
4.2	Første runde med mulighetsstudier	23
4.3	Siste runde med nedvalg til tre alternativer.....	24
5	PRESENTASJON AV ALTERNATIVE KONSEPTER.....	25
5.1	Eksisterende sykehus og funksjoner	25
5.2	Alternativ 1 «Sør».....	26
5.3	Alternativ 2 «Nord»	30
5.4	Alternativ 3: «Øst»	35
6	KALKYLE – ØKONOMISKE ANALYSER.....	39
6.1	Prosjektkostnad - sammenligning av tre alternativer.....	39
6.2	Usikkerhetsanalyse.....	41
6.3	LCC-analyser	41
6.4	Driftsøkonomiske vurderinger	41
7	EVALUERING MED DRØFTING OG ANBEFALING	43
7.1	Innledning.....	43
7.2	Kriterier og evalueringsmodell.....	43
7.3	Vurdering og rangering av alternativene	45
7.4	Rangering av alternativene, anbefaling	50
8	VEDLEGG	51

1 SAMMENDRAG

Formålet med konseptfasen for nytt sykehus på Gaustad er å utrede og fremskaffe et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det konseptet som best oppfyller målene innenfor de rammer som er fastsatt av Helse Sør-Øst RHF. Gjennomføringen av konseptfasen skal tilrettelegges slik at styret i Helse Sør-Øst RHF, i desember 2018, kan vedta et konsept som gir grunnlag for lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet, og som skal bearbeides videre i en forprosjektfase.

Prosjektmandatet ble godkjent av Helse Sør-Øst den 28.09.2017, og beskriver overordnede føringer og mål, hvilke alternativer som skal utredes, dimensjonerende forutsetninger, hovedaktiviteter og hvordan prosjektet skal organiseres og styres.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en egen prosjektorganisasjon med ressurser fra Sykehusbygg HF til å lede arbeidet. Det er etablert et tett og strukturert samvirke mellom Helse Sør-Øst RHF sin prosjektorganisasjon og Oslo universitetssykehus HF som omfatter alle ledd i de respektive organisasjoner.

Prosjekteringsgruppen for nytt sykehus på Gaustad ble kontrahert i januar 2018, og har stått for utarbeidelse av alternativvurderingene og tilhørende kostnadsanslag i steg 1 av konseptfasen. Arbeidet er utført i tett samarbeid med prosjektorganisasjonen og Rambøll som er engasjert som planrådgiver. For å sikre en god prosess med involvering fra brukere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten er det etablert en medvirkningsstruktur som har sikret medvirkning og forankring på flere nivåer.

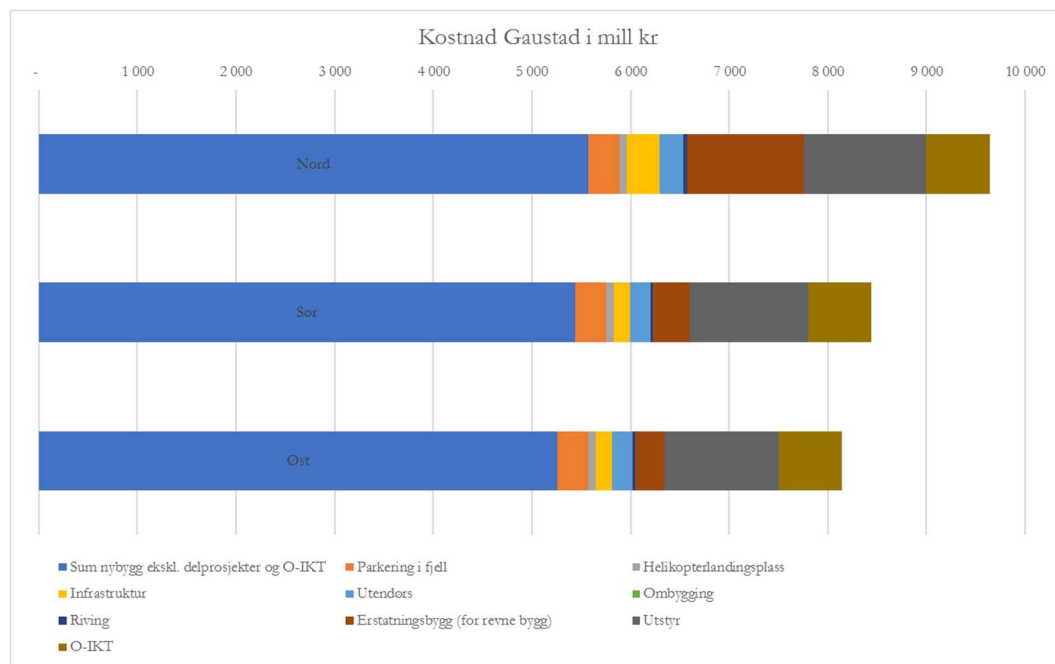
Basert på de forutsetninger som er lagt til grunn er det som basis for steg 1 lagt til grunn et utbyggingsbehov i etappe 1 tilsvarende ca. 80 000 m² (72 000 m² somatikk og 8 000 m² universitetsarealer). Det pågår en kvalitetssikring av grunnlaget og det kan derfor komme endringer i utbyggingsbehovet.

Arbeidet med planprogrammet er iverksatt og forslag til planprogram ble sendt på høring med frist 19.03.2018. Etter gjennomført høringsprosess ble revidert forslag til planprogram oversendt Oslo kommune, og planprogrammet forventes endelig fastsatt før sommeren 2018. Arbeidsformen i konseptfasens steg 1 har gått fra idémyndring med mange alternativer, gjennom en utvalgsprosess til å stå igjen med tre alternativer som inngår i sluttevalueringen:

- Alternativ Sør
- Alternativ Nord
- Alternativ Øst

Alternativene er i tråd med prosjektets mandat om å utrede tre alternativer; videreføring av anbefalt løsning fra idéfasen med somatikk i sør, somatikk i nord og annen løsning.

Det er utført kostnadsanslag basert på prosjektrengskap for nytt sykehus i Østfold, lokale vurderinger for Gaustad, generelt erfaringsmaterieell fra nyere sykehusprosjekter og norsk prisbok. Formålet med kostnadsanslaget er å identifisere eventuelle forskjeller mellom alternativene og eventuelle endringer sammenlignet med kostnadsestimater i prosjektets mandat (8,90 mrd. kroner, prisnivå 2017). Kostnadsanslag for universitetsarealer er ikke inkludert da det er forutsatt separat finansiering. Anslaget er oppsummert i figuren under.



Figur 1 Kostnadsanslag for de tre alternativene (tall mill. kroner, prisenivå 2018, ekskl. arealer til universitetet)

Det understrekes at det i denne tidlige fasen av prosjektutviklingen er betydelig usikkerhet i de kostnadsanslagene som er utarbeidet. Det vil i steg 2 utføres nye vurderinger av investeringsbehov og usikkerhetsanalyse.

Det er gjennomført en evaluering i en omfattende prosess med deltakelse fra arkitekt og rådgivere, representanter for Oslo universitetssykehus HF, finansavdelingen i Helse Sør-Øst RHF og prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF. Evalueringen har resultert i følgende:

HOVEDKRITERIE	Alternativ 1 Sør	Alternativ 2 Nord	Alternativ 3 Øst
Kvalitet i pasientbehandling	++	0	++
Godt og sikkert arbeidsmiljø	++	0	++
Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon	+	0	+
Tilrettelagt for etappevis utbygging	++	0	++
Andre samfunnseffekter	0	0	+
Gjennomføringsrisiko og tid	+	0	++
Økonomi - investering	8,4 mrd. kr.	9,6 mrd. kr.	8,2 mrd. kr.
Økonomi - drift	++	0	++

0: Likeverdig eller svakest, + noe bedre, ++ bedre, +++ mye bedre

Som det fremgår av tabellen scorer både Sør og Øst godt på både funksjonelle og økonomiske kriterier, og begge alternativene er vurdert til å ha lavere investeringskostnad og gjennomføringsrisiko enn nord. Både Sør og Øst legger godt til rette for en senere utbygging (etappe 2).

Alternativ Sør er i medvirkningsprosessene vurdert som det beste alternativ mht. å tilrettelegge for god funksjonalitet med korte avstander og kompakt bygningsmasse. Alternativ Sør innebærer et høyt bygg som gir usikkerhet knyttet til høyhusbestemmelser og regulering. Alternativet innebærer også riving av B1 og en massiv utbygging tett på eksisterende sykehus. Alternativ Øst er også vurdert til å ha god funksjonalitet, med mulighet for å differensiere døgn- og dagbehandling. Gjennomføringsrisikoen ved alternativ Øst vurderes som lavere grunnet lavere høyder og mer spredt bebyggelse. Alternativet innebærer bygging tett på den vernede bebyggelsen på Gaustad sykehus, hvilket kan innebære en reguleringsmessig risiko.

Slik situasjonen fremstår er det klart at både Sør og Øst kommer bedre ut enn Nord. Samtidig er det behov for å bearbeide Sør og Øst videre, og at det er kombinasjoner av de to som fremstår som den mest robuste løsningen. Det anbefales derfor at arbeidet videreføres til steg 2 med en kombinasjon av Sør og Øst der det søkes å optimalisere en løsning basert på de positive elementene i begge alternativene.

I det videre arbeidet vil det også være viktig å gjøre nærmere analyser av hvordan en skal sikre en helhetlig og god funksjonell sammenheng mellom dagens Rikshospital og nybygg på Gaustad. Funksjoner i nytt og gammelt bygg må sees i sammenheng, slik at arbeidet organiseres etter en helhetlig plan.

2 BAKGRUNN

2.1 Hensikt

Formålet med konseptfasen for nytt sykehus på Gaustad er å utrede og fremskaffe et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det konseptet som best oppfyller målene innenfor de rammer som er fastsatt av Helse Sør-Øst RHF. Gjennomføringen av konseptfasen skal tilrettelegges slik at styret i Helse Sør-Øst RHF, i desember 2018, kan vedta en konseptrapport som gir grunnlag for lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet, og som skal bearbeides videre i en forprosjektfase.

For gjennomføringen av konseptfasen har prosjektet tatt utgangspunkt i Veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter (2017) og delt gjennomføringsløpet i to steg. Det første steget, steg 1 (frem mot beslutningspunkt B3A), omfatter hovedprogram og utredning av alternativer hvor det skal tas stilling til hvilket alternativ som skal anbefales videreført for utdypning i steg 2. Utdypningen i steg 2 omfatter detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger som ender med konseptrapport og skisseprosjekt som resultat.

For alternativet som videreføres til steg 2 utarbeides det også en delrapport med detaljerte driftsøkonomiske analyser som del av vurdering av økonomisk bæreevne og -risiko. Disse vil også danne grunnlag for å etablere gevinstrealiseringsplaner. Dette arbeidet vil gjennomføres av prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF.

Denne rapporten omhandler og dokumenterer gjennomført steg 1 for nytt sykehus på Gaustad. Tilsvarende rapport er utarbeidet for nytt sykehus på Aker.

I følge revidert veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter (2017) skal konseptfasen bygge på en godkjent utviklingsplan og et styringsdokument/mandat for oppstart av konseptfase. Oslo universitetssykehus HF startet i 2012 en utredning for å se på fremtidig organisering og lokalisering av sykehuset. Prosjektet ble kalt Framtidens OUS, idéfase, og var å betrakte som en strategisk plan lik dagens utviklingsplaner. Konseptfasen for videreutvikling av Aker og Gaustad bygger på det målbildet som ble besluttet på grunnlag av idéfasen i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016.

Oslo universitetssykehus HF fikk i 2017 i oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF å utarbeide en utviklingsplan som innarbeider grunnlaget fra idéfasen og det nye målbildet. *Oslo universitetssykehus – Utviklingsplan 2035* ble godkjent av styret i OUS den 25. april 2018. Planen skal sørge for at underliggende planer støtter opp om det overordnede målbildet og viser retning for hvordan helseforetaket vil utvikle virksomheten for å møte framtidige behov for helsetjenester.

2.2 Mandat for prosjektet

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016 ble videreføring av planene for utvikling av Oslo universitetssykehus HF behandlet. Foretaksmøtet godkjente målbildet for Oslo universitetssykehus HF basert på styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF, behandlet 16. juni 2016. Dette innebærer at Oslo universitetssykehus HF utvikles som tre sykehus med en klar profil; et lokalsykehus på Aker, et samlet og komplett regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner på Gaustad og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

I styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF ble det lagt til grunn at det skulle arbeides videre med å avgrense og konkretisere innhold og løsning for et første utbyggingstrinn på Aker og Gaustad før det tas beslutning om oppstart konseptfase og videre fremdrift.

I styremøte den 15. juni 2017 i sak 072-2017, behandlet styret i Helse Sør-Øst RHF en samlet rapport hvor forslag til avgrensning og konkretisering av innhold og løsning for et første utbyggingstrinn på Aker og Gaustad ble lagt frem. Styret fattet følgende vedtak:

1. *Styret gir sin tilslutning til at arbeidet med utvikling av Oslo universitets-sykehus HF videreføres med oppstart konseptfase for Aker og Gaustad.*
2. *Styret forutsetter at det videre arbeid tilrettelegges med oppstart konseptfase ved årsskiftet 2017/18.*
3. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utarbeide mandat for konseptfasen for hhv. Aker og Gaustad.*
4. *Styret ber Oslo universitets-sykehus HF om å avsette nødvendige ressurser til medvirkning og forankring, utvikling av virksomhetsmodell, driftskonsepter og bemanning, samt planer for gevinstrealisering.*
5. *Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringsalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitets-sykehus HF's tomtearealer om risikobildet tilsier dette. Styret skal holdes orientert underveis i utredningen og spesielt knyttet til gjennomføringsrisiko.*
6. *Styret forutsetter at det ikke gjøres disponeringer mens utredningen pågår som kan hindre alternative løsninger i fremtiden.*
7. *Styret legger til grunn at konseptfasen for både Aker og Gaustad gjennomføres innenfor en samlet ramme på 100 MNOK inkl. mva. og at konseptfaserapportene for hhv. Aker og Gaustad legges frem for styret til godkjenning i desember 2018.*

I samsvar med punkt 3 i styrets vedtak er det utarbeidet et mandat for gjennomføring av konseptfasen for videreutvikling av Aker og Gaustad. Prosjektmandatet ble godkjent av Helse Sør-Øst den 28.09.2017, og beskriver overordnede føringer og mål, hvilke alternativer som skal utredes, dimensjonerende forutsetninger, hovedaktiviteter og hvordan prosjektet skal organiseres og styres.

2.3 Mål

I følge mandatet og med basis i idefaserapporten og etterfølgende styresaker i Helse Sør-Øst RHF skal følgende samfunns mål legges til grunn for konseptfasen:

«Utviklingen av Aker og Gaustad skal sammen med et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet sikre at Oslo universitets-sykehus HF gir et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehusstilbud til Oslos befolkning, samt at region-, lands- og universitetsfunksjoner ivaretas i henhold til forutsatte planer.

Videreutvikling av Aker og Gaustad skal tilpasses de føringer som fremkommer av Nasjonal helse- og sykehusplan og Helse Sør-Øst RHF sin strategi knyttet til utvikling av helsetjenester i et langsiktig perspektiv. De totale løsningene skal sikre at dimensjonering og driftskonsept, samt oppgave- og funksjonsfordelinger blir ivaretatt i dette fremtidige helseperspektivet.

Aker og Gaustad skal videreutvikles sammen med Universitet i Oslo som sentrale nasjonale arenaer for forskning, utdanning og innovasjon, integrert med pasientbehandlingen.»

I tillegg er det i mandatet definert en rekke effektmål for Oslo universitetssykehus HF, disse inngår som en del av evalueringskriteriene beskrevet i kapittel 7.

2.4 Alternativer som skal utredes

I henhold til mandatet skal det utredes 3 alternative utbyggingsløsninger for Gaustad:

- Alternativ 1: Videreføring av anbefalt løsning fra idéfasen med somatikk i syd
- Alternativ 2: Somatikk i nord
- Alternativ 3: Annen løsning

Et nullalternativ har vært utredet i forbindelse med alternativsutredningene i arbeidet med idéfasen. Det har derfor ikke vært aktuelt å gjøre dette i forbindelse med konseptfasen, ettersom målbilde og lokalisering er godkjent av foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016.

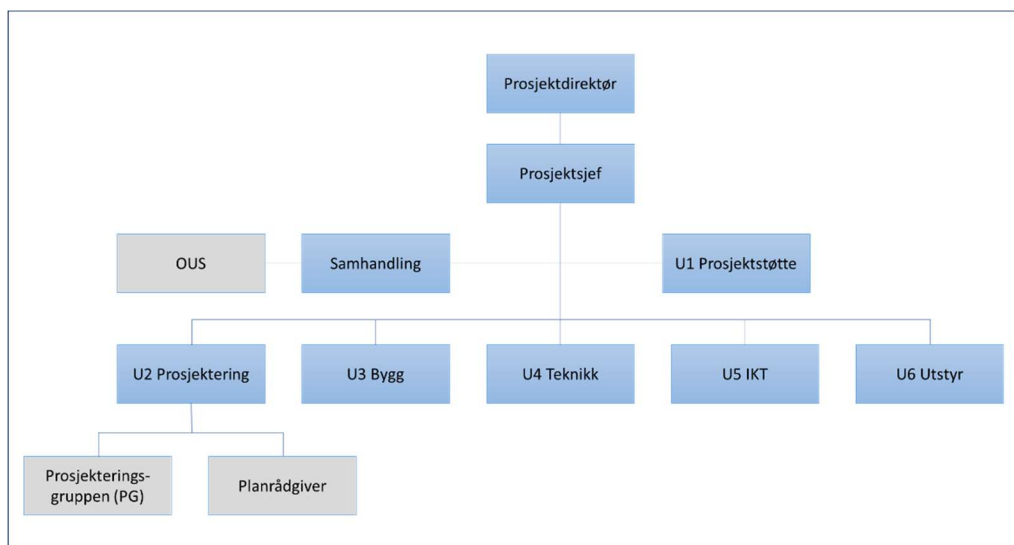
2.5 Prosjektorganisering

Helse Sør-Øst RHF har etablert en egen styringsgruppe for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF med representanter fra ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF, Kunnskapsdepartementet, Universitetet i Oslo og Oslo kommune. I tillegg deltar også representanter for de ansattes organisasjoner og brukerorganisasjonene, samt hovedverneombud ved Oslo universitetssykehus. Helse- og omsorgsdepartementet deltar som observatør. Styringsgruppen ledes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en egen prosjektorganisasjon med ressurser fra Sykehusbygg HF til å lede arbeidet. Prosjektleder rapporterer til styringsgruppen via administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

Konseptfasen for videreutvikling av Aker og Gaustad gjennomføres som ett prosjekt ledet av én prosjektleder som sørger for at prosesser og løsninger for de to lokasjonene på Aker og Gaustad samordnes.

Prosjektorganisasjonen for nytt sykehus på Gaustad er vist i figuren under.



Figur 2 Prosjektorganisasjonen for nytt sykehus på Gaustad

Prosjekteringsgruppen for nytt sykehus på Gaustad ble kontrahert i januar 2018, og har stått for utarbeidelse av alternativvurderingene og tilhørende kostnadsanslag i steg 1 av konseptfasen. Arbeidet er utført i tett samarbeid med prosjektorganisasjonen og Rambøll som er engasjert som planrådgiver.

Prosjekteringsgruppen består av:

- RATIO arkitekter som er kontraktspartner, og har med følgende underleverandører:
- Arkitema Architects
- Metier OEC-gruppen (økonomisk rådgiver)
- Sweco (teknisk rådgiver)
- AS Bygganalyse (rådgiver for utarbeidelse av kostnadskalkyler)

Oslo universitetssykehus HF har etablert et internt opplegg for medvirkning og oppfølging i konseptfasen slik at det sikres god forankring av løsninger og arbeid med utvikling av konsepter. Medvirkningsprosessen har involvert ansatte, brukere, ansattes organisasjoner og vernetjenesten slik at Helse Sør-Øst RHF sine prinsipper for medvirkning er ivaretatt.

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for å sikre nødvendig forankring av tiltak og løsninger mot brukere og ansatte i egen organisasjon. Helseforetaket har også et særskilt ansvar for å bidra ved vurderinger av driftsøkonomiske konsekvenser av alternative driftsmodeller i nytt bygg. Det er etablert egen samhandlingsstruktur som sikrer medvirkning fra Oslo universitetssykehus i utarbeidelsen av konseptrapporten. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 2.7.

2.6 Arbeidsmetode og prosess

Konseptfasen gjennomføres slik at det skal foreligge et tilstrekkelig grunnlag til å vedta videreføring av konseptfasen i møtet i styret i Helse Sør-Øst RHF i desember 2018, og arbeidet har tatt utgangspunkt i veilederen for tidligfasen i sykehusprosjekter. I steg 1 utvikles hovedprogram og tre alternative løsninger. Funksjonelle, driftsmessige, økonomiske og gjennomføringsmessige konsekvenser av alternativene skal belyses, herunder gjennomføringsrisiko. Steg 1

avsluttes ved at det alternativet som blir vurdert som det beste videreføres til steg 2 og skisseprosjekt.

Det er enkelte avvik mellom arbeidet med denne konseptfasen og nevnte veileder. Dette gjelder ferdigstilling av hovedprogram, utredning av et nullalternativ og driftsøkonomiske analyser. Det foreligger et utkast til hovedprogram, men dette programmet vil videreutvikles frem mot steg 2 bl.a. grunnet pågående kvalitetssikring (se kapittel 3.1.1). Et nullalternativ for fremtidens Oslo universitetssykehus ble utredet som en del av idéfasen, og nullalternativet vil, i tråd med prosjektets mandat, tas med som basis for beregning av driftsøkonomiske effekter. Det er som del av evalueringen i steg 1 gjort en kvalitativ vurdering av hvor godt alternativene er tilrettelagt for god driftsøkonomi og mest rasjonell bruk av ressurser (se kapittel 6.4). For alternativet som videreføres til steg 2 vil det, som beskrevet i prosjektets mandat, utarbeides mer detaljerte driftsøkonomiske analyser som del av beregning av økonomisk bæreevne.

Arbeidsformen i konseptfasens steg 1 har gått fra idémyldring med mange alternativer til tre alternativer som har inngått i en grundig evaluering. I den initiale fasen har det vært viktig å få frem alternativer som belyser ulike sider og muligheter. Antall alternativer/idéer som kom frem i denne fasen var 15 for Gaustad.

Som grunnlag for gjennomføring av idémyldring og mulighetsstudier har foreløpig funksjonsprogram blitt benyttet. Programmet gir nettoarealer for hovedfunksjoner på et nivå som setter prosjekteringsgruppen i stand til å bearbeide volumstudier for hovedfunksjoner, og lage skisser som grunnlag for vurdering av nærhetsbehov, funksjon og flyt. Basis for funksjonsprogrammet er analyser og framskrivninger utført våren 2017 og dokumentert i rapporten *Videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF* (versjon 2.0, 6.6.2017).

Nivået på funksjonsprogrammet som er benyttet i denne fasen har en ferdiggrad på ca. 40%. Det vil frem mot sommeren 2018 arbeides videre med funksjonsprogrammet, inklusiv oppdaterte fremskrivninger av kapasitet. Det er derfor lagt til grunn at volumene som benyttes for alternativene i steg 1 må ha nødvendig fleksibilitet i seg til å fange opp endringer i Steg 2.

Med dette grunnlaget har prosjekteringsgruppen gjennomført mulighetsstudier gjennom kreative interne arbeidsgrupper og lagt frem arbeidet i bredt sammensatt workshops med deltakelse fra Oslo universitetssykehus HF, prosjektorganisasjonen, planrådgiver og prosjekteringsgruppen. Hensikten med disse workshopene har vært drøfting med forbedring av aktuelle konsepter og utelukking av uaktuelle eller mindre aktuelle konsepter.

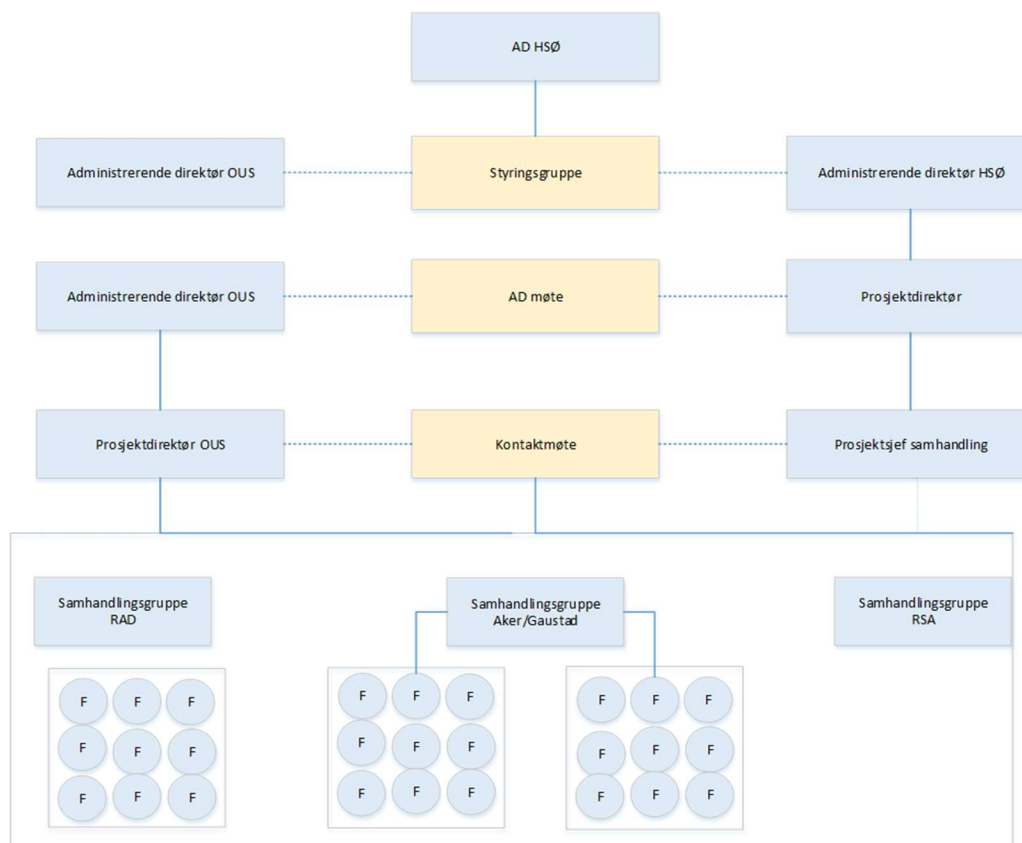
Resultatene fra workshopene har blitt brakt inn i samhandlingsstrukturen som beskrevet i kapittel 2.7, hvor bredt sammensatte fora fra Oslo universitetssykehus HF er gitt anledning til å gi innspill til de ulike konseptene.

Prosessen fra en innledende bred vurdering av mange idéer til 3 alternativer som grunnlag for en sluttevaluering, er beskrevet i kapittel 4.

De gjenstående 3 alternativene presenteres i kapittel 5. I kapittel 7 beskrives evalueringsmetode og kriterier som er lagt til grunn for evalueringen. Alternativene er evaluert innbyrdes mot hverandre. Ut fra en samlet vurdering fremkommer en rangering av alternativene. Det beste alternativet anbefales utdypet videre i konseptfasens steg 2 gjennom skisseprosjekt med tilhørende kalkyler og utredninger.

2.7 Samhandling

For å sikre en god prosess med involvering fra brukere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten er det etablert en medvirkningsstruktur som har sikret medvirkning og forankring på flere nivå, slik som vist i illustrasjonen under.



Figur 3: Samhandlingsstruktur for medvirkning Oslo universitetssykehus HF

Styringsgruppen er den overordnede beslutningsarena mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF.

AD-møtet er en overordnet beslutningsarena mellom Oslo universitetssykehus HF og prosjektorganisasjonen, hvor saker knyttet til prosjektgjennomføringen besluttes innenfor de fullmakter som er gitt til henholdsvis administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus HF og prosjektleder for prosjektorganisasjonen.

Kontaktmøtet er felles for alle byggeprosjektene ved OUS og skal følge opp definerte aktiviteter og oppgaver, og sikre at arbeidet gjennomføres som forutsatt.

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for at nødvendige avklaringer og beslutninger om innhold, omfang og organisering av virksomheten tas. Oslo universitetssykehus HF har videre ansvar for å sikre nødvendig forankring av tiltak og løsninger mot brukere og ansatte i egen organisasjon. Helseforetaket har et ansvar for avklaring av virksomheten og også et særskilt ansvar for å bidra ved vurderinger av driftsøkonomiske konsekvenser av alternative driftsmodeller i nytt bygg.

2.7.1 Fokusgrupper

Oslo universitetssykehus HF har hatt ansvar for å koordinere medvirkningen samt å sikre forankring hos brukere og ansatte i egen organisasjon. Dette er ivarettatt gjennom etablering av fokusgrupper som dekker følgende områder (G-Gaustad, F-Felles):

- G1/2 Medisin og kirurgi, lokal- og regionsfunksjoner, døgnplasser
- G3 Akutfunksjoner inkludert akuttmottak, traume, og beredskap
- G4 Poliklinikk og dagbehandling
- G5 Medisinsk service
- G6 Ikke-medisinsk service
- G7 Universitet, undervisning og forskning
- G8 Operasjon, intensiv, postoperativ og overvåking

- F1 Teknisk drift og sikkerhet (felles for Aker og Gaustad)
- F2 Logistikk (felles for Aker og Gaustad)
- F3 IKT, MTU og teknologi (MTU) (felles for Aker og Gaustad)

For å sikre og tydeliggjøre strategiske føringer for overgripende virksomheter har de to første av i alt fire møter, vært holdt sammen med respektive fokusgrupper for nytt sykehus på Aker. I tillegg er det etablert fokusgrupper for å sikre de gjenværende funksjoner på Ullevål som måtte bli berørt av flyttingen i etappe 1 til Aker og Gaustad. De overordnede temaene for de fire møteseriene har vært:

Møteserie 1:

- Introduksjon til arbeidet. Mandat for fokusgruppens arbeid
- Nærhetsbehov og funksjonssammenhenger

Møteserie 2:

- Planforutsetninger
- Nærhetsbehov og funksjonssammenhenger

Møteserie 3:

- Presentasjon av seks alternative konsepter (utbyggingsløsninger)
- Identifisering av styrker og svakheter ved konseptene

Møteserie 4:

- Innspill til evaluering av tre gjenværende konsepter

2.7.2 Samhandlingsgruppe

For å sikre koordinering og forankring på tvers av fokusgrupper og delfunksjoner er det etablert en samhandlingsgruppe som består av lederne for fokusgruppene, klinikklederne, samhandlingsansvarlig og klinisk prosjektkoordinator fra OUS, tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerrepresentanter, samt samhandlingsansvarlig for prosjektorganisasjonen.

2.7.3 Samhandling med Universitetet i Oslo, OsloMet og Sykehusapotekene

Det skal etableres forsknings- og undervisningsarealer i det nye sykehuset. Universitetet i Oslo har medvirket i prosessen og vært representert i styringsgruppen, samhandlingsgruppen og i funksjonsgrupper.

OsloMet og Sykehusapotekene deltar i arbeidet gjennom deltakelse i fokusgrupper.

2.7.4 Samhandling med Oslo kommune

Oslo kommune er en sentral samarbeidspartner i arbeidet med videreutvikling av OUS, og har flere grensesnitt mot helheten og de enkelte prosjekter som inngår i dette. Oslo kommune er representert i styringsgruppen for OUS-prosjektene. Det er viktig å ha god og tett dialog med kommunen på flere nivåer og i alle faser.

Det er igangsatt en offentlig planprosess for omregulering av tomten.

2.7.5 Dialog med Riksantikvaren

Det er etablert dialog med Riksantikvaren om utbyggingsplanene for både Aker og Gaustad etter styret i Helse Sør-Øst RHF sitt vedtak i sak 53-2016. Informasjon om status er lagt inn som fast punkt i det ordinære kontaktmøte mellom Riksantikvaren og sektoransvarlig for vern, og det er avholdt sær møter hvor også representanter fra ledelsen i Riksantikvaren og prosjektledelsen har deltatt.

Riksantikvaren har i e-post datert 07.12.17 anbefalt at PBE tar med et planalternativ som inkluderer mulig utvikling av et konsept med utbygging nord for dagens Rikshospital, inklusiv å legge til rette for at det etableres kontakt mellom Rikshospitalet og Gaustad og at det tilrettelegges for videre bruk av den historiske bygningsmassen på Gaustad.

Dialogen med Riksantikvaren videreføres inn i neste steg med formål om å finne løsninger som gir rom for utvikling av et godt funksjonelt sykehus, og som samtidig ivaretar verneinteressene på en god måte

3 PLAN- OG PROGRAMGRUNNLAG

3.1 Hovedprogram

Som en del av konseptfasen skal det utvikles et hovedprogram for nytt sykehus på Gaustad. Arbeidet er startet opp og foreløpig versjon (ca. 40%) er basis for arbeidet i steg 1. Hovedprogrammet vil bli oppdatert på grunnlag av innspill fra fokusgruppemøter, de utredninger som er utført i steg 1 og oppdaterte fremskrivninger som vil bli klart innen oppstart av steg 2.

Hovedprogrammet skal beskrive forutsetninger og føringer som gjelder for prosjektets konseptfase, og utarbeides i henhold til Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017). Programmet skal beskrive krav til bygg og infrastruktur og gir en anvisning til arkitekter og rådgivere om viktige prinsipper for utvikling av prosjektet i steg 2. Hovedprogrammet skal gi underlag for å utarbeide driftskonsept og investeringskalkyle. Hovedprogrammet består av fem deler.

- I Funksjon
- II Teknikk
- III Utstyr
- IV IKT-konsept
- V Rom og areal

3.1.1 Dimensjoneringsgrunnlag

De dimensjonerende forutsetninger som er underlag for steg 1 er beskrevet i rapporten «Videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF – Avklaring av videre arbeid med utbygging på Aker og Gaustad» (versjon 2.0 – 06.06.2017) I styremøte den 15. juni 2017 (sak 072-2017) behandlet styret i Helse Sør-Øst RHF rapporten og gav sin tilslutning til avgrensning og konkretisering av et første utbyggingstrinn på Aker og Gaustad.

Basis for styrets vedtak i sak 072-2017 er idéfaserapporten fra Oslo universitetssykehus HF og styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF. Her vedtok styret blant annet at «*Som ledd i utviklingen av et samlet regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner, overføres regionsfunksjoner inkludert multitraume og nødvendige lokalsykehusfunksjoner innen medisin og kirurgi fra Ullevål til Gaustad som første trinn i utviklingen av Gaustad.*».

Som planforutsetning er det i tråd med sak 072-2017 lagt til grunn at bydelene i Oslo med tilhørende lokalsykehusfunksjoner fordeles mellom Aker, Gaustad, Diakonhjemmet og Lovisenberg diakonale sykehus.

Som basis for fremskriving av aktivitet er det benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR) fra 2015 som er framskrevet til 2030. Det pågår en kvalitetssikring av grunnlaget ved at aktivitetstall fra 2017 framskrives til 2035 basert på oppdatert befolkningsprognose. Disse analysene vil foreligge i juni 2018. Dette kan bety justering av omfang av funksjoner som må inngå i etappe 1. Den nasjonale fremskrivningsmodellen for helsedata er benyttet.

Funksjonsarealet for Gaustad er beregnet med basis i at regionsfunksjoner innen indremedisin og kirurgi inklusiv multitraume flyttes fra Ullevål til Rikshospitalet. Videre er lokalsykehusfunksjoner for bydelene Bjerke, Sagene og Nordre Aker inkludert, eksklusiv pasientgrunnlaget innen

medikamentell kreftbehandling og strålebehandling som er forutsatt ivaretatt ved Radiumhospitalet på sikt. Funksjoner innen føde, barsel, gynekologi, barn og øye inngår ikke i analysen. Det er i arealene for etappe 1 ikke inkludert arealer knyttet til framskrivning av eksisterende virksomhet ved Rikshospitalet. Det er forutsatt utvidelse av nyfødintensiv-avdelingen ved Rikshospitalet.

Beregningen viser et foreløpig nettoareal på 34 200 m², som tilsvarer ca. 72 000 m² bruttoareal dersom det benyttes en omregningsfaktor på 2,1.

Universitetsarealer

I tråd med mandat for videreføring av Oslo universitetssykehus HF ble det våren 2017 gjennomført en arbeidsprosess mellom sykehuset og Universitetet i Oslo (UiO). Det ble i sum beregnet et behov for nettoareal på 3 810 m² for universitetsfunksjonene, hvilket tilsvarer et bruttoareal på 8 000 m² universitetsarealer som del av nytt sykehus på Gaustad.

Arealer i etappe 1

Basert på de forutsetninger som er lag til grunn er det avdekket et totalt utbyggingsbehov i etappe 1 tilsvarende ca. 80 000 m². Tabellen under viser funksjonsarealet som danner basis for utarbeidelse av utbyggingsalternativene.

Tabell 1 Arealoversikt etappe 1

Hovedfunksjon	Areal
Medisin og kirurgi, døgnplasser	8 620
Akutfunksjoner, operasjon, intensiv, postoperativ	9 470
Poliklinikk og dagbehandling	2 690
Medisinsk service	4 060
Ikke-medisinsk service	8 330
Undervisning og forskning (OUS-del)	1 050
Sum Gaustad ekskl. Universitetet i Oslo	34 210
Universitetet i Oslo	3 810
Samlet Gaustad (netto)	38 020
Samlet Gaustad (BTA, brutto/netto-faktor 2,1)	79 840

3.1.2 Funksjon

Det er nedenfor beskrevet enkelte foreløpige funksjonssammenhenger og programforutsetninger. Disse vil bli gjenstand for nærmere gjennomgang og eventuelle justering frem mot sommeren og i steg 2 til høsten.

Funksjonssammenhenger/programforutsetninger

Nytt sykehus på Gaustad skal ha en hovedinngang som ivaretar hovedvekten av pasienthenvendelser. Funksjonene bør plasseres på en slik måte at pasientmengden fordeles på en hensiktsmessig måte og funksjoner med størst pasienttrafikk bør plasseres nærmest hovedinngangen.

Mange av pasientene vil komme til planlagte (elektive) undersøkelser, konsultasjoner eller innleggelse via hovedinngangen. F.eks. kommer mange av pasientene til region-/landsdelen av sykehuset fra andre sykehus og er hastegradsavklart før ankomst. Fra hovedinngangen vil pasientene fordele seg til poliklinikk, dagbehandling, sengeområder, bildediagnostikk og operasjon. Det må være lett å orientere seg («god lesbarhet») fra hovedinngangen til de ulike undersøkelses- og behandlingsfunksjonene, og det må planlegges med god fremkommelighet. Pasienter som kommer som øyeblikkelig hjelp vil komme til ett akuttmottak. Det må tilrettelegges slik at adkomst for disse pasientene kan skje effektivt og samtidig være skjermet fra blant annet gående til hovedinngang.

Optimalisering av pasientflyt skal sikre at ventetiden blir minst mulig. Det skal planlegges for fellesarealer som sikrer en god fordeling av pasienter rundt i bygget.

Akuttmottak

Akuttmottaket skal ta imot alle akutte pasienter, uansett om de kommer med helikopter, ambulanse eller kommer på annen måte. Akuttmottaket skal dekke akuttfunksjoner og traume inkludert nødvendige støtte- og serviceareal og spesialrom. Konseptet skal sikre at alle pasienter tilbys en ensartet høy kvalitet, og at pasientflyt og logistikk innrettes etter standardiserte pasientforløp. Akuttmottaket skal fungere som en kompetanseenheter som skal sikre en rask og høyt spesialisert diagnostisering og behandling av akutte pasienter 24 timer i døgnet. Enkelte pasientforløp som er diagnostisert prehospital, for eksempel slag, vil kunne gå direkte til behandlingseenhet.

Sengeområder

Sengeområdene skal være standardiserte områder hvor alle sengerom er utført som ensengsrom med eget bad. Sengerommene skal invitere til aktivitet, rekreasjon og mestring for den inneliggende pasient, og det skal planlegges med gode og innbydende felles oppholdssoner i sengeområdene. Sengeområdene bør henge sammen dynamisk og samtidig kunne endres organisatorisk når kapasitetsbehovet for hver enkelt pasientenhet eller fagområde endres. Sengeområdene må utformes på en slik måte at det sikrer en effektiv ressursutnyttelse på kveld, natt og helg.

Poliklinikk og dagbehandling

Det legges til grunn flerfaglige poliklinikker.

Medisinske servicefunksjoner

Bilediagnostikk ønskes primært samlet i et behandlingsbygg med mulighet for cluster, for å sikre samhandling med akuttmottak, somatikk og poliklinikk både vertikalt og horisontalt. Laboratoriedriften (rutinelab.) må ha nærhet til pasientbehandlingen. Lokalisering av laboratoriedrift i et behandlingsbygg vil sikre drift nær akutt klinisk virksomhet. Det er en forutsetning for alle laboratorievirksomheter at det etableres et velegnet system for transport av prøver (f.eks. rørpost), men ikke for nært de mest tekniske og utstyrstunge arealene.

Kliniske servicefag som fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped, sosionomer og kliniske ernæringsfysiologer ønsker areal til pasientbehandling og dokumentasjon lokalisert nært den kliniske virksomheten.

Det foreligger virksomhetsavklaringer som skal legges til grunn. Disse omfatter steriltforsyning, logistikk, teknisk drift og sikkerhet, lab og legemiddel.

Operasjon, oppvåkning, intensiv og overvåkning

Det bør legges til rette for:

- Standardisering av operasjonsstuene (lik utforming og infrastruktur, men må kunne avvike i størrelse, utstyr og bruk).
- Egen pasientflyt for dagkirurgi som sikrer pasienter kort vei inn og ut av sykehuset
- Klart skille mellom akutte og elektive pasientforløp

Universitet

Det legges vekt på et nært samarbeid og samlokalisering med Universitetet i Oslo.

Universitetsarealene vil både være integrert i de kliniske områdene (i sengeområder, poliklinikk, operasjon, intensiv, bildediagnostikk etc.) og i eget forskningsbygg.

Logistikk og ikke medisinske servicefunksjoner

Arealene i nytt sykehus må utformes og disponeres slik at de i hele sin levetid:

- Sikrer effektiv drift av medisinske og ikke-medisinske funksjoner med tilgjengelige teknologiske løsninger ved oppstart
- Er tilstrekkelig fleksible til at bruken kan endres når nye behandlingsformer, ny teknologi eller nye krav og forutsetninger gjør det mulig eller nødvendig
- Legger til rette for at automatisering, teknologi og servicepersonell avlastet helsepersonell fra flest mulig ikke direkte pasientrettede oppgaver
- Har infrastruktur som gjør innvendige transportetapper for ulike formål mest mulig effektive (f.eks. rørpost, sug, AGV) og minst mulig forstyrrende for hverandre
- Muliggjør automatikk og tekniske løsninger når det gir mer sikker og effektiv drift enn manuelle operasjoner (f.eks. sug for avfall og skittentøy, AGV, droner for transport av blod og laboratorieprøver), inkludert nødvendig støtteareal f.eks. for avlastning og returvogner for AGV

Det legges til grunn at Helse Sør-Øst sitt forsyningscenter (FS) skal være regionens hovedlager som skal levere brukertilpassede forpakkingsstørrelser av medisinske, ikke-medisinske og sterile varer, sampakker og sørger for avdelingspakkelogistikk til helseforetakene.

Det nye sykehuset skal derfor bygges uten sentralt lager, men med et varemottak som håndterer alle leveranser til sykehuset, både fra FS, tekstiler, apotekvarer, matvarer m.m. for effektiv intern forsyning. Disse føringene krever at lokalt varemottak har tilstrekkelig kapasitet til å betjene kontinuerlig trafikk med store kjøretøy for daglige leveranser av rent og urent materiell i adskilte soner.

Nye transportkulverter må være brede og uten hindringer slik at der egnet for transport både med truck, AGV og manuelt. Heisene må ha tilsvarende kapasitet og må kunne styres/prioriteres til ulike formål (pasient i seng, gods, publikum osv.). Det bør settes av areal for mellomgring av returvarer (f.eks. medisinkasser, blodbankens isoporkasser etc.) i sentrale områder uten at de må stå i selve kulverten/korridoren.

3.1.3 Teknikk, utstyr, IKT-konsept

Det pågår et arbeid med å utvikle delprogrammer for teknikk, utstyr og IKT-konsept som sammen med funksjonsprogrammet skal inngå i et samlet hovedprogram. Hovedprogrammet

skal sammen med oppdatering av dimensjonering danne grunnlag for videre utdyping av det anbefalte alternativet i steg 2.

3.2 Planstatus og regulering

Utbyggingsbehovet som er definert i videreutvikling av Gaustad har et omfang som krever ny reguleringsplan, og i henhold til plan og bygningsloven, planprogram som grunnlag for planarbeidet. Planprogrammet skal gjøre rede for formålet med planarbeidet, planprosessen med frister og deltakere, opplegget for medvirkning, spesielt i forhold til grupper som antas å bli særlig berørt, hvilke alternativer som vil bli vurdert og behovet for utredninger.

Plansaken ble initiert med bestilling av oppstartsmøte hos plan- og bygningsetaten (PBE) den 20.03.2017, og møtet ble avholdt den 15.11.2017.

I oppstartsmøtet anbefalte PBE en sørlig utvikling, og var skeptisk til utvikling i nord begrunnet med forholdet til natur- og kulturminneverdier, byutvikling og kollektivdekning, og anbefalte kun et sørlig planalternativ. Gjennom dialog med PBE fikk Helse Sør-Øst RHF gjennomslag for også å fremme et planalternativ med en mer nordlig utvikling. Det nordlige planalternativet har blitt drøftet med Riksantikvaren som så positivt på en utvikling i nord hvor det fredede Gaustad sykehus blir ivaretatt. Dette samtidig som en utbygging i nord legger til rette for gjenbruk av den fredede bebyggelsen gjennom en tettere tilknytning til den nye virksomheten.

Arbeidet med planprogrammet ble iverksatt etter oppstartsmøtet, og forslag til planprogram ble sendt på høring i perioden 05.02.2018 til 19.03.2018. Etter gjennomført høringsprosess ble revidert forslag til planprogram oversendt PBE for endelig fastsettelse. Planprogrammet forventes endelig fastsatt i uke 22/23 ettersom PBE har en frist på 10 uker etter gjennomført høring for behandling og endelig fastsettelse av planprogrammet.

Som følge av uttalelser i høringsperioden og mulighetsstudier for utvikling av sykehuset som viser at det er mulig å få plass til både etappe 1 og etappe 2 på nordsiden av Ring 3, ble planprogrammet foreslått avgrenset nord for Ring 3. Dette vil redusere antall interessenter og redusere reguleringsrisikoen. Utfallet av dette forslaget er enda ikke kjent, og dialog med PBE om eventuell ny planavgrensning er initiert.

Planprogrammet slik det foreligger på dette tidspunkt har to planalternativer som skal utredes til et likeverdig nivå i det videre planarbeidet.

Gjennomgående temaer i begge planalternativene er

- Forbedrede forbindelser for myke trafikanter
- Bevaring av verneverdiene tilknyttet Gaustad sykehus
- Opparbeidelse og videreutvikling av park, torg og møteplasser



Figur 5: Planalternativ 1

Figur 4: Planalternativ 2

Planalternativ 1 åpner for tung utvikling tett på Rikshospitalets kjerne i nord og i sør, og har avsatt arealer for utvikling også nord for Gaustad sykehus på østsiden av Sognsvannsveien. I alternativet flyttes hovedinngangen til østsiden av Rikshospitalet, og åpner for noe utbygging her for å skape et velfungerende adkomstområde med ny hovedinngang. Forlengelse av trikkelinjen nordover mellom Rikshospitalet og Gaustad er foreslått for å betjene ny sykehusbebyggelse og skal utredes i det videre planarbeidet. Områdene i sør avsettes til fremtidig utvikling (etter etappe 1).

Planalternativ 2 er PBEs alternativ med hovedsakelig tung utbygging i sør langs Ring 3 på allerede bebygde arealer. Her er det illustrert en forbedret krysning av Ring 3 i form av lokk, noe som skal utredes i det videre planarbeidet. Arealer nord for Rikshospitalet er avsatt til fremtidig utvikling (etter etappe 1), og noe areal øst for Sognsvannsveien er avsatt til utviklingsområde med lavere tetthet.

Studier med mulig utvikling av arealene innenfor planalternativene er vist i kapittel 4.

3.3 Tomt og område

3.3.1 Landskap

Planområdet slik det foreligger i dag er på ca. 400 dekar og ligger i bydelene Nordre Aker og Vestre Aker. I vest grenser planområdet til Sognsvannsbekken, et viktig grøntområde som strekker seg fra marka mot byen. I nord avgrenses det av boligbebyggelse langs Sognsvannsveien, og i øst av Sogn haveby og bebyggelse langs Klaus Torgårds vei. I sør avgrenses området naturlig av Ring 3, med en kobling over Ringveien inn i deler av Forskningsparken. Dette er arealer som er foreslått tatt ut av planområdet.

Terrenget faller fra marka i nord mot fjorden og byen i sør. Rikshospitalet og Gaustad ligger på en forhøyning i landskapet med svært gode sol og utsiktsforhold. Dette er kvaliteter og egenskaper ved tomta som må utnyttes for å sikre kvalitet i nye uteområder i det nye byggeprogrammet.

Fra området helt i nord til området i sør ved Ring 3 er det 40 meter høydeforskjell på en strekning som er 700 meter. Langs planavgrensningen er det markante terrengfall spesielt i øst mot Sogn haveby men også i vest mot Sognsvannsbekken. Fra øst til vest er det ca. 550 meter. I midten av området er det tilnærmet flatt og lett å få til gode ganglinjer øst-vest i anlegget. Området ligger i overgangen mellom byen i sør og boligområder og marka lenger nord og er med sin plassering og størrelse et planområde som bør ta hensyn til nettopp denne overgangen.

Det finnes viktige ganglinjer nord-sør, øst-vest og diagonalt gjennom området i dag. Ganglinjene blir viktige «pulsårer» i et nytt anlegg og setter det i sammenheng med området omkring. Skal området fungere godt som overgangen mellom byen i sør og områdene i nord er det viktig at ganglinjene må bli attraktive og effektive.

Vegetasjonen i området preges av en blanding av gammelt kulturlandskap (frukttrær, bærbusker), plantede parktrær og verdifull edelløvtreskog (eikelund). Rundt Rikshospitalet er landskapet bearbeidet etter tidsmessige landskapsarkitekturprinsipper, med blanding av plen, busker, blomster, rododendron og solitærtrær.

Gaustad med sin arkitektur og hagebrukshistorie har preget og preger området i dag. De store alléene i anlegget er eksempler på «grønne kulturminner». Alléene og de tidligere park- og hagebruksområdene rundt bygningene kan fortsatt anes og oppleves og er en viktig del av dette nasjonale kulturminnet. Hvordan dette anlegget, bygninger og grøntanlegg, som helhet kan videreføres og brukes til glede for brukere (ansatte, pasienter, besøkende, studenter og naboer) på Rikshospitalet undersøkes i konseptfasen. Samme gjelder hvordan få til gode uterom i sykehusanlegget samtidig som det henger sammen med by og omgivelser, og hvordan forbindelser og oppholdssteder i og gjennom anlegget kan bli til glede for flest mulige. Dette vil bidra til å legge til rette for det byliv som er ønskelig i alle utviklingsprosjekter.



Figur 3: Hageanlegget på Gaustad

3.3.2 Trafikkforhold

Planområdet omfatter deler av Ring 3 som er hovedatkomstvei til sykehusområdet. ÅDT (årsdøgntrafikk) her er 60 000 kjøretøy. I sør har planområdet to atkomstveier, Klaus Torgårds vei og Gaustadalléen. Her er ÅDT henholdsvis 6200 og 1000. På Sognsvannsveien gjennom planområdet er det ÅDT ca. 2500.

Kapasiteten i det lokale vegnettet er dermed god, men det bør sees på tiltak for å fordele trafikken jevnere på Klaus Torgårds vei og Gaustadalléen. Dagens atkomst fra Ring 3 via Klaus Torgårds vei er spesielt sårbar på strekningen mellom Sognsvannsveiens start og krysset ved Gaustadalléen/Klaus Torgårds vei. En ulykke eller stenging av vei på dette strekket vil være svært utfordrende for atkomsten til sykehuset.

Kollektivdekningen i planområdet er god, med hyppige avganger av buss fra stoppene Domus Athletica (Linje 25, N18), Gaustad Ringveien (linje 23, 24, 260 og FB3) og Gaustad (linje N1). I tillegg er T-banestoppene Gaustad (Linje 1) og Forskningsparken (Linje 4 og 5) innenfor gangavstand. Rikshospitalet er endestasjon for trikkelinje 17 og 18, som også stopper på Gaustadalléen og Forskningsparken på vei mot sentrum. Dette gir godt utgangspunkt for høy andel kollektivbruk blant ansatte og besøkende.

Det er delvis opparbeidet gang- og sykkelveier i tilknytning til planområdets hovedveistruktur. Langs Sognsvannsveien er det gang- og sykkelvei gjennom mesteparten av planområdet. Langs Ring 3 er det hovedsykkelvei med separert gang- og sykkeltrasé på sørsiden av veien, som også krysser Ringveien. Denne krysningen er hovedfartsåre for gående og syklende fra Rikshospitalet mot Gaustad T-banestasjon og Forskningsparken. I tillegg er det undergang under Ring 3 langs Gaustadalléen og Torgny Segersteds vei. Langs Klaus Torgårds vei er det opparbeidet sykkelfelt i begge retninger fra rundkjøringen og øst for planområdet.

Dagens parkeringsdekning er 1023 plasser for ansatte og 373 plasser for besøkende, samt 59 HC/reserverte o.a. 961 av ansatteplassene ligger i parkeringshuset langs Klaus Torgårds vei, og

resten befinner seg ute rundt Gaustad sykehus og nord for Rikshospitalet. 256 av besøksplassene befinner seg i parkeringshuset, 32 ute og 85 er korttidsplasser under atkomsttorget.

3.3.3 Bygningsmiljø

Området preges av de store funksjonene sykehus, universitet og forskning, med mange arbeidsplasser og brukere. I sør-vest er Rikshospitalet, sammen med universitetets Domus Medica og Domus Odontologica lokalisert. Sentralt i området ligger Gaustad sykehus med sterke frednings- og verneverdier knyttet til både bygninger og utearealer.

I planområdet finnes det innslag av sykehusbebyggelse fra ulike tidsepoker. Gamle Gaustad sykehus inneholder bygg fra perioden mellom 1844 og 1990 hvor bebyggelsen ligger som frittliggende paviljonger. Rikshospitalet ble flyttet til området i år 2000, og representerer den moderne og sammenkoblede sykehusstrukturen fra nyere tid. Den bygningstekniske tilstanden til sykehusområdet er varierende. Rikshospitalets bebyggelse har god teknisk tilstand, mens Gaustad sykehus er i dårlig tilstand og preges av en kombinasjon av høy alder og stort vedlikeholdsetterslep.

4 MULIGHETSSTUDIER - FRA MANGE TIL FÅ ALTERNATIVER

4.1 Generelt

Arbeidsformen i konseptfasens steg 1 har gått fra idémyldring og mulighetsstudier med mange alternativer til å stå igjen med tre alternative utbyggingsløsninger som skal evalueres.

Initialt ble det jobbet med et bredt utvalg alternativer, der også konsepter med mindre grad av realisme ble vurdert, slik at oppgaven er blitt belyst på bredest mulig vis. Som grunnlag for gjennomføring av idémyldring og mulighetsstudier er foreløpig funksjonsprogram benyttet. Programmet gir netto- og bruttoarealer for hovedfunksjoner på et nivå som setter prosjekteringsgruppen i stand til å bearbeide volumstudier for hovedfunksjoner, og lage skisser som grunnlag for vurdering av nærhetsbehov, funksjon og flyt.

Det er videre lagt til grunn for idémyldringen at et videreutviklet sykehus på Gaustad skal fremstå som «ett sykehus» hvor det legges til rette for god integrering av felles funksjoner og organisering av effektiv drift med utgangspunkt i pasientens perspektiv. Dette er føringer som gjør at alternativer med isolerte behandlings- eller sengebygg nordøst på tomten eller øst for Gaustad sykehus blir lite relevante og derfor ikke vurdert i studiene.

På bakgrunn av dette har prosjekteringsgruppen gjennomført mulighetsstudier i kreative interne arbeidsgrupper og lagt frem arbeidet i bredt sammensatte workshops med deltakelse fra Oslo universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst sin prosjektorganisasjon, planrådgiver (Rambøll) og prosjekteringsgruppen (RATIO arkitekter m/flere). Hensikten med disse workshopene har vært drøfting med forbedring av aktuelle konsepter og utelukking av uaktuelle eller mindre aktuelle konsepter.

Resultatene og alternativene er presentert for de 11 fokusgruppene som er etablert i Oslo universitetssykehus samt for samhandlingsgruppen og ledermøtet for OUS. Gjennom nedvalgsprosessen og evalueringen av alternativene er det anbefalt ett alternativ som skal utdypes i skisseprosjekt i Steg 2. Denne prosessen beskrives nærmere i de etterfølgende kapitler.

4.2 Første runde med mulighetsstudier

Gjennom de første to workshopene ble 15 alternative løsninger fra mulighetsstudiene vurdert og redusert til seks alternativer som ble videre bearbeidet og vurdert i neste runde. Alternativene er kort beskrevet i vedlegg 1, sammen med vurderingen som er gjort om det respektive alternativet inkludert tilknytning planalternativene beskrevet i forslag til planprogram

Underveis i de innledende fasene av mulighetsstudiene har en del sentrale forhold blitt tydeligere og lagt inn som føringer for videre bearbeiding av alternativer. Dette gjelder blant annet:

- Rikshospitalet ble i sin tid forberedt for en fremtidig utvidelse med påbygg på sengeområdene. Bygging av sengebygg over eksisterende sengebygg vil bli kostbart, er vanskelig grunnet infrastruktur i eksisterende bygg og vil være krevende med sykehus i drift. Det er også innført nye krav til dimensjonering for seismiske påkjenninger ved prosjektering av bygg som betyr at de forberedte laster ikke er tilstrekkelig. Følgelig vil det være svært omfattende å foreta en påbygging på eksisterende bygg.

- Behovet for tilrettelegging for en fremtidig etappe 2 har blitt tydelig gjennom mulighetsstudiene ettersom et fremtidig nærhetsbehov må kunne ivaretas når etappe 2 skal gjennomføres. Dette legger føringer for plassering av nytt bygningsvolum etappe 1.

I tillegg er det en del andre viktige forhold som er forsøkt ivaretatt på en skånsom måte, men som må vurderes og bearbeides videre ettersom det vil være skjønnsmessige vurderinger som blir lagt til grunn for utforming og tilpasning til omgivelsene. Eksempel på slike forhold er:

- Tilpasning til nåværende bygningsmessig miljø. Rikshospitalet ble i sin tid utviklet horisontalt med lav bygningshøyde, i tråd med daværende sykehusarkitektur, for blant annet å holde bygningene lave og i harmoni med Gaustad sykehus. Rikshospitalet fremstår som et bygg i 3 til 4 etasjer mot omgivelsene. Gaustad sykehus har to etasjer.

I vedlegg 1 er de 15 initiale alternativene presentert.

4.3 Siste runde med nedvalg til tre alternativer

Etter de innledende rundene i mulighetsstudiene sto det igjen seks alternativer som ble bearbeidet, vurdert og grovt kostnadsvurdert. Innspill om styrker og svakheter til de enkelte alternativene ble innhentet gjennom en bred prosess hvor ansatte, brukere og ledelse fikk anledning til å bidra. Det vises til notat som beskriver prosess for medvirkning og evaluering av konseptvalg for Aker og Gaustad (dok. nr. NSG-8001-18-0014)

De seks alternativene er presentert i vedlegg 1.

Etter gjennomført nedvalgsprosess i bredt sammensatt workshop og samhandlingsprosess ble det pekt ut tre alternativer som ble videreført og ytterligere bearbeidet inn til evalueringsprosessen for valg av alternativ til videreføring. Alternativene var «Krone», «Høy vifte» og «Urban kobling». Alternativene representerer tre ulike løsninger for etappe 1, men vil bli mer like ved en full utbygging inkludert etappe 2 ettersom bebyggede områder i det ene forslaget blir tilsvarende ledige tomter i det andre. Ved full utbygging vil de fleste områder med krav til en viss grad av nærhetsbehov være utbygd.

Den videre bearbeiding av alternativene før evalueringen har blitt utført med bakgrunn i kommentarer fra medvirkningsprosessen, samt behovet for ivaretagelse av etappe 2 i tillegg til fokus på redusert omfang av riving for å redusere kostnader, erstatningsarealer, rokader og miljøbelastning.

Alternativene er gitt nye navn og har blitt samkjørt med Aker med hensyn til fargebruk for de ulike funksjonsområdene:

- 1C «Krone» bearbeides og kalles «Nord»
- 2A «Høy vifte» bearbeides og kalles «Sør»
- 3D «Urban kobling» bearbeides og kalles «Øst».

5 PRESENTASJON AV ALTERNATIVE KONSEPTER

5.1 Eksisterende sykehus og funksjoner



Figur 6 Bilde av eksisterende Rikshospital

Eksisterende Rikshospital sto ferdig i 1999 og var da et moderne sykehus med hensyn til utstyr, teknikk og behandling. En bygningsmessig karakteristikk for Rikshospitalet er generelle etasjehøyder på 3,6 meter utenom inngangsplanet og at glassgaten ligger én etasje under terrenget i øst. Dette sammen med en utpreget horisontal utbygging gjør at sykehuset fremstår som et relativt lavt hus i 3-4 etasjer selv om det inneholder tunge behandlingsfunksjoner sentralt med opp til 7-8 etasjer. Den generelle etasjehøyden på 3,6 meter ble valgt for å fungere på plan/sømløst med etasjene på Domus Medica (Preklinisk institutt) som allerede var bygget (sto ferdig i 1978).

Utfordringen med en etasjehøyde som er 1 til 1,5 meter lavere enn vanlig, ble løst ved en etasje til teknikk mellom radiologi- og operasjonsetasjene. Dette gir følgende vertikale planorganisering:

- Plan U Sterilsentral, sengevask, forsyning, garderobes mm.
- Plan 1 Innganger, glassgate og poliklinikker/dagbehandling
- Plan M Teknisk mellometasje/gangbar himling
- Plan 2 Radiologi, forskning og 1. etasje sengeområder (på terreng)
- Plan 3 Teknisk mellometasje med kontorer i randsonen og 2. etasje sengeområder
- Plan 4 Operasjon, 3. etasje sengeområder
- Plan 5 Teknikk

Denne planorganiseringen er, på dette stadiet av prosjektutviklingen, videreført i nybygg for å oppnå en god sammenkobling til dagens bygningsmasse. Fra og med plan 4 kan etasjehøyder økes slik at begrensningen på 3,6 meter kun berører plan 2 og 3. Planorganiseringen legger føringer for funksjonsfordelingen i alle alternativene.

Rikshospitalet har inngang lagt mot sørvest på en inngangsplass omkranset på tre sider av administrasjon, behandling og kvinne/barn-senter. Alle alternativene krever bygging på denne inngangsplassen og det er derfor foreslått en ny inngang øst for administrasjons-/undervisningsblokken (B-avsnittet) i alle alternativene. Her kan det lages en ny sørvendt inngangsplass i samspill med vernede og fredede bygg mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus. Dette grepet kan forsterke identiteten til Gaustads fredede bygninger integrert med det nye universitetssykehuset ved at disse kommer nærmere visuelt og fysisk via kulvert under bakken.

Størrelsen på plassen vurderes som stor nok til funksjoner som taxi, «kiss'n'ride», opptil 4 busser samtidig og generell romslighet tilpasset et stort sykehus.

De tre hovedalternativene som er valgt følger mandatets ønske om ett alternativ i sør, ett i nord og en annen løsning som beskrevet i innledende beskrivelse av mandatet i kapittel 2.4.

5.2 Alternativ 1 «Sør»



5.2.1 Tomt og landskap

Tomten sør for dagens Rikshospital består dels av den oppbygde inngangsplassen med p-hus under og en skål- eller amfiformet skråning mellom plassen og bekken med fall fra kote 115 til kote 105. Domus Medica ligger øst for skråningen med 2-3 etasjer, og dagens Rikshospital ligger i nord med 5-6 etasjes bygninger. Vest for bekken ligger et småhusområde med toetasjes boligbebyggelse.

Alternativet innebærer plassering i sør i den naturlige amfiformen i landskapet sør for den nåværende inngangsplassen. Terrenget utnyttes til å legge funksjoner i underetasjer med tilgang på dagslys og mulighet for at funksjoner på plan 1 får tilgang både til glassgaten i Rikshospitalet og utsikten og lyset i sør. Noen arealer i sør beholdes ubebygde for mulige bygg i en etappe 2.

Landskapet nord på tomten berøres ikke av utbygging i etappe 1 i dette alternativet. Avhengig av hvor tung utbygging som er akseptabel på nåværende inngangsplass kan utbygging i landskapsrommet mellom Gaustad sykehus og Rikshospitalet begrenses.

5.2.2 Arkitektur

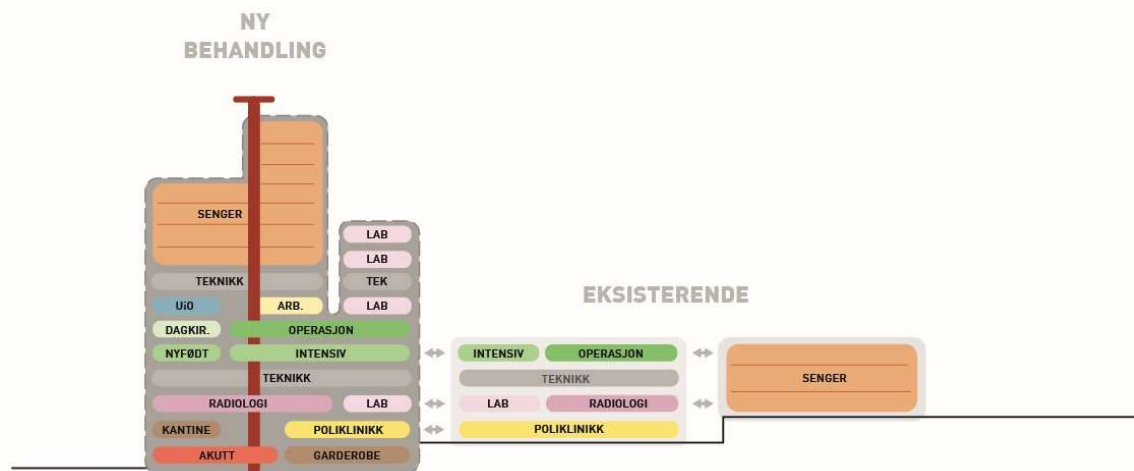
For å utnytte søralternativets potensial maksimalt, er nesten alle funksjoner i etappe 1 samlet i ett stort bygg på nåværende inngangsplass. Bygget består av tre lameller bundet sammen med korridorer som glassbroer for å slippe lys inn i gårdshagene mellom lamellene. Med et relativt lite fotavtrykk vil bygget nå 14-15 etasjer pluss helipad på toppen og utgjøre en ny bygningstypologi på Gaustad.

Byggets sørligste lamell vil lukke sikten fra Klaus Torgårds vei vestover fra dagens trikkeholdeplass, men adkomst fra trikk til marka kan opprettholdes mellom nybygg og pasienthotell.

Byggets profil vil bearbeides i en eventuell videre prosjektutvikling (skisseprosjekt). Høyden utnyttes til å bringe lys og utsikt til sengeområdene, samt gi bygget en klar identitet.



5.2.3 Funksjon



Alternativ Sør kjennetegnes ved at nær all utbygging legges samlet i ett høyt bygg, med nye behandlingsområder og sengearealer. En godt utbygd heiskapasitet vil kunne bidra til en funksjonell og effektiv flyt av både personer og varer. Alle ansatte, pasienter og pårørende vil følgelig også måtte bevege seg innenfor dette begrensede området. Behandlingsarealer i det eksisterende sykehuset bindes sammen med behandlingsarealer i det nye bygget via broforbindelser (samme etasje).

Akuttmottak med ambulanseinngang plasseres i underetasjen i bygget og forbindes med en akuttheis til alle akuttrelaterte funksjoner høyere i bygget, og avsluttes med helipad på taket. . Akuttheis dediseres til klarerte brukere slik at nødvendig bruk ikke hindres av annen transport. På planene under glassgatenivå (plan 1) ligger akuttmottak og ikke-medisinsk service med funksjoner som ikke er avhengig av dagslys. Planene over følger strukturen i eksisterende Rikshospital til og med plan 3, men utvikles med økte etasjehøyder f.o.m. plan 4. Over behandlingsetasjene ligger en teknisk mellometasje med sengeområder og laboratorier på toppen.

Laboratorier tilknyttet de kliniske avdelingene er lagt i en egen lamell knyttet tett sammen for sambruk og deling av fasiliteter.

Høybyggets vertikale organisering tilstreber at alle bevegelser i eksisterende og nytt bygg kan reduseres til høyst én lang horisontal og én vertikal bevegelse, eller bare vertikal eller horisontal transport.

Fokusgruppen for undervisning og forskning har klart uttrykt et behov for både klinikknære arealer og et eget forskningsbygg i nærheten av Domus Medica. Ingen av de presenterte skissene har vist dette. I steg 2 vil derfor skissene for valgt alternativ justeres.

5.2.4 Teknikk, miljø og energi

Alternativ Sør gjenbruker eksisterende tekniske sentral for eksisterende bygningsmasse.

Ny teknisk sentral for termisk energi, nødstrøm og medisinske gasser etc. må etableres for å dekke behovet til ny bebyggelse. Den plasseres i sør mot Ring 3 og influerer ikke på eksisterende

teknisk infrastruktur. Den kan imidlertid dimensjoneres opp for å forsyne også eksisterende byggs behov og øke forsyningssikkerheten for sykehuset som helhet.

Sentrale VVS-, elektro- og IKT-tekniske rom samles på kjellernivå. Nettstasjoner plasseres fortrinnsvis på bakkeplan mot fasade. Tekniske mellometasjer og/eller tekniske rom på tak kan bli aktuelt for luftbehandling og andre tekniske anlegg. For øvrig må det etableres kommunikasjonsrom og rom for el-underfordelinger i etasjene.

Det legges vekt på rasjonelle spenn, moduler og gjentakelser for å holde kostnader og byggetid nede, samt sikre generalitet, fleksibilitet og elastisitet i bygningsmassen.

Det legges vekt på å velge byggematerialer med lav miljøbelastning – fra produksjon til riving.

Det må påregnes tilknytningsplikt til fjernvarmeanlegg, da området nå ligger innenfor konsesjonsgrensen for fjernvarme. Dette utredes nærmere i steg 2 for valgt alternativ.

5.2.5 Planprogram og regulering

Alternativet følger planforslag 2 som også ligger nær opp til Plan- og bygningsetatens foretrukne plan som legger til grunn tung utbygging nær Ring 3 og lettere utbygging nord på tomten.



5.2.6 Utvidelsespotensiale

Alternativet kan utvides med arealer sør på området som en naturlig fortsettelse av etappe 1. Andre avdelinger/funksjoner kan utvikles i nord og nordøst uten at eksisterende teknisk sentral må rives. Mulig plassering av bygg for en senere etappe er vist i grått i skissen under.



Verdien av eikelund og hager nord for Gaustad sykehus må vurderes opp mot utbyggingspotensial.

5.2.7 Gjennomføringsrisiko

Alternativet krever riving av vestre del av Rikshospitalets B-avsnitt med undervisnings-, laboratorie- og administrasjonsfunksjoner, blant annet nukleærmedisin, samt nærparkeringshuset under inngangsplassen. Ved plassering av disse funksjonene i et første byggetrinn i øst sammen med ny inngangsplass vil etappe 1 bygges fasevis i to byggetrinn.

Med begrenset fotavtrykk og gjentakelser i mange etasjer kan prosjektet utvikles med stor grad av forutsigbarhet. For å oppnå optimal fremdrift må noen funksjoner flyttes til midlertidige lokaler (gjelder administrasjon, nukleærmedisin og undervisning) i påvente av permanente erstatningsbygg.

5.3 Alternativ 2 «Nord»



5.3.1 Tomt og landskap

Den nordlige delen av tomten stiger bratt fra ca. kote 120 til ca. kote 135, dvs. 3-4 sykehusetasjer. Rett nord for tomten ligger et småhusområde med rekkehus i 2 etasjer. På området ligger dagens tekniske sentral, samt en eikelund med vernet fornminne i form av en gammel skålgrop. Dagens inngangsplass er et kunstig landskap fra utbyggingen av dagens Rikshospital med nærparkering under. Mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus ligger et relativt flatt parkområde med spredte trær tilknyttet Gaustad sykehus.

Alternativ Nord legges med tyngdepunkt av nye bygninger nord på tomten, der bakkenivået korresponderer med behandlingsetasjen på plan 4 i eksisterende Rikshospital. Tomten i sør skjermes mot tung utbygging utenfor dagens inngangsplass, der det etableres arealer blant annet til forskning. Med etablering av behandlingsbygg i øst innebærer dette alternativet at funksjonene spres på flere steder.

Eikelunden bygges ned og skålgropen må registreres og dokumenteres før eventuell nedbygging.

5.3.2 Arkitektur

Nybygget fordeles på tre steder; nord, øst og sør. I nord legges en behandlingsblokk med en vestibyle i forkant som binder nybygget til eksisterende Rikshospitals glassgate. Over denne blokken legges sengeområder som en lang buktende form for å bryte ned dimensjonene. Bygget blir totalt 5-6 etasjer høyt mot naboene i nord, og sengefløyen vil avslutte bygningene i nordenden.

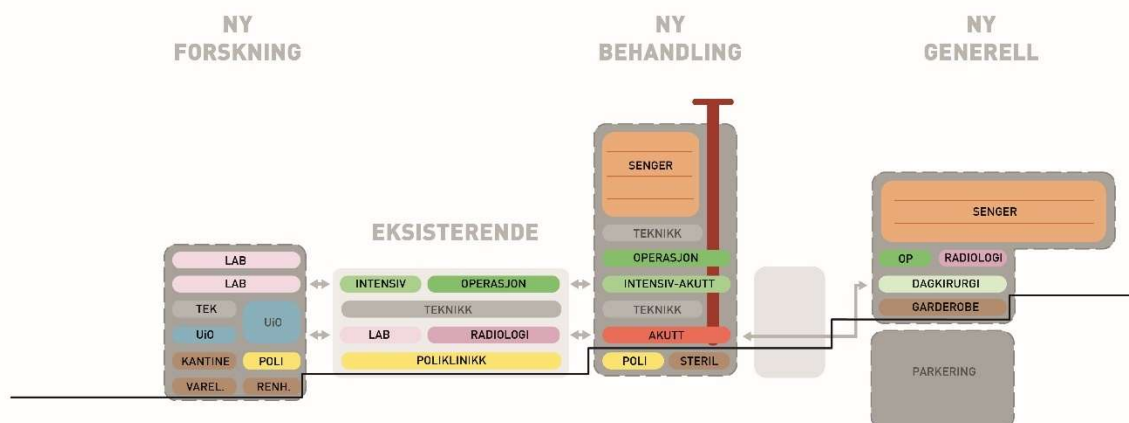
På østsiden av behandlingsblokken legges en inngangsplass dimensjonert for busser og annen trafikk, med ny teknisk sentral og parkeringshus under.

I øst rives to av sengefløyene for å gi plass til en tung behandlingsblokk. På plan 2, eksisterende parknivå, legges ambulanseinngang og akuttfunksjoner, med behandlingsfunksjoner og sengeområder over. Denne blokken vil bli 7-9 etasjer høy, og vil bli et bygningsmessig og funksjonelt tyngdepunkt i anlegget, med helipad på taket og ambulansetrafikk på bakkeplan.

I sør bygges eksisterende inngangsplass ned med deler av behandlingen i høyde om lag lik dagens Rikshospital.



5.3.3 Funksjon



Alternativet kjennetegnes ved at akuttmottaket plasseres sentralt i det nye sykehuset. Dette åpner for en lett adkomst fra akuttmottak til de fleste behandlingsområder og sengeområder. Mange pasienter som ankommer sykehuset via akuttmottak, vil bli ledet inn i definerte pasientsløyfer etter å ha gått gjennom akuttmottaket. En sentral plassering av akuttmottaket kan forenkle dette.

Akuttmottaket er plassert i et kombinert behandlings- og sengepostbygg øst for eksisterende sykehus. Pasientene som kommer inn via akuttmottak og trenger akutt behandling, vil enten få dette i samme bygg – eller de vil sluses inn til behandlingsområdet i eksisterende sykehusbygg som ligger like ved.

I den nordre delen av sykehuset er det lagt inn et mindre behandlingsareal (dagkirurgi) og et større sengepostareal. Dagkirurgi krever minimalt med sengepostareal, og pasientene i sengepostarealene vil måtte benytte behandlingsareal enten i det eksisterende sykehuset eller i det nye bygget i øst hvor akuttmottak blir lokalisert.

I alternativ Nord blir også adkomsttorget bygget ut til både laboratorier og universitetsfunksjoner, mens ny pasientbehandling legges til den andre enden av sykehuset.

Den nordre delen av sykehuset ligger høyere i terreng enn eksisterende sykehus. Dette vil medføre behov for trapper/heiser for å komme opp til ønsket nivå.

Fokusgruppen for undervisning og forskning har klart uttrykt et behov for både klinikknære arealer og et eget forskningsbygg i nærheten av Domus Medica. Ingen av de presenterte skissene har vist dette. I steg 2 vil derfor skissene for valgt alternativ justeres.

5.3.4 Teknikk, miljø og energi

I alternativ Nord må eksisterende teknisk sentral rives for å få plass på tomten. Ny teknisk sentral foreslås lagt under ny inngangsplass med åpen front mot syd. På den måten bidrar sentralen til å ta opp den store høydeforskjellen på denne delen av tomten og skaper en horisontal plass.

Ny teknisk sentral for termisk energi, nødstrøm og medisinske gasser etc. vil måtte dekke behovet både til eksisterende og ny bebyggelse. For å betjene både nybygg og eksisterende bygningsmasse, legges en ny teknisk kulvert i øst som binder nybygg sammen utenfor eksisterende sengeområder.

Komplett ny teknisk sentral øker investeringskostnaden, men vil kunne gi noe redusert kostnad på fremtidig drift.

Sentrale VVS-, elektro- og IKT-tekniske rom samles på kjellernivå. Nettstasjoner plasseres fortrinnsvis på bakkeplan mot fasade. Tekniske mellometasjer og/eller tekniske rom på tak kan bli aktuelt for luftbehandling og andre tekniske anlegg. For øvrig må det etableres rom for kommunikasjon og el-underfordelinger i etasjene.

Det vil legges vekt på rasjonelle spenn, moduler og gjentakelser for å holde kostnader og byggetid nede, samt i hensiktsmessig grad ivareta behov for generalitet, fleksibilitet og elastisitet.

Det legges vekt på å velge byggematerialer med lav miljøbelastning – fra produksjon til riving.

5.3.5 Planprogram og regulering

Alternativet passer til planprogram alternativ 1 med bygningsmessig tyngdepunkt i nord, ny inngang i øst og noe utbygging på inngangsplassen i sør. Planforslaget gir mindre utbygging i sør enn opprinnelig planforslag fra Plan- og bygningsetaten.



5.3.6 Utvidelsespotensiale



Alternativet gir utvidelsesmuligheter i en eventuell etappe 2 i sør, øst og nordøst.

Med behandlingsbygg sentralt i øst kan senere større byggetrinn plasseres i umiddelbar nærhet, dvs. i parkdraget i øst.

Tomteareal i sør, vest for Domus Medica nær Ring 3, er likeså godt egnet til et stort senere bygningsavsnitt. På lengre sikt kan vestre del av Domus Medica vurderes som et supplerende tomteareal i samarbeid med UiO.

I nordøst vil det være naturlig å plassere avdelinger som ikke trenger umiddelbar nærhet til eksisterende sykehus eller avdelinger i etappe 1, men som vil kunne ha nytte av geografisk samling på Gaustad.

5.3.7 Gjennomføringsrisiko

Forslaget innebærer den mest omfattende nybygg-flytting-riving-prosessen av alternativene, og krever omlegging av teknisk infrastruktur, byggeplass på tre steder og etappevis utbygging.

Prosjektet må starte med å etablere ny teknisk sentral. Etter omkobling til denne kan eksisterende teknisk sentral rives og hovedutbygging i nord inklusiv parkering, inngangsplass, behandling og sengeområder kan gjennomføres. Parallelt kan ny inngangsplass mot øst ved B-avsnittet etableres. Ved ferdigstilling i nord kan to «fingre» i eksisterende sengeområder rives og akuttbygget kan etableres parallelt med bygging av behandlingsbygg på eksisterende inngangsplass.

5.4 Alternativ 3: «Øst»



5.4.1 Tomt og landskap

I dette alternativet benyttes parken øst for Rikshospitalet på ca. kote 120 samt dagens inngangsplass. Parken er relativt flat og egner seg som utbyggingsområde, men utfordrer nærheten til Gaustad. Dagens inngangsplass er en konstruksjon med nærparkering under.

Terrengets høyde mellom Rikshospitalet og Gaustad sykehus kan utnyttes til kulvertforbindelse mellom nye og gamle bygninger og dermed bidra til bruk av Gaustad sykehus. Kulvertene kan utvikles på plan 1 i Rikshospitalet og uten å synes i parkdraget som omkranser Gaustad.

Utbygging på inngangsplassen følger samme mønster som alternativ Sør ved å utnytte terrengets skråning og bringe lys inn i underetasjene under glassgatenivå, men holdes nord for forlengelsen av Klaus Torgårds vei og opprettholder siktlinjen mot vest og marka.

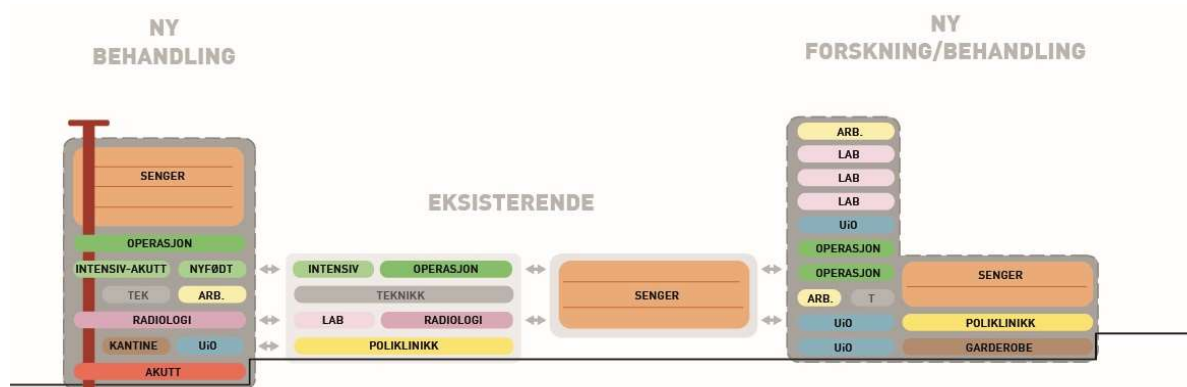


5.4.2 Arkitektur

I dette alternativet fordeles bygningsmassen i sør og øst slik at bygningshøyden dempes sammenlignet med alternativ Sør. Alternativet innebærer noe mindre riving enn Sør ved at vestre del av Rikshospitalets B-avsnitt beholdes. Søndre «finger» i eksisterende sengeområde med senger og akuttmottak må rives og erstattes.

Ny hovedinngang etableres i øst mellom B- og C-avsnittet. Bygningsmassen bli mindre dominerende i landskapet og trappes samtidig ned mot Gaustad og danner en forbindelse mellom Gaustad og Rikshospitalet. En fysisk forbindelse kan legges under bakken mens bygningene utformes slik at Gaustad sykehus med sin tårnbygning og spir ikke mister sin posisjon som naturlig «førsteplass» i hierarkiet på Gaustad.

5.4.3 Funksjon



Alternativ Øst kjennetegnes med at behandlingsområdene fordeles til to bygg – ett i sør og ett i øst. Behandling til inneliggende pasienter og tyngre pasientbehandling legges til bygget i sør, mens dagkirurgi og poliklinisk behandling legges til bygget i øst. Akuttmottak med ambulanseinngang plasseres i underetasjen i bygget i syd og forbindes med en akuttheis til alle akuttrelaterte funksjoner høyere i bygget, og avsluttes med helipad på taket. Akuttheis dediseres til klarerte brukere slik at nødvendig bruk ikke hindres av annen transport.

Pasienter til dagkirurgi og poliklinisk behandling vil kunne gå direkte fra hovedinngang til behandlingsområdet. Sengeområder plasseres på toppen av sørbygget og nord for østbygget.

Laboratorier legges til sørblokken slik at de ligger tett på de kliniske avdelingene og sentralt i forhold til eksisterende forsknings- og undervisningsarealer.

Behandlingsarealer i det eksisterende sykehuset bindes sammen med behandlingsarealer i det nye bygget i sør via broforbindelser (samme etasje).

Fokusgruppen for undervisning og forskning har klart uttrykt et behov for både klinikknære arealer og et eget forskningsbygg i nærheten av Domus Medica. Ingen av de presenterte skissene har vist dette. I steg 2 vil derfor skissene for valgt alternativ justeres.

5.4.4 Teknikk, miljø og energi

Alternativ Øst gjenbruker eksisterende tekniske sentral for eksisterende bygningsmasse.

Ny teknisk sentral for termisk energi, nødstrøm og medisinske gasser må etableres for å dekke behovet til ny bebyggelse. Den plasseres i sør mot Ring 3 og influerer ikke på eksisterende teknisk infrastruktur. Den kan imidlertid dimensjoneres opp, eller forberedes for utvidelse til å forsyne også eksisterende byggs behov og øke forsyningsikkerheten for sykehuset som helhet.

Sentrale VVS-, elektro- og IKT-tekniske rom samles på kjellernivå. Nettstasjoner plasseres fortrinnsvis på bakkeplan mot fasade. Tekniske mellometasjer og/eller tekniske rom på tak kan bli aktuelt for luftbehandling og andre tekniske anlegg. For øvrig må det etableres rom for kommunikasjon og el-underfordelinger i etasjene.

Det legges vekt på rasjonelle spenn, moduler og gjentakelser for å holde kostnader og byggetid nede, samt i hensiktsmessig grad ivareta behovet for generalitet, fleksibilitet og elastisitet.

Det legges vekt på å velge byggematerialer med lav miljøbelastning – fra produksjon til riving.

5.4.5 Planprogram og regulering

Alternativ «Øst» avviker noe fra både planprogram 1 og 2, men ligger tettere opp til 2. En eventuell etappe 2 vil utviske noe av skillet mellom planprogrammene, og endelig reguleringsplan må tilpasses dette.



5.4.6 Utvidelsespotensiale



Alternativ Øst har et relativt lite fotavtrykk i sør og åpner for et stort bygg i etappe 2 mellom nåværende inngangsplass (og gaten i forlengelsen av trikkelinjen) og ny teknisk sentral kan legges tett opp til Akuttmottaket.

Nord og nordøst for Rikshospitalet og Gaustad sykehus vil det egne seg for senere utbygging for avdelinger med mindre behov for direkte nærhet til sentral behandling.

5.4.7 Gjennomføringsrisiko

Alternativet krever riving av én sengeføy samt kantinen for å realiseres. Sengeføyen som rives har to etasjer med senger samt ambulansemottak og disse må midlertidig erstattes.

Ny inngangsplass med tilhørende behandlingsbygg kan ferdigstilles parallelt med ny teknisk sentral før nåværende inngangsplass stenges. Utbyggingen kan begrenses til to hovedbyggetrinn.

6 KALKYLE – ØKONOMISKE ANALYSER

6.1 Prosjektkostnad - sammenligning av tre alternativer

Det er utført kostnadsanslag for de tre alternativene. Anslagene er basert på prosjektrekskap for Sykehuset Østfold, Kalnes, lokale vurderinger for Gaustad, generelt erfaringsmaterieell fra nyere sykehusprosjekter og norsk prisbok. Formålet med kostnadsanslaget er å identifisere eventuelle forskjeller mellom alternativene og eventuelle endringer sammenlignet med kostnadsestimatet i prosjektets mandat (8,90 mrd. kroner, inkl. mva. prisenivå 2017).

Det understrekes at det i denne tidlige fasen av prosjektutviklingen er betydelig usikkerhet i de kostnadsanslagene som er utarbeidet. Det vil i steg 2 utføres nye vurderinger av investeringsbehov og usikkerhetsanalyse.

Sentrale forutsetninger for kostnadsanslaget er:

- Prisenivå: Januar 2018
- Vurdering av byggetid er hensyntatt i anslagene (dvs. forlenget byggetid utover «normal» tid for byggefase er inkludert)
- MVA er inkludert
- Finansieringskostnader er ikke inkludert
- Eventuelle bidrag til infrastruktur som Oslo kommune vil pålegge prosjektet, utover poster som er spesifisert, er ikke inkludert
- Kostnader til organisasjonsutviklingsprosess eller flytting er ikke inkludert
- Eventuelle kostnader forbundet med tomteerverv er ikke inkludert
- Tallene som fremkommer er «forventede kostnader», dvs. estimat basiskalkyle pluss påslag for forventede tillegg

Kostnadsanslaget er basert på erfaringstall fra andre prosjekter, men med en vurdering av forhold som er forskjellig fra referanseprosjektene.

Først er det vurdert kostnader som naturlig faller innenfor bygningsdeltabellen. Deretter er det vurdert særskilte kostnader for enkelte områder knyttet til utomhus infrastruktur (veier, forsyning, avløp etc. - ekstraordinære tiltak knyttet til omlegging), p-hus, helikopter, rivning, erstatningsbygg, utstyr og overordnet IKT.

Kostnadsanslag for universitetsarealer er ikke inkludert i prosjektkostnadene da det er forutsatt separat finansiering.

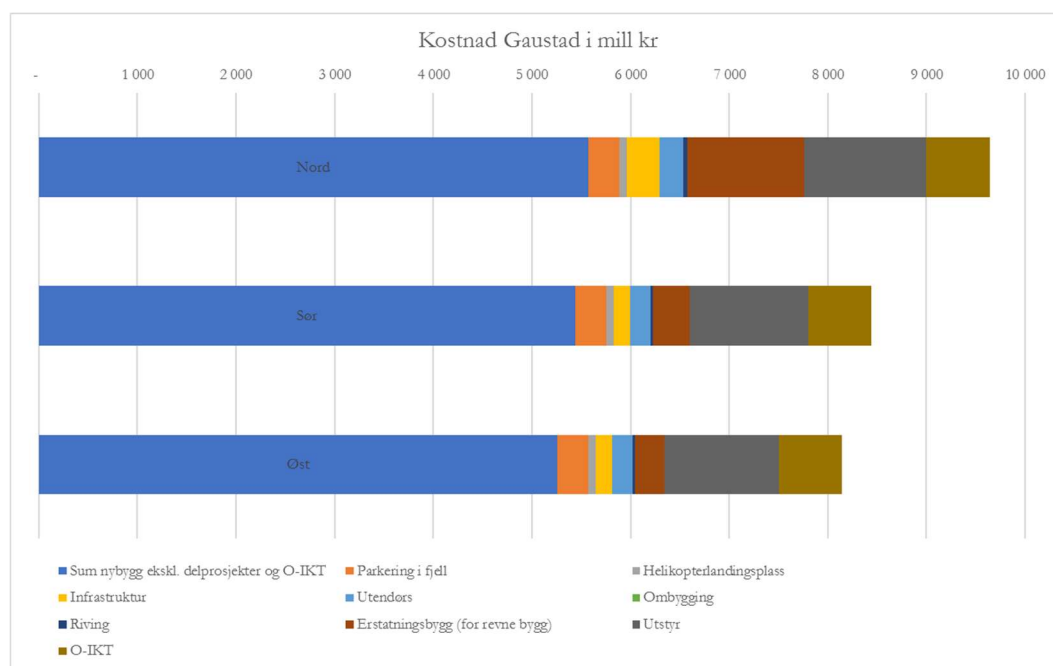
I det videre arbeidet blir det viktig å gjøre nærmere analyser av hvordan en skal sikre en helhetlig og god funksjonell sammenheng mellom dagens Rikshospital og nybygg på Gaustad. Funksjoner i nytt og gammelt bygg må sees i sammenheng, slik at arbeidet organiseres etter en helhetlig plan. Eventuelle kostnadskonsekvenser som følge av dette må sees nærmere på i løpet av steg 2 og inngå i kalkylearbeidet.

Basert på denne tilnærmingen er det fremkommet følgende oversikt over kostnader totalt (alle tall i mill. kroner, avrundet):

Tabell 2 Kostnadsanslag for de tre alternativene (tall mill. kroner, prisenivå 2018, ekskl. arealer til universitetet)

Nybygg	Nord	Sør	Øst
Bruttoareal m2 BTA - Nybygg	71 819	71 819	71 819
Sum nybygg ekskl. delprosjekter og O-IKT	5 580	5 440	5 260
Andre delprosjekter			
	Nord	Sør	Øst
Parkering i fjell	310	310	310
Helikopterlandingsplass	80	80	80
Infrastruktur	330	160	160
Utendørs	230	210	210
Ombygging	-	-	-
Riving	50	30	30
Erstatningsbygg (for bygg som rives)	1 180	370	290
Utstyr	1 240	1 200	1 170
Sum andre delprosjekter	3 420	2 360	2 250
Prosjekt O-IKT			
	Nord	Sør	Øst
Sum O-IKT	640	640	640
Alle prosjekter inkl. O-IKT			
	Nord	Sør	Øst
Sum alle prosjekter inkl. O-IKT	9 600	8 400	8 200

Grafisk blir bildet slik som vist nedenfor:



Figur 7 Kostnadsanslag for de tre alternativene (tall mill. kroner, prisenivå 2018, ekskl. arealer til universitetet)

I sum viser dette kostnadsanslag på 8,4 og 8,2 mrd. kroner for alternativene Sør og Øst, og 9,6 mrd. kroner for Nord. Alternativ Nord har et høyere investeringsbehov sammenlignet med de to andre alternativene blant annet fordi teknisk sentral for eksisterende sykehus må reetableres grunnet nybygg der dagens tekniske sentral er plassert. Videre må det etableres erstatningsarealer for de sengearealene som rives. Disse to kostnadselementene utgjør en vesentlig del av forskjellen mellom alternativ Nord og de to andre alternativene. Utomhusdelen for alternativ Nord er mer omfattende enn for de andre alternativene. Det samme gjelder vurdering av usikkerheten slik at forventede tillegg også ligger høyere enn for de andre to alternativene. Lavest forventet tillegg fra basiskalkyle til forventet kostnad har Øst, mens Nord har høyest. For alle alternativene er det tatt høyde for at den trange situasjonen både for bygging og for rigg og drift medfører usikkerhet.

Tiden det tar å gjennomføre utbyggingen påvirker kostnadsnivået. Det er gjort vurderinger av byggetid, og for byggetid utover en «basistid» på 4,5 år er det lagt til en ekstra kostnadsfaktor for «faste, tidsrelaterte kostnader». Alternativ Nord er forventet å ha lengst gjennomføringstid fordi man her må etablere ny teknisk sentral før man kan rive F-avsnittet og starte bygging der, og dette alternativet får derfor det største tillegget.

Ved gjennomføring av alternativ Nord må hele sykehusanlegget, inkludert eksisterende bygg som er forsynt fra dagens tekniske sentral (F-avsnittet), få ny teknisk sentral. Dette gir økte investeringer i prosjektet, men vil samtidig gi noen langsiktige driftsfordeler ved at utskiftingsbehovet knyttet til teknisk drift vil bli lavere enn for de to andre alternativene, der eksisterende bygningsmasse fortsatt vil forsynes fra dagens tekniske sentral.

6.2 Usikkerhetsanalyse

Med basis i skisseprosjektet vil det som en del av steg 2 høsten 2018 vil bli gjennomført en usikkerhetsanalyse av investeringskalkylen.

De vurderinger av usikkerhet som er gjennomført så langt er primært knyttet til usikkerhet ved gjennomføring av byggeprosessen. Dvs. om man må bygge tett inntil eksisterende bebyggelse på en slik måte at dette skaper økt usikkerhet, eller om det må bygges i flere etapper, slik at tidsforløpet genererer økt usikkerhet. Tillegget som er lagt inn som «forventet tillegg», dvs. påslaget fra basiskalkyle til forventet kostnad, gir en foreløpig indikasjon på ulikheter i usikkerhet mellom alternativene.

6.3 LCC-analyser

LCC-analyse vil inngå som en del av arbeidet i steg 2 høsten 2018. Siden programarealet er det samme i de tre alternativene, vil ikke LCC-kostnaden skille vesentlig mellom alternativene. Ulik bruk av eksisterende bygg med en annen brutto/netto-faktor enn for nye bygg vil kunne skape forskjeller, men ikke i så stor grad at dette bør vektlegges ved valg av alternativ på nåværende tidspunkt.

6.4 Driftsøkonomiske vurderinger

I steg 1 av konseptfasen består de driftsøkonomiske vurderingene av en relativ sammenligning av hvor godt de tre alternativene legger til rette for mest rasjonell bruk av ressurser og en god driftsøkonomi. Alternativene er evaluert opp mot hverandre og på et kvalitativt og overordnet

nivå. Formålet er å vurdere hvilket alternativ som ventes å kunne oppnå best driftsøkonomi, men er ikke en vurdering av prosjektets eller helseforetakets bæreevne. Detaljerte analyser av driftsøkonomi og økonomisk bæreevne vil gjennomføres i steg 2 av konseptfasen.

Evalueringen er utført med deltakelse fra Oslo universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst RHF, prosjekteringsgruppen og prosjektorganisasjonen, og inngår i den samlede evalueringen. Det vises til evalueringen dokumentert i kapittel 7.

For alternativet som videreføres til steg 2 av konseptfasen vil det, som beskrevet i prosjektets mandat, utarbeides detaljerte driftsøkonomiske analyser og vurdering av økonomisk bæreevne og -risiko. Dette arbeidet vil gjennomføres av prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF..

7 EVALUERING MED DRØFTING OG ANBEFALING

7.1 Innledning

Steg 1 av konseptfasen avsluttes ved at det alternativet som blir vurdert som det beste videreføres til steg 2 og skisseprosjekt. Formålet med evalueringen er å komme frem til det alternativ som gir best måloppnåelse til lavest kostnad. I det følgende beskrives kriteriene for vurdering og valg av alternativ, og evalueringen av alternativene.

Det foreligger et notat som beskriver prosess og oppgaver i forbindelse med evalueringen som skal lede frem til en beslutning hvor det skal tas stilling til hvilket alternativ som skal anbefales videreført til utdyping i Steg 2 (dok. nr. NSG-8001-18-0014).

7.2 Kriterier og evalueringsmodell

Mandatet for konseptfasen beskriver prosjektets samfunns- og effektmål, og er styrende for hva prosjekteier ønsker å oppnå med gjennomføring av konseptfasen for det fremtidige målbildet. Ved vurdering av hvilket konsept/utbyggingsalternativ som skal velges må det gjøre en evaluering om og hvor godt konseptene understøtter effektmålene. I evaluering og valg mellom konseptene er det derfor naturlig å ta utgangspunkt i effektmålene.

Det vil i tillegg til effektmålene være andre sentrale forhold som må hensynstas og legges til grunn ved vurdering og valg av alternativ, dette omfatter blant annet økonomi, gjennomføringsrisiko, påvirkning og ulemper med samtidig bygging og drift.

I matrisen nedenfor er effektmålene og andre viktig forhold kategorisert og koblet opp mot syv evalueringskriterier hvor effektmålene utgjør indikatorer for vurdering av hvor godt evalueringskriteriet er oppfylt.

I evalueringen er de tre alternativene vurdert innbyrdes mot hverandre og hvor det etter en samlet vurdering anbefales et alternativ som utdypes videre i Steg 2.

Tabell 3 Evalueringskriterier med tilhørende indikatorer

Evalueringskriterier	Indikatorer
Kvalitet i pasientbehandling	<p>Vurdering opp mot følgende effektmål:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Et sykehus som tar utgangspunkt i pasientens perspektiv og som er lett tilgjengelig for brukerne</i>• <i>God oppgavefordeling innenfor regionen generelt og Oslo sykehusområde spesielt</i>• <i>Et sykehus som tilfredsstiller kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav</i>• <i>Fremtidsrettet teknologi som understøtter god og effektiv pasientbehandling</i>• <i>Bygninger og utemiljø som støtter opp om pasienters og ansattes helse og trivsel</i> <p>Kriteriet presiseres å omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Nærhet og avhengigheter mellom pasienter og funksjoner. Bygg som fremmer gode pasientforløp, korte avstander, sammenheng mellom funksjonsområder for funksjonell og effektiv flyt (person, varer)</i>• <i>Tilgjengelighet: akutt (helikopter, ambulanse, egen bil, trafikk, avkjøring), elektive pasienter og pårørende (kollektiv, bil, parkering)</i>

Godt og sikkert arbeidsmiljø	Vurdering opp mot følgende effektmål: <ul style="list-style-type: none">• <i>Et helsefremmende, godt og sikkert arbeidsmiljø</i>• <i>Bygninger og utemiljø som støtter opp om pasienters og ansattes helse og trivsel</i>
Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon	Vurdering opp mot følgende effektmål: <ul style="list-style-type: none">• <i>Tilrettelegge for samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Universitet i Oslo innen forskning, utdanning og innovasjon tett integrert med klinisk virksomhet</i>• <i>Tett samarbeid om utvikling og integrering av universitetsfunksjonene</i>
Tilrettelagt for etappevis utbygging	Vurdering opp mot følgende effektmål: <ul style="list-style-type: none">• <i>Sykehus som er tilrettelagt for etappevis utbygging</i>• <i>Robust og tilpasningsdyktig bygningsmasse</i>• <i>God sammenheng mellom eksisterende og nye bygg</i>
Andre samfunnseffekter	Vurdering opp mot følgende effektmål: <ul style="list-style-type: none">• <i>Korte transportavstander for pasienter, ansatte og varer</i>• <i>Bærekraftige og klimavennlige løsninger</i> I tillegg inngår følgende: <ul style="list-style-type: none">• <i>Beredskap - OUS' evne til å håndtere store hendelser hvor normal drift må fravikes</i>• <i>Kvalitet bygg/arkitektur (konsept/ hovedgrep, utsikt, sol, dagslys, terreng, omkringliggende bebyggelse, kontakt ute-inne, fjernvirkninger), inkludert byutvikling</i>
Gjennomføringsrisiko / - tid	Dette omfatter f.eks.: <ul style="list-style-type: none">• <i>Risiko knyttet til parallell drift og bygging</i>• <i>Risiko knyttet til verneinteresser</i>• <i>Risiko knyttet til reguleringsprosess</i>• <i>Eventuell forskjell mellom alternativene knyttet til gjennomføringstid</i>
Økonomi	<i>Et økonomisk bærekraftig sykehus (effektmål i mandatet), berunder investering og drift</i>

Evalueringen er basert på en kvalitativ vurdering av alternativene med unntak av investeringskostnader hvor det er utarbeidet kostnadsanslag. Evalueringen av alternativene gjøres relativt mot hverandre ettersom det ikke er et nullalternativ (nullalternativet skal kun tas med som basis for beregning av driftsøkonomiske effekter i steg 2).

Evalueringskriteriene gis i utgangspunktet lik vektning, og utvelgelse av alternativ baseres på en samlet vurdering etter utført evaluering. Som modell for karaktersetting brukes en forenklet utgave av pluss/minus-metoden hvor det alternativet som scorer dårligst på evalueringskriteriet gis karakteren 0. De andre alternativene gis enten 0 ved likeverdig score eller «+» etter følgende skala:

Likeverdig	Noe bedre	Bedre	Mye bedre
0	+	++	+++

Ellers er det lagt til grunn følgende forutsetninger:

- Det skal ikke forekomme dobbelttelling i den forstand at de forhold som allerede er prissatt ikke skal inngå som vurderinger av ikke-prissatte effekter

- Det er så langt som mulig søkt å unngå dobbelttelling i den forstand at samme virkning ikke medtas under flere ikke prissatte effekter

Evalueringen oppsummeres i en tabell etterfulgt av en tekst til hvert evalueringskriterium hvor karaktersetningen begrunnes.

7.3 Vurdering og rangering av alternativene

7.3.1 Oppsummering

Evalueringen av de tre alternativene er gjennomført i tråd med nevnte notat som beskriver prosess og oppgaver i forbindelse med evalueringen. Det er innhentet vurderinger fra Oslo universitetssykehus HF gjennom møteserie 4 i fokusgruppene og møte nr. 3 i Samhandlingsgruppen. Det er gjennomført en arbeidssamling for å evaluere driftsøkonomi med deltakelse fra Oslo universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst RHF, prosjekteringsgruppen og prosjektorganisasjonen.

Oppsummering av evalueringen er vist i tabellen under.

Evalueringskriterier	Alternativ 1 Sør	Alternativ 2 Nord	Alternativ 3 Øst
Kvalitet i pasientbehandling	++	0	++
Godt og sikkert arbeidsmiljø	++	0	++
Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon	+	0	+
Tilrettelagt for etappevis utbygging	++	0	++
Andre samfunnseffekter	0	0	+
Gjennomføringsrisiko og tid	+	0	++
Økonomi - investering	8,4 mrd. kr.	9,6 mrd. kr.	8,2 mrd. kr.
Økonomi - drift	++	0	++

7.3.2 Kvalitet i pasientbehandling

Evalueringskriterium	Sør	Nord	Øst
Kvalitet i pasientbehandlingen	++	0	++

Både alternativ Sør og Øst oppnår god score og er vurdert som bedre enn Nord. I alternativ Sør er krav til nærhet mellom funksjoner godt ivarettatt gjennom at behandlingsområder og sengearealer er samlet innenfor et begrenset/kompakt område. God heiskapasitet vil gi en funksjonell og effektiv pasientflyt over etasjer. Skissen for etappe 2 gir mulighet til å legge føde og barn i nærheten av det nye behandlingsbygget med nyfødtintensiv og dagens barneklinnikk (bygg E1). En mulig utfordring med alternativ Sør er at all utbygging er samlet i ett høyt bygg der

«høyvolumaktiviteter» som dagkirurgi og poliklinikker er lagt inn i samme bygg. Det er også en utfordring at bygg B1 må rives og erstattes i dette alternativet.

I alternativ Øst er også krav til nærhet mellom funksjoner godt ivaretatt gjennom at behandlingsområder og største del av sengearealer er samlet innenfor et begrenset område. Alternativet oppnår god score på at «høyvolumaktiviteter» som dagkirurgi og poliklinikker er lagt i nytt bygg i øst med direkte adkomst fra hovedinngangen. Alternativet oppnår også god score (som alternativ Sør) ved plassering av føde og barn i etappe 2 i nærheten av det nye behandlingsbygget med nyfødtintensiv og dagens barneklipp (bygg E1). En utfordring med alternativ Øst er at nye sengeområder i øst kan få lengre avstand til behandlingsbygg enn i Sør og at bygg C1 må bygges om.

Alternativ Nord oppnår lavest score på dette kriteriet. Alternativet har noen fordeler. I dette alternativet plasseres akuttmottak og tung behandling sentralt i det nye sykehuset, noe som gir lettere adkomst til de fleste behandlingsområder og sengeposter. En slik plassering åpner for en omrokking av sykehusets kliniske avdelinger før innflytting. I alternativet samles dagbehandling i nord. Alternativet oppnår lav score sammenlignet med de to andre bl.a. grunnet store avstander. Store sengearealer legges i nord relativt langt unna undersøkelses- og behandlingsarealer, og ny nyfødtintensiv er plassert øst på tomten mens føde og barneklipp fortsatt ligger vest i sykehuset.

Alternativene Sør og Øst vurderes bedre enn Nord når det gjelder tilgjengelighet for brukerne. I Nord vil mye trafikk trekkes mot nord, dette gjelder både trafikk knyttet til akutt og brukere til behandlingsbygg i nord.

7.3.3 Godt og sikkert arbeidsmiljø

Evalueringskriterium	Sør	Nord	Øst
Godt og sikkert arbeidsmiljø	++	0	++

Alternativene Sør og Øst vurderes som bedre enn Nord også på dette kriteriet. Alternativ Sør oppnår god score grunnet et oversiktlig sykehus ved at funksjonene kan legges godt organisert over hverandre og opp mot eksisterende sykehus. Alternativet vil gi god og oversiktig logistikk, samt korte interne avstander og avstand til kollektivknutepunkt. Alternativ Øst oppnår også god score grunnet et oversiktlig sykehus ved at funksjonene kan legges godt organisert over hverandre og opp mot eksisterende sykehus. Utbyggingsløsningen kan gi god oversikt over eget arbeidsområde, men noe større avstander for de som jobber i flere deler av sykehuset. Alternativet vil gi kort avstand til kollektivknutepunkter.

Alternativ Nord vurderes som det svakeste alternativet på dette kriteriet. Dette skyldes bl.a. at løsningen grunnet høydeforskjeller i landskapet vil gi ulike etasjenivåer for funksjoner, noe som er en ulempe. Alternativ Nord innebærer økt avstand til kollektivknutepunkt med unntak for trikk som bør flyttes i dette alternativet. Alternativet får dårlig score også grunnet spredt bygningsmasse med lange interne avstander for ansatte inkludert avstand til universitetets arealer sør på området.

7.3.4 Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon

Evalueringskriterium	Sør	Nord	Øst
Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon	+	0	+

Fokusgruppen for undervisning og forskning har klart uttrykt et behov for både klinikknære arealer og et eget forskningsbygg i nærheten av Domus Medica. Ingen av de presenterte skissene har vist dette. En stor del av den forskningen som vil bli lagt til et forskningsbygg krever høyteknologisk utstyr og spesialisert kompetanse, og det vil gi en gevinst å legge dette nær Domus Medica. Denne type forskningslokaler bør ikke plasseres i kliniske bygg grunnet fare for brann, avgasser, stråling etc. Både Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus vil ha arealer til forskning og undervisning integrert i sykehuset klinikknært.

Ingen av alternativene oppnår god score på dette kriteriet slik de foreligger, men alternativene Sør og Øst vurderes som noe bedre enn Nord grunnet muligheten til plassering av forskningsarealer sør på området nært både Domus Medica og nye behandlingsbygg. Alternativ Nord vil medføre større avstander.

7.3.5 Tilrettelagt for etappevis utbygging

Evalueringskriterium	Sør	Nord	Øst
Tilrettelagt for etappevis utbygging	++	0	++

Både alternativ Sør og Øst oppnår god score og er vurdert som bedre enn Nord. Alternativ Sør er alternativet med minst fotavtrykk og størst tilgjengelig areal til senere utbygginger. En kompakt bygningskropp gir god generalitet til hvordan funksjoner blir plassert. Alternativet oppnår god score på utvidelsesmuligheter for etappe 2 grunnet muligheten for gode og funksjonelle sammenhenger mellom eksisterende og nye bygg der det er nødvendig. Det er knyttet usikkerhet til om den kompakte bygningskroppen kan utvides i den videre prosjektutviklingen dersom et større programareal identifiseres.

Alternativ «Øst» har et relativt lite fotavtrykk i sør og åpner som alternativ Sør for et stort bygg i etappe 2 sør på området. Alternativet oppnår derfor god score på utvidelsesmuligheter for etappe 2 grunnet muligheten for gode og funksjonelle sammenhenger mellom eksisterende og nye bygg der det er nødvendig. Alternativet benytter grøntareal mellom dagens Rikshospital og Gaustad Sykehus, og har således mindre areal tilgjengelig for senere etapper enn Sør.

Alternativene Sør og Øst er vurdert som like med hensyn til eventuelle utvidelser i nord og nordøst.

Alternativ Nord vurderes som det svakeste alternativet på dette kriteriet. Dette skyldes noe mindre generalitet knyttet til plassering av funksjoner, at en større del av det samlede arealet er brukt opp i etappe 1, og at muligheten for gode og funksjonelle sammenhenger mellom eksisterende og nye bygg etter senere utbygginger er mindre.

7.3.6 Andre samfunnseffekter

Evalueringskriterium	Sør	Nord	Øst
Andre samfunnseffekter	0	0	+

De tre alternativene er vurdert som like med hensyn til muligheten for bærekraftige og klimavennlige løsninger, og Oslo universitetssykehus sin evne til å håndtere store hendelser hvor normal drift må fravikes.

Forhold knyttet til transportavstander for pasienter, ansatte og varer er omtalt under andre kriterier og er ikke evaluert ytterligere under dette kriterier for å unngå «dobbelttelling».

For indikatoren «kvalitet i bygg/arkitektur» oppnår alternativ Øst noe bedre score enn de to øvrige. Dette skyldes potensialet for en samlet god løsning og muligheten for å legge bedre til rette for byrom.

I alternativ Sør vil alle funksjonene i etappe 1 samles i ett stort og høyt bygg på den nåværende inngangsplass, og alternativet kan være utfordrende med hensyn til Oslo kommune sin høyhusstrategi. I alternativ Nord fordeles de nye byggene på tre steder; nord, øst og sør, men med tyngdepunktet mot nord.

Det ligger et potensial i å innlemme det historiske Gaustadanlegget i nytt sykehus både som identitets- og karaktergivende arkitektur og som supplerende arealer til nytt sykehus ved å tilrettelegge for ny bruk av eksisterende bygninger og uterom. Alternativ Øst vurderes som noe bedre enn øvrige to alternativ på dette punktet, gitt at utbyggingen ivaretar Gaustadanlegget og verneinteressen.

7.3.7 Gjennomføringsrisiko og -tid

Evalueringskriterium	Sør	Nord	Øst
Gjennomføringsrisiko og -tid	+	0	++

Alle alternativene representerer risiko opp mot sykehus i drift i anleggsperioden som følge at de omfatter anleggsarbeider tett på operativ drift, men er likevel vurdert som gjennomførbare med god planlegging og tett koordinering opp mot operativ drift.

I alternativ Nord må eksisterende tekniske sentral vike plass for nytt behandlingsbygg. Dette innebærer etablering av ny teknisk sentral som må være igangkjørt, testet og idriftsatt før riving av eksisterende sentral kan utføres. I tillegg til ny teknisk sentral medfører alternativ Nord riving av eksisterende sengeposter som av kapasitetsmessige grunner må erstattes før riving kan utføres. Krevende omlegging av teknisk infrastruktur sammen med riving og erstatning av sengeposter er vurdert å ha høyere risiko for operativ drift og i sum scorer derfor alternativ Nord dårligst på gjennomføringsrisiko.

Gjennomføringsrisiko for alternativ Sør og Øst er vurdert likeverdig selv om alternativene har ulik risikoprofil. Alternativ Sør utfordrer høyhusstrategien til Oslo kommune og har derfor risiko knyttet til regulering. Alternativ Sør har også større risikopotensiale på operativ drift som følge av sin tunge, høye og massive form tett inntil og i kontakt med eksisterende virksomhet.

Alternativ Øst har mindre omfattende konstruksjoner tett på og i kontakt med eksisterende virksomhet i forhold til alternativ Sør, og har således et lavere risikopotensiale på operativ drift i gjennomføringsperioden. Alternativet innebærer etablering av ny bygningsmasse i grøntområdet mot Gaustad sykehus og har dermed en risiko opp mot vernemyndigheter som Riksantikvaren, og påfølgende regulering.

Alle alternativene må gjennomføres i fasedelte sekvenser grunnet hensyn til sykehus i drift hvor det må sikres trygge og sikre adkomstveier for pasienter, ansatte, pårørende og varelogistikk, i tillegg til virksomheten som foregår i byggene. Dette medfører tillegg i gjennomføringstid som varierer noe mellom alternativene. Alternativ Nord er vurdert til å ha lengst gjennomføringstid grunnet omlegging av infrastruktur og erstatning av sengeområder. Det er mulig å etablere midlertidige sengeområder som vil kunne korte ned byggetiden noe, men Nord vil likevel ha lengst gjennomføringstid og scorer dårligst på dette kriteriet.

Alternativ Sør medfører riving av B1 avsnittet og tung bygging tett og inntil eksisterende bygninger. Dette gir begrensning av tilkomst og angrepspunkter for gjennomføring av byggeriet. Alternativet er vurdert til å ha en noe kortere byggetid enn Nord.

Alternativ Øst er vurdert til å ha kortest byggetid som følge av mindre riving, og oppdelte bygningsavsnitt som kan gi mulighet for større parallellitet i gjennomføringen. Oppdelte bygg kan også legge til rette for en trinnvis idriftsettelse som muliggjør tidligere ibruktagelse av nye bygningsavsnitt.

Samlet sett vurderes Øst til å score best med hensyn til gjennomføringsrisiko og -tid.

7.3.8 Økonomi - investering

Evalueringskriterium	Sør	Nord	Øst
Økonomi - investering	8,4 mrd. kr.	9,6 mrd. kr.	8,2 mrd. kr.

Det foreligger kostnadsanslag for de tre alternativene, vist i tabellen over. Det vises også til kapittel 6.1 for beskrivelse av kostnadsanslagene.

7.3.9 Økonomi - drift

Evalueringskriterium	Sør	Nord	Øst
Økonomi - drift	++	0	++

Det er som beskrevet i kapittel 6.4, gjennomført en overordnet vurdering av hvor godt alternativene legger til rette for mest rasjonell bruk av ressurser og god driftsøkonomi. Parametere som er benyttet i evalueringen er nærhet og avhengigheter mellom funksjoner, funksjonell og effektiv flyt (person og varer), fleksibilitet og senere vekst i pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon, og eventuelle andre forhold som påvirker driftsøkonomi. Det er søkt kun å vurdere forhold med vesentlig effekt for driftsøkonomi.

Alternativ Sør og Øst oppnår god score og er vurdert som bedre enn Nord. Alternativ Sør vurderes som god grunnet en kompakt løsning med korte avstander. Alternativet gir mulighet for

effektiv ressursutnyttelse på kveld, natt og helg. En mulig fremtidig plassering av kvinne/barn (etappe 2) nær akuttvirksomheten og nær nåværende kvinne/barn virksomhet vurderes som positivt.

Alternativ Øst oppnår samme karakter som Sør. Alternativet Øst innebærer en relativt samlet virksomhet, men med noe større avstander enn Sør. Det vurderes imidlertid som positivt for driftsøkonomien at store pasientvolumer kan behandles i egne arealer utenfor tung «behandlingsblokk». Alternativet gir også mulighet for effektiv ressursutnyttelse på kveld, natt og helg, og åpner for en god og effektiv plassering av kvinne/barn i etappe 2.

Alternativ Nord får svakest score grunnet store avstander med stor sengeavdeling relativt langt unna der behandlingen vil gjennomføres. Alternativet oppfattes som en todelt sykehusløsning, der det i en etappe 2 også vil kunne bli betydelige avstander for kvinne/barn til akuttmottak.

Ingen av alternativene har løst plassering av areal til undervisning og forskning. Det er derfor ikke skilt mellom alternativene på dette området.

Under *andre forhold* er drift av bygg og tekniske systemer vurdert. I alternativ Nord blir dagens tekniske sentral erstattet, mens de to andre vil få to tekniske sentraler. Dette innebærer at alternativ Nord gir mulighet til å oppnå bedre løsninger og bedret energibruk. Alternativ Nord er derfor vurdert som noe bedre på dette området.

7.4 Rangering av alternativene, anbefaling

Som det fremgår av evalueringen scorer både Sør og Øst godt på både funksjonelle og økonomiske kriterier, og begge alternativene er vurdert til å ha lavere investeringskostnad og gjennomføringsrisiko enn nord. Både Sør og Øst legger godt til rette for en senere utbygging (etappe 2).

Alternativ Sør er i medvirkningsprosessene vurdert som det beste alternativ mht å tilrettelegge for god funksjonalitet med korte avstander og kompakt bygningsmasse. Alternativ Sør innebærer et høyt bygg som gir usikkerhet knyttet til høyhusbestemmelser og regulering. Alternativet innebærer også riving av B1 og en massiv utbygging tett på eksisterende sykehus. Alternativ Øst er også vurdert til å ha god funksjonalitet, med mulighet for å differensiere døgn- og dagbehandling. Gjennomføringsrisikoen ved alternativ Øst vurderes som lavere grunnet lavere høyder og mer spredt bebyggelse. Alternativet innebærer bygging tett på den vernede bebyggelsen på Gaustad sykehus, hvilket kan innebære en reguleringsmessig risiko.

Slik situasjonen fremstår er det klart at både Sør og Øst kommer bedre ut enn Nord. Samtidig er det behov for å bearbeide Sør og Øst videre, og at det er kombinasjoner av de to som fremstår som den mest robuste løsningen. Det anbefales derfor at arbeidet videreføres til steg 2 med en kombinasjon av Sør og Øst der det søkes å optimalisere en løsning basert på de positive elementene i begge alternativene.

8 VEDLEGG

Trykte vedlegg:

- 1- Mulighetsstudier – fra mange til få alternativer

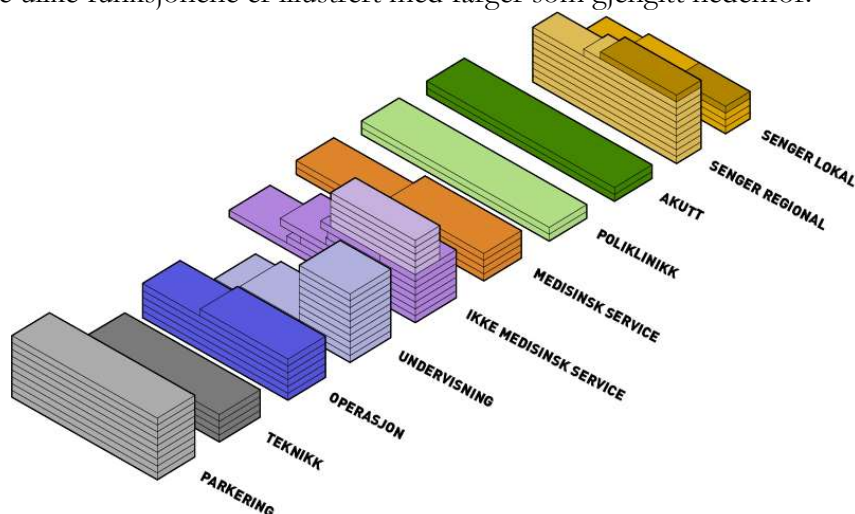
VEDLEGG 1

MULIGHETSSTUDIER – FRA MANGE TIL FÅ ALTERNATIVER

Første runde med mulighetsstudier

Gjennom de første to workshopene ble 15 alternative løsninger fra mulighetsstudiene vurdert og redusert til seks alternativer som ble videre bearbeidet og vurdert i neste runde. Alternativene er kort beskrevet nedenfor, sammen med vurderingen som er gjort om det respektive alternativet inkludert tilknytning planalternativene beskrevet i forslag til planprogram.

De ulike funksjonene er illustrert med farger som gjengitt nedenfor.

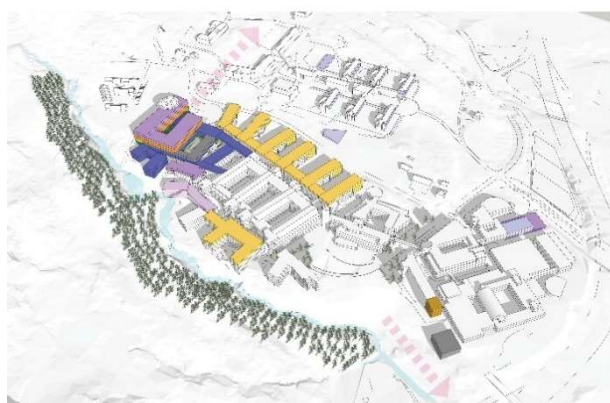


Figur 8 Farger benyttet for å illustrere funksjoner (første runde med mulighetsstudier)

1A Trilobitt – (Planalternativ 1)

- Hovedgrepet er tung utbygging av behandlingsblokk/akuttmottak i nord og utvidelse av sengeområdene i øst og vest som påbygg til eksisterende sengeområder
- Teknisk sentral erstattes med ny sentral i sør
- Eksisterende pasienthotell utvides.
- Nytt behandlingsbygg i nord blir 5 etasjer høyt over terreng.

Forslaget utvikles ikke videre pga. begrenset mulighet for påbygg til eksisterende senger som følge av nye krav til ivaretagelse av seismiske laster ved prosjektering av byggverk. Elementer fra behandlingsbygg i nord tas med videre studier.



1B Hode (Planalternativ 1)

- Tung utbygging i nord; behandlingsblokk med sengeområder over
- Kort vei fra behandling til sengeområder
- Teknisk sentral erstattes med ny sentral i sør
- Eksisterende pasienthotell utvides
- Eikelund må fjernes for å gi plass til nytt akuttmottak.



Forslaget utvikles ikke videre pga høyden til nybygget som vil bli 8-10 etasjer høyt, noe som vil virke svært ruvende mot nabolaget i nord og vil ha stor risiko i forhold til regulering. I tillegg vil alternativet være utfordrende med hensyn til god integrasjon av nye og gamle behandlingsarealer. Alternativet har også stor avstand til forskning konsentrert i sør.

1C Krone (planalternativ 1)

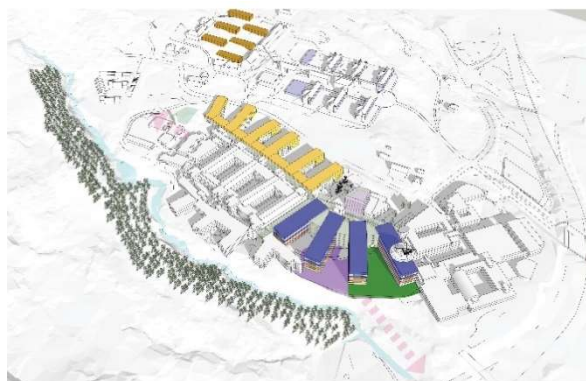
- Forslaget deler nybygg på to steder; et nytt akuttmottak i øst, og ny behandlingsblokk med sengeområder i nord
- Teknisk sentral erstattes med ny sentral i sør
- Eikelund må fjernes for å gi plass til nytt behandlingsbygg
- Eksisterende pasienthotell utvides



Forslaget utvikles videre. Sengeområder utviklet parallelt med ny behandlingsblokk i nord gir god balanse i anlegget og samspill mellom nye og gamle fasiliteter uten at bygg blir for høyt/kraftig. Akuttmottak sentralt plassert i forhold til eksisterende behandlingsblokk gir mulighet for god integrasjon.

2A Vifte (planalternativ kombinert 1 og 2)

- Behandling etableres i sør med vifteformet bygningsstruktur
- Sengeområder etableres i øst som på- og tilbygg til eksisterende sengeposter
- Hovedinngang flyttes til øst
- Eksisterende pasienthotell rives og erstattes med nytt i nord
- Administrasjon og kontorarbeidsplasser i et høybygg i forbindelse med ny hovedinngang
- Forslaget åpner for god integrasjon mellom gammel og ny behandling og fleksibel utvikling av sykehuset over tid



Forslaget utvikles ikke videre pga. statikkbegrensinger for påbygg til eksisterende senger som følge av nye krav til ivaretagelse av seismiske laster ved prosjektering av byggverk. I tillegg vurderes nye sengeområder å være ugunstig plassert i forhold til konsentrasjon av behandling. Elementene med behandlingsbygg i vifteform utvikles videre.

2B Høy vifte (planalternativ kombinert 1 og 2)

- Forslaget viser i likhet med 2A ny behandling i vifteform mot sør, men med sengeområder plassert over
- Byggehøyder på om lag 10 etasjer
- God forbindelse mellom behandling og sengeområder
- God integrasjon med eksisterende sykehus. Se for øvrig beskrivelse til 2A



Forslaget utvikles videre grunnet god integrasjon mellom behandling og sengeområder samt mot eksisterende sykehus og universitetsfunksjoner.

2C Uten riving (Planalternativ 1)

- Behandlingsbygg i vifteform etableres i sør
- Sengeområder etableres i nord
- Unngår riving med unntak av parkering under dagens inngangsplass
- Imidlertid medfører grepet at det blir veldig lang avstand mellom behandling og sengeområder, noe som vil svekke flyten og effektiviteten i sykehuset



Forslaget utvikles videre med sengeområder lagt nærmere behandlingsområdet og nær eksisterende sengeområder

2D PKI (planalternativ 2)

- Tung utbygging på UiO sine arealer Domus Medica og preklinisk institutt (PKI)
- Tung utbygging langs Ring 3 i det området som allerede er utbygget
- Behandlingsbygg med sengeområder på toppen
- Forslaget innebærer byggehøyder på opptil 12-13 etasjer



Forslaget utvikles ikke videre.

Løsningen krever at Universitetet får erstattet sine velfungerende undervisnings- og forskningsarealer på et annet sted, uten at dette er avklart. En flytting av virksomheten med tilhørende programmering, plan og gjennomføringsprosesser innebærer en forsinkelse på om lag 4 år før riving og start sykehusbygging kan påbegynnes. Reetableringskostnad og usikkerhet er antatt å utgjøre mer enn kr 1 milliard ekskl. mva. og tomteanskaffelse. I tillegg gir forslaget en deling av sykehuset mellom nytt og gammelt som ikke fremmer god integrasjon.

2E Skyskraper (planalternativ 1)

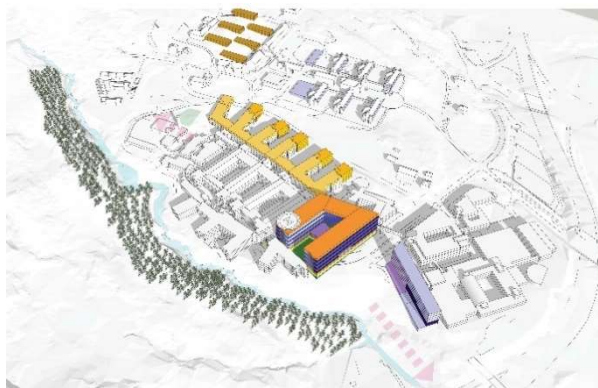
- Konsentrert utbygging på dagens inngangsplass med behandling i en stor u-formet bygning rundt en stor lysgård
- Ikke-medisinske funksjoner er lagt på sykehotellets tomt
- Sengeområdene lagt over behandlingsblokken slik at nybygget rager 15-18 etasjer over bakken
- Akuttmottak og forsyning legges på et plan under generelt inngangsnivå
- Til tross for en helt ny skala og bygningstypologi, gir forslaget noen åpenbare fordeler i intern logistikk, og god integrasjon med eksisterende sykehus



Forslaget utvikles ikke videre, grunnet høyden på opptil 18 etasjer, men kvalitetene bringes videre i 2F.

2F Tung (planalternativ 1)

- I likhet med 2E en konsentrert utbygging på dagens inngangsplass og åpenhet nedenfor sykehuset, men sengeområdene plassert som en utvidelse av dagens sengeområder
- Forslaget gir et mindre ruvende uttrykk sett fra omgivelsene enn 2E samtidig som interne avstander i behandlingen er relativt korte

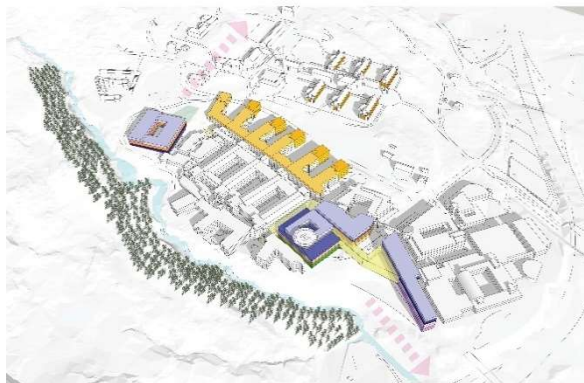


Forslaget utvikles videre, med innspill fra 2E.

Påbygg med sengeposter over eksisterende vurderes som lite realistisk med samme begrunnelse som alternativ 1A og 2A. Bearbeides videre med annen plassering av sengeposter.

3A Både og (planalternativ 1)

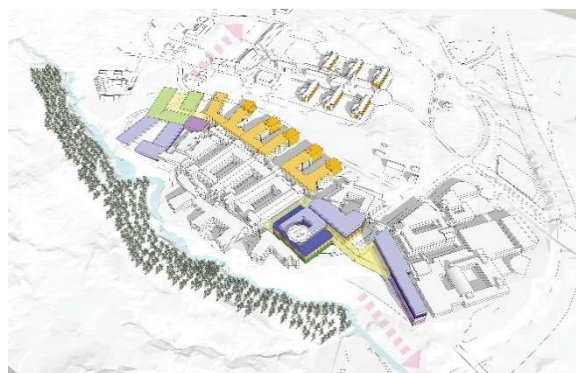
- Behandlingsområder fordelt i både nord og sør.
- Dagens sengeområde utvides med nye senger, og glassgaten forlenges på plan 1 sørøver
- Energisentral rives og må erstattes og utvides i sør eller sørøst
- Vestlige del av B-avsnittet rives eller bygges om
- Ved at glassgaten trekkes over innkjørsel integreres funksjoner i sør godt med resten av sykehuset, og dagens sykehus idé videreføres sømløst



Forslaget utvikles videre. Påbygg med sengeposter over eksisterende vurderes som lite realistisk med samme begrunnelse som alternativ 1A og 2A. Bearbeides videre med annen plassering av sengeposter.

3B Lav (planalternativ 1)

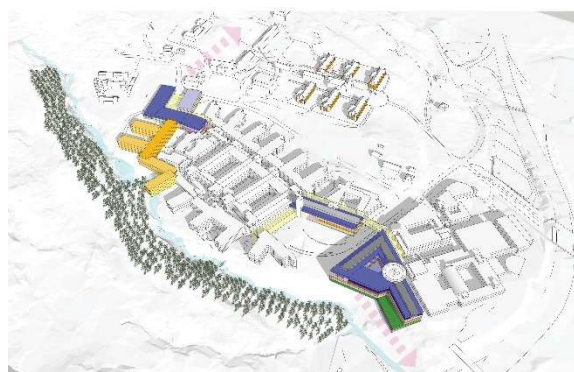
- Identisk med 3A bortsett fra at eikelunden i nord fjernes og denne delen holdes lav, maks 1-2 etasjer over terreng i harmoni med bebyggelsen i nabolaget



Forslaget utvikles ikke videre siden det tar opp et stort fotavtrykk til en relativt lite utnyttet bygningskropp, og fordelene med en liten skala synes ikke å oppveie for en dårlig kost/nytte-faktor.

3C Spredt (kombinert planalternativ 1 og 2)

- Behandlingsområde sør for innkjørsel og dagens inngangsplass
- Utbygging i nord med bygningsvolum som harmonerer med dagens sykehus og omgivelsene.



Forslaget utvikles ikke videre siden resultatet blir et sykehus som blir delt i to, og nye senger ligger langt fra behandlingsfunksjoner. Glassgaten kan ikke føres videre på plan 1 pga. innkjøringen til inngangsplassen. Fordelene ved skala og tilpasning opphever ikke ulempene ved vanskelig logistikk.

3D Urban kobling (planalternativ 1)

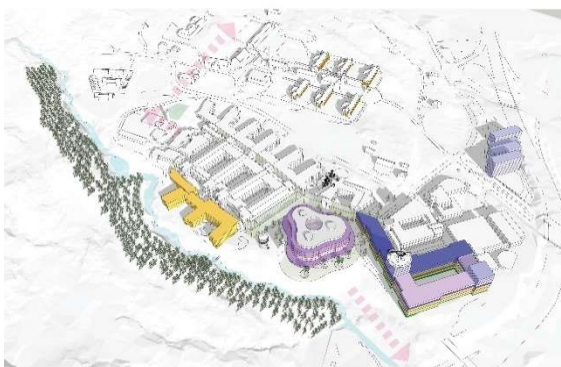
- Utvikling av nye bygg mellom Gaustad gamle sykehus og Rikshospitalet
- Selv om forslaget er illustrert noe tett på Gaustads fredede område inneholder det idéer og potensiale til en god integrering av hele bygningsmassen samt tette kommunikasjonsårer mellom behandling og sengeområder
- Det store grøntområdet mellom sykehusene utfordres, men gis nye kvaliteter som bør studeres nærmere.



Forslaget utvikles videre. Behandlingsområder i kjernen med sengeområder utenfor kan gi god funksjonalitet og fleksibilitet.

4A Barnehus

- Omrokering av sengeområder og kvinne/barn-senter som åpner for en tett sammenheng mellom nye sengeområder og behandling
- PKI rives og et nytt og annerledes bygg for barn legges på dagens inngangsplass.
- Resultatet blir tre distinkte enheter



Forslaget utvikles ikke videre siden interne avstander blir store og løsningen krever mye bygging, flytting og riving i flere steg for å lykkes. I tillegg er flytting av kvinne/barn etappe 2 aktivitet, samt at det ikke er bestemt hvor fødsler skal flytte fra Ullevål. Forholdet til Universitetets arealer er som i alternativ 2D.

4B Kompakt øst

- Et helt nytt behandlings- og sengebygg til erstatning for dagens sengeområde som må rives
- God mulighet for tett integrering av alle funksjoner
- Forslaget innebærer en ny skala for sykehus i området, men økningen i volum skjer i midten av anlegget, og kan virke gunstig for integrasjon av funksjoner i gamle Gaustad sykehus
- Bortsett fra sengeområdene kan eksisterende bygninger beholdes



Forslaget utvikles ikke videre da dette innebærer riving av alle sengeposter for oppbygging av ny behandling med sengeposter over. Driftsmessig et godt konsept, men kostnader til gjennomføring og omfanget riving gjør alternativet ikke gjennomførbart med sykehus i drift

Oppsummering:

Følgende alternativer fra innledende runder av mulighetsstudiene ble videreført og bearbeidet for ny vurdering.

- 1C Krone
- 2A Høy vifte (2A og 2B slått sammen)
- 2C Uten riving
- 2F Tung
- 3A Både og
- 3D Urban kobling

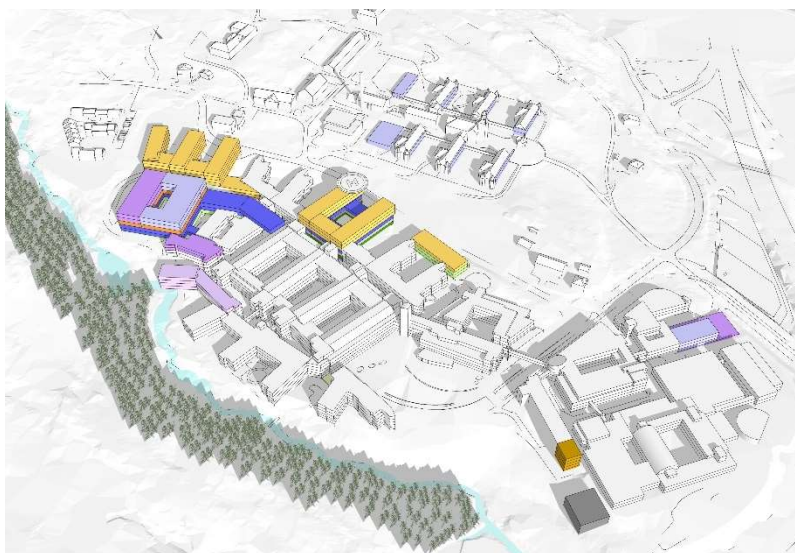
Siste runde med nedvalg til 3 alternativer

Etter de innledende rundene i mulighetsstudiene sto det igjen seks alternativer som ble bearbeidet, vurdert og grovt kostnadsvurdert. Innspill om styrker og svakheter til de enkelte alternativene ble innhentet gjennom en bred prosess hvor ansatte, brukere og ledelse fikk anledning til å bidra.

Alternativene er presentert i det etterfølgende.

1C Krone:

- Forslaget er noe bearbeidet fra innledende runde med senger og poliklinikk tettere på de sørligste eksisterende sengeområder på østsiden
- Eksisterende inngang og volumlogistikk beholdes
- Akuttmottak på midten, mulighet for skille akutt/elektiv, lokal/region
- Ligger til rette for føde/gyn mot sør i etappe 2
- Medfører mye riving av eksisterende areal og erstatningsarealer



Forslaget illustrerer en god mulig løsning av funksjonelle behov innenfor planalternativ 1, og videreføres til sluttevaluering.

2A Høy vifte:

- Forslaget er bearbeidet fra innledende runde med samling av akuttmottak i et av byggene
- Arealer til ikke-medisinsk service og undervisning som ikke får plass i viften er plassert i et høybygg på østsiden og skjærer ny hovedinngang
- Konsentrert etappe 1 som gir grunnlag for en fremtidig utvikling i nord
- Begrenser ytterligere utvikling i sør til å måtte omfatte UiO sine arealer



Forslaget illustrerer en god mulig løsning av funksjonelle behov, og kombinerer planalternativ 1 og 2. Det videreføres til sluttevaluering men må bearbeides for en bedre innpassing av etappe 2 arealer og funksjoner.

2C Uten riving:

- Uten riving er bearbeidet med flytting av sengeområder til østsiden av eksisterende sengeområder
- Sengeområdene etableres i grøntområdet og skaper nærhet til Gaustad
- Behandlingsbygget er bearbeidet med sammenkoblinger for effektiv intern flyt og logistikk



Forslaget illustrerer en løsning som innebærer lang avstand mellom sengeområder og ny behandling, og vil dermed gi dårlig driftseffektivitet selv med rokkeringer av dagens sengeområder. Forslaget innebærer videre stor grunnflate og legger dermed beslag på arealer som begrenser fremtidige utvidelser som etappe 2. Forslaget videreføres ikke.

2F Tung:

- Forslaget er bearbeidet med sengeområder nær nytt behandlingsbygg
- Innarbeidet nytt bygg på østsiden som skjermer ny hovedinngang på østsiden

Forslaget illustrerer et tungt behandlingsbygg som gir god fleksibilitet. Men sengeområder på sørsiden av nytt behandlingsbygg medfører driftsmessige utfordringer med fraskilte sengeområder i forhold til eksisterende. Sengeområder på sørsiden av nytt behandlingsbygg legger beslag på arealer som begrenser etappe 2 i forhold til nærhetsbehov. Forslaget videreføres ikke, men elementer med behandlingsbygg vurderes kombinert med andre alternativ.



3A Både og:

- Forslaget er bearbeidet med flytting av sengeområder som ikke kunne påbygges eksisterende
- Behandling i nord er flyttet østover for å unngå riving av teknisk sentral
- Hovedinngang flyttet til østsiden. Ny bygning til f.eks ikke medisinsk service skjermer inngangsparti

Forslaget illustrerer en løsning med sengeområder langt unna behandling. Forslaget legger også beslag på arealer for videre utvidelser. Forslaget videreføres ikke.



3D Urban kobling:

- Forslaget er bearbeidet med behandling tilpasset eksisterende bygninger og viderefører god logikk
- Sengeområder er bearbeidet for mer inviterende form til Gaustad sykehus
- Noen sengeområder er flyttet til sørsiden av dagens inngangsplass



Forslaget gir konsentrerte behandlingsområder som er fleksible og tilpassningsdyktige. Representerer en «urban» områdeutvikling, og legger til rette for utvidelse av behandlingsfunksjoner i nye bygg med nærhetsbehov ivaretatt på sørsiden av dagens inngangsplass. Forslaget har omfattende riving og kommer derfor dårlig kostnadmessig ut. Forslaget videreføres og bearbeides med redusert omfang av riving.

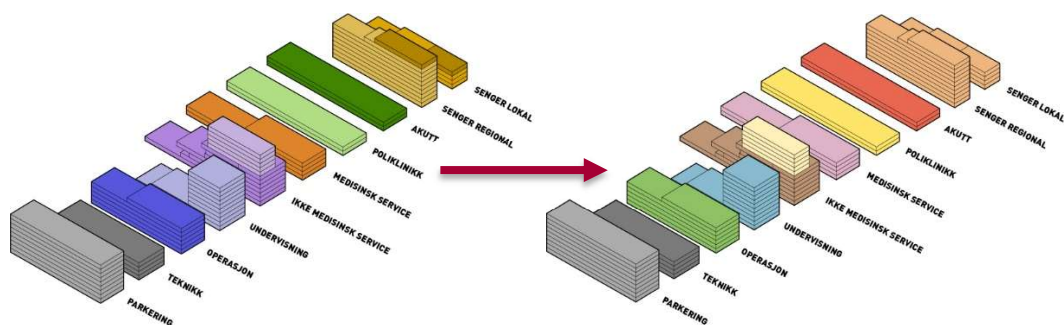
Oppsummering:

Etter gjennomført nedvalgsprosess i bredt sammensatt workshop og samhandlingsprosess ble det pekt ut tre alternativer som ble videreført og ytterligere bearbeidet inn til evalueringsprosessen for valg av alternativ til videreføring. Alternativene var «Krone», «Høy vifte» og «Urban kobling». Alternativene representerer tre ulike løsninger for etappe 1, men vil bli mer like ved en full utbygging inkludert etappe 2 ettersom bebyggede områder i det ene forslaget blir tilsvarende ledige tomter i det andre. Ved full utbygging vil de fleste områder med krav til en viss grad av nærhetsbehov være utbygd.

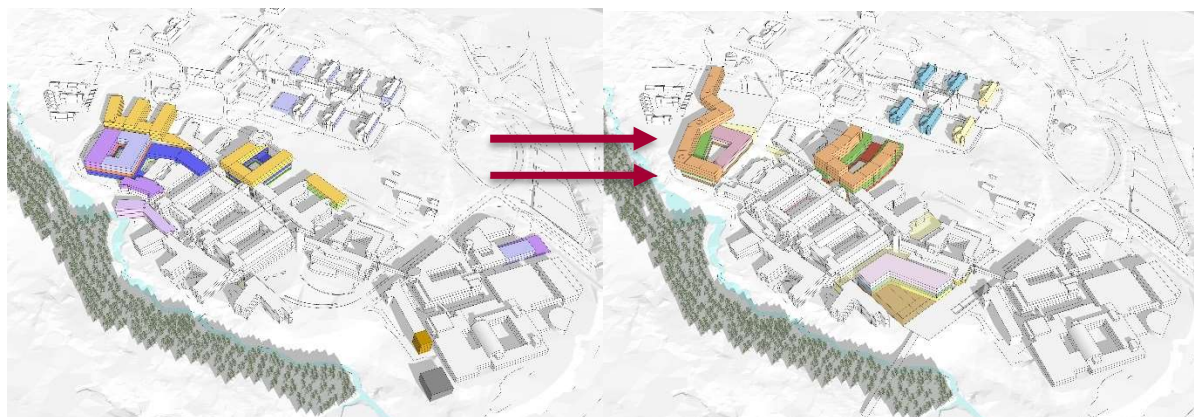
Den videre bearbeiding av alternativene før evalueringen har blitt utført med bakgrunn i kommentarer fra medvirkningsprosessen, samt behovet for ivaretagelse av etappe 2 i tillegg til fokus på redusert omfang av riving for å redusere kostnader, erstatningsarealer, rokader og miljøbelastning.

Alternativene er gitt nye navn og har blitt samkjørt med Aker med hensyn til fargebruk for de ulike funksjonsområdene. 1C «Krone» bearbeides og kalles «Nord», 2A «Høy vifte» bearbeides og kalles «Sør» og 3D «Urban kobling» bearbeides og kalles «Øst».

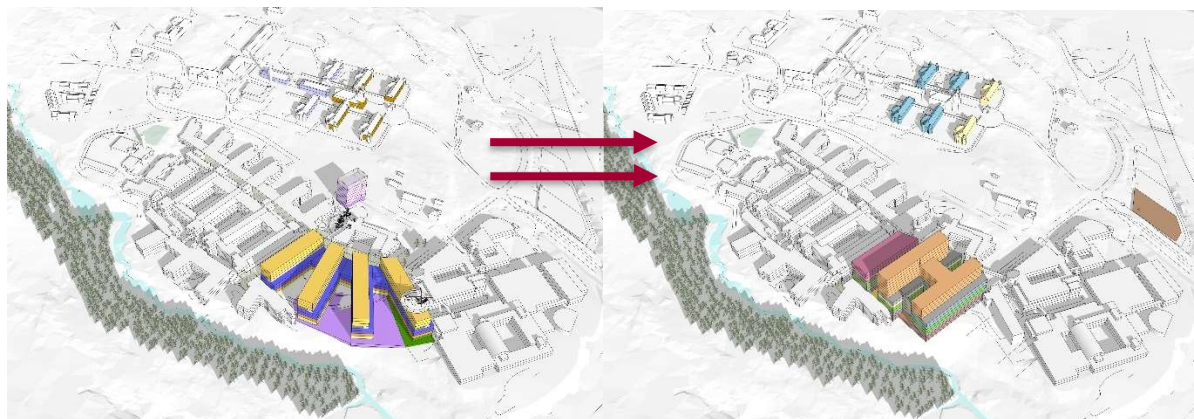
Fargepalett med sammenheng mellom gamle og nye farger er vist i figuren nedenfor.



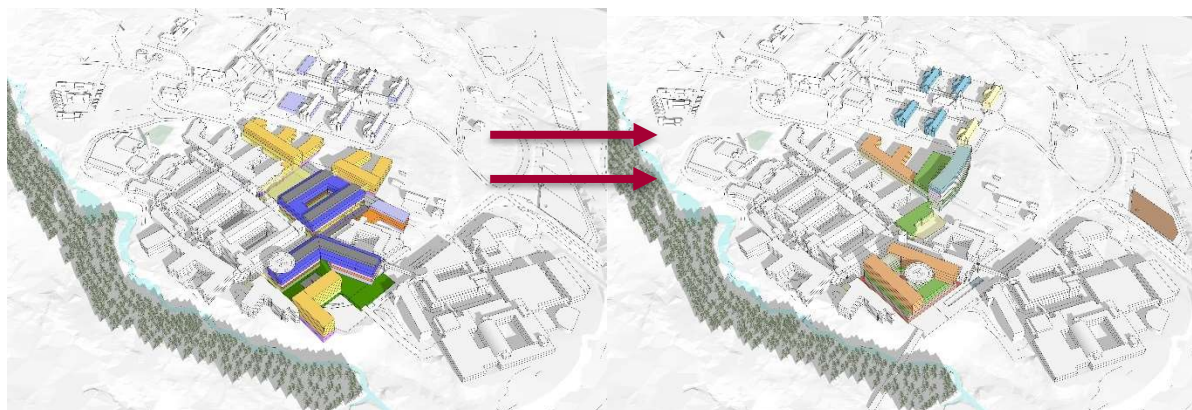
De bearbejdede alternativene som videreføres til evaluering er vist. Alternativene er ytterligere utdypet med beskrivelser i rapportens kapittel 5.



«Krone» bearbejdes til «Nord»



«Høy vifte» bearbejdes til «Sør»



«Urban kobling» bearbeides til «Øst»

Videreutvikling Aker og Gaustad
Konseptfase Aker - Steg 1
Oslo universitetssykehus HF



Prosjekt:

Nytt sykehus på Aker

Tittel:

Videreutvikling Aker og Gaustad Konseptfase Aker - Steg 1 Oslo universitetssykehus HF

PG – prosjekteringsgruppen med flere

01	Til styringsgruppen	16.05.18	PG	RIT	DAB	
Rev.	Beskrivelse	Rev. Dato	Utarbeidet	Kontroll	Godkjent	
Kontraktor/leverandørs logo:		Bygg nr:	Etasje nr.:	Systemgr.:	Antall sider: 1 av 69	
Prosjekt:	Kontrakt nr:	Fag:	Dok.type:	Løpenr.:	Rev.nr.:	Status:
NSA	8001	A	RA	0001	01	G

INNHALDSFORTEGNELSE

1	SAMMENDRAG	3
2	BAKGRUNN.....	6
2.1	Hensikt	6
2.2	Mandat.....	7
2.3	Mål	7
2.4	Alternativer som skal utredes.....	8
2.5	Prosjektorganisering	9
2.6	Arbeidsmetode og prosess	10
2.7	Samhandling	11
3	PLAN- OG PROGRAMGRUNNLAG	15
3.1	Hovedprogram	15
3.2	Planstatus og regulering.....	19
3.3	Interessentbildet.....	20
3.4	Tomt, område.....	20
3.5	Eierforhold	25
4	MULIGHETSSSTUDIER - FRA MANGE TIL FÅ	26
4.1	Prosess og utvelgelse	26
5	PRESENTASJON AV DE TRE VALGTE KONSEPTER	29
5.1	Felles for alle konsepter	29
5.2	Konsept Utsikt	32
5.3	Konsept Paviljonger.....	40
5.4	Konsept Diagonal.....	48
6	KALKYLE – ØKONOMISKE ANALYSER.....	56
6.1	Prosjektkostnad - sammenligning av tre alternativer.....	56
6.2	Usikkerhetsanalyse.....	58
6.3	LCC-analyser	58
6.4	Driftsøkonomiske vurderinger	58
7	EVALUERING MED DRØFTING OG ANBEFALING	60
7.1	Generelt.....	60
7.2	Kriterier og evalueringsmodell.....	60
7.3	Evaluering og drøfting	62
7.4	Anbefaling.....	68
8	VEDLEGG	69

1 SAMMENDRAG

Oslo universitetssykehus HF skal utvikles som tre sykehus med en klar profil; et lokalsykehus på Aker, et samlet og komplett regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner på Gaustad og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark. I juni 2017 ble det besluttet at arbeidet med Oslo universitetssykehus HF skal videreføres med oppstart konseptfase for Aker og Gaustad fra årsskiftet 2017/18.

Denne rapporten beskriver første steg i konseptfasen for lokalsykehus på Aker. Konseptfasen bygger på godkjent idéfase.

Formålet med konseptfasen for nytt sykehus på Aker er å utrede og fremskaffe et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det konseptet som best oppfyller målene innenfor de rammer som er fastsatt av Helse Sør-Øst RHF. Gjennomføringen av konseptfasen skal tilrettelegges slik at styret i Helse Sør-Øst RHF, i desember 2018, kan vedta et konsept som gir grunnlag for lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet, og som skal bearbeides videre i en forprosjektfase.

Prosjektmandatet ble godkjent av Helse Sør-Øst RHF den 28.09.2017, og beskriver overordnede mål og føringer. Dette inkluderer hvilke alternativer som skal utredes, dimensjonerende forutsetninger, hovedaktiviteter og hvordan prosjektet skal organiseres og styres.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en egen prosjektorganisasjon med ressurser fra Sykehusbygg HF til å lede arbeidet. Det er etablert et tett og strukturert samarbeide mellom Helse Sør-Øst RHF sin prosjektorganisasjon og Oslo universitetssykehus HF som omfatter alle ledd i de respektive organisasjoner.

Prosjekteringsgruppen for nytt sykehus på Aker ble kontrahert i januar 2018, og har stått for utarbeidelse av alternativvurderingene og tilhørende kostnadsanslag i steg 1 av konseptfasen. Arbeidet er utført i tett samarbeid med prosjektorganisasjonen og Rambøll som er engasjert som planrådgiver. For å sikre en god prosess med involvering fra brukere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten ved Oslo universitetssykehus HF er det etablert en medvirkningsstruktur som har sikret medvirkning og forankring på flere nivåer.

Basert på de forutsetninger som er lagt til grunn, er det som basis for etappe 1 lagt til grunn et utbyggingsbehov tilsvarende ca. 121 000 m².

	Kvm netto	Kvm brutto
Somatisk virksomhet for 4 bydeler	34 000	72 000
Psykisk helsevern og TSB for 7 bydeler	17 500	37 000
Universitetsarealer		12 000
Sum		121 000

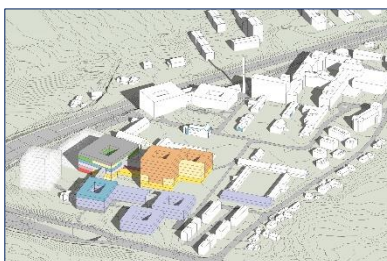
Det foreligger fastsatt planprogram fra Oslo kommune, vedtatt 12. april 2018. Planrådgiver Rambøll har startet opp arbeid med reguleringsplan med tilhørende konsekvensutredning.

I starten av konseptfasen ble 14 ulike tilnærminger belyst for å få frem ulike idéer og tanker om hvordan utbyggingen kan løses. Dette ble først redusert til fem og deretter til de tre alternativene som inngår i sluttevalueringen:

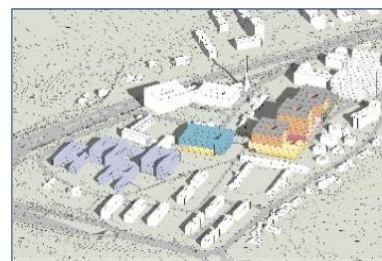
Konsept *Utsikt*
plassert i sentrum av tomten



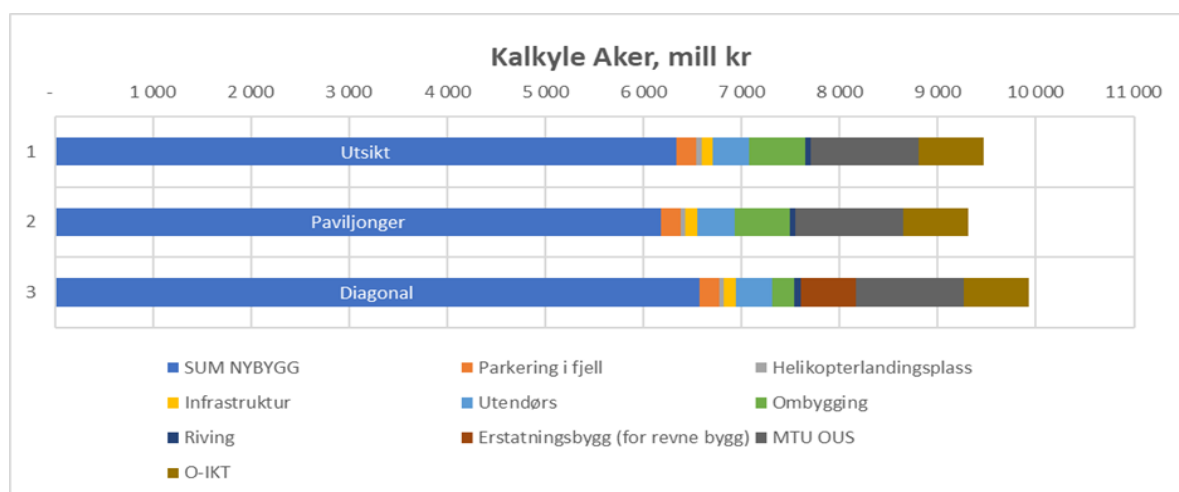
Konsept *Paviljonger*
plassert sør på tomten



Konsept *Diagonal*
plassert diagonalt på tomten



Alle tre alternativene har et totalt areal på 120 000 – 125 000 m² brutto basert på en hovedvekt av nybygg, men også noe bruk av eksisterende bygg. Bruk av eksisterende bygg drar opp det samlede arealet litt sammenlignet med å legge alt i nye bygg, men bidrar samtidig til å aktivisere bygninger med vernestatus, og dermed gi disse en aktiv status også i framtida. Kostnadsbildet for hvert alternativ er i hovedtrekk slik som vist i figuren under:



Dette betyr at den foreløpige kostnadsvurderingen indikerer en forventet projektkostnad for etappe 1 på mellom 9 og 10 mrd. kr. inkl. mva. Alternativet Diagonal har noe høyere projektkostnader enn de to andre alternativene. Kjøp av eiendommer er ikke inkludert i kostnadstallene, og det samme gjelder eventuell oppgradering av veier utenfor tomteområdet.

Det er gjennomført en evaluering i en omfattende prosess med deltakelse fra arkitekt og rådgivere, representanter for Oslo universitetssykehus HF, finansavdelingen i Helse Sør-Øst RHF og prosjektorganisasjonen til Helse Sør-Øst RHF. Evalueringen har resultert i følgende bilde:

Evalueringskriterier	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Kvalitet i pasientbehandling	+++	+	0
Godt og sikkert arbeidsmiljø	+++	++	0
Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon	0	0	0
Tilrettelagt for etappevis utbygging	+++	+	0
Andre samfunnseffekter	++	++	0
Gjennomføringsrisiko og tid	+	++	0
Økonomi – prosjektkostnad (ekskl. tomt)	9,5 mrd.	9,3 mrd.	9,9 mrd.
Økonomi - drift	++	+	0

0: Likneverdig eller svakest, + noe bedre, ++ bedre, +++ mye bedre

Dette innebærer at konseptet Utsikt kommer ut med det beste evalueringresultatet. Dernest kommer Paviljonger, og til slutt Diagonal, som både funksjonelt og driftsøkonomisk kommer svakest ut. Ut fra dette er det Utsikt som anbefales videreført for utdyping i steg 2 av konseptfasen.

Som en del av steg 2 må man også søke å få nærmere klarhet i risikoelementene knyttet til riving av vernede og verneverdige bygninger samt tomteervervelse.

2 BAKGRUNN

2.1 Hensikt

Oslo universitetssykehus HF skal utvikles som tre sykehus med en klar profil; et lokalsykehus på Aker, et samlet og komplett regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner på Gaustad og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark. I juni 2017 ble det besluttet at arbeidet av Oslo universitetssykehus HF skal videreføres med oppstart konseptfase for Aker og Gaustad fra årsskiftet 2017/18.

Formålet med konseptfasen for videreutvikling av Aker og Gaustad er å utrede og fremskaffe et faglig godt grunnlag som gir tilstrekkelig sikkerhet for valg av det konseptet som best oppfyller målene innenfor de rammer som er fastsatt av Helse Sør-Øst RHF. Gjennomføringen av konseptfasen skal tilrettelegges slik at styret i Helse Sør-Øst RHF, i desember 2018, kan vedta en konseptrapport som gir grunnlag for lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet, og som skal bearbeides videre i en forprosjektfase.

For gjennomføringen av konseptfasen har prosjektet lagt Veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter (2017) til grunn, og delt gjennomføringsløpet i to steg. Det første steget (steg 1) omfatter hovedprogram og utredning av alternativer hvor det skal tas stilling til hvilket alternativ som skal anbefales videreført for utdypning i steg 2. Utdypingen i steg 2 omfatter detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger som ender med konseptrapport og skisseprosjekt som resultat.

For alternativet som videreføres til steg 2 utarbeides det også en delrapport med detaljerte driftsøkonomiske analyser som del av vurdering av økonomisk bæreevne og – risiko. Disse vil også danne grunnlag for å etablere gevinstrealiseringsplaner. Dette arbeidet vil gjennomføres av prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF.

Denne rapporten omhandler og dokumenterer gjennomført steg 1 for nytt sykehus på Aker. Tilsvarende rapport er utarbeidet for nytt sykehus på Gaustad.

I følge revidert veileder for tidligfasen i sykehusprosjekter (2017) skal konseptfasen bygge på en godkjent utviklingsplan og et styringsdokument/mandat for oppstart av konseptfase. Oslo universitetssykehus HF startet i 2012 en utredning for å se på fremtidig organisering og lokalisering av sykehuset. Prosjektet ble kalt Framtidens OUS, idéfase, og var å betrakte som en strategisk plan lik dagens utviklingsplaner. Konseptfasen for videreutvikling av Aker og Gaustad bygger på det målbildet som ble besluttet på grunnlag av idéfasen i foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016.

Oslo universitetssykehus HF fikk i 2017 i oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF å utarbeide en utviklingsplan som innarbeider grunnlaget fra idéfasen og det nye målbildet. *Oslo universitetssykehus – Utviklingsplan 2035* ble godkjent av styret i OUS den 25. april 2018. Planen skal sørge for at underliggende planer støtter opp om det overordnede målbildet og viser retning for hvordan helseforetaket vil utvikle virksomheten for å møte framtidige behov for helsetjenester.

2.2 Mandat

I foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016 ble videreføring av planene for utvikling av Oslo universitetssykehus HF behandlet. Foretaksmøtet godkjente målbildet for Oslo universitetssykehus HF basert på styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF, behandlet 16. juni 2016. Dette innebærer at Oslo universitetssykehus HF utvikles som tre sykehus med en klar profil; et lokalsykehus på Aker, et samlet og komplett regionsykehus med lokalsykehusfunksjoner på Gaustad og et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet. I tillegg skal det etableres en regional sikkerhetsavdeling (RSA) til erstatning for nåværende virksomhet på Dikemark.

I styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF ble det lagt til grunn at det skulle arbeides videre med å avgrense og konkretisere innhold og løsning for et første utbyggingstrinn på Aker og Gaustad før det tas beslutning om oppstart konseptfase og videre fremdrift.

I styremøte den 15. juni 2017 i sak 072-2017, behandlet styret i Helse Sør-Øst RHF en samlet rapport hvor forslag til avgrensning og konkretisering av innhold og løsning for et første utbyggingstrinn på Aker og Gaustad ble lagt fram. Styret fattet følgende vedtak:

1. *Styret gir sin tilslutning til at arbeidet med utvikling av Oslo universitetssykehus HF videreføres med oppstart konseptfase for Aker og Gaustad.*
2. *Styret forutsetter at det videre arbeid tilrettelegges med oppstart konseptfase ved årsskiftet 2017/18.*
3. *Styret gir administrerende direktør fullmakt til å utarbeide mandat for konseptfasen for hhv. Aker og Gaustad.*
4. *Styret ber Oslo universitetssykehus HF om å avsette nødvendige ressurser til medvirkning og forankring, utvikling av virksomhetsmodell, driftskonsepter og bemanning, samt planer for gevinstrealisering.*
5. *Styret påpeker at det er knyttet gjennomføringsrisiko til lokaliseringsalternativene og ber om at det ikke utelukkes alternativ plassering innen Oslo universitetssykehus HF's tomtearealer om risikobildet tilsier dette. Styret skal holdes orientert underveis i utredningen og spesielt knyttet til gjennomføringsrisiko.*
6. *Styret forutsetter at det ikke gjøres disponeringer mens utredningen pågår som kan hindre alternative løsninger i fremtiden.*
7. *Styret legger til grunn at konseptfasen for både Aker og Gaustad gjennomføres innenfor en samlet ramme på 100 MNOK inkl. mva. og at konseptfaserapportene for hhv. Aker og Gaustad legges fram for styret til godkjenning i desember 2018.*

I samsvar med punkt 3 i styrets vedtak er det utarbeidet et mandat for gjennomføring av konseptfasen for videreutvikling av Aker og Gaustad. Prosjektmandatet ble godkjent av Helse Sør-Øst RHF den 28.09.2017, og beskriver overordnede føringer og mål, hvilke alternativer som skal utredes, dimensjonerende forutsetninger, hovedaktiviteter og hvordan prosjektet skal organiseres og styres.

2.3 Mål

I følge mandatet og med basis i idefaserapporten og etterfølgende styresaker i Helse Sør-Øst RHF skal følgende samfunns mål legges til grunn for konseptfasen:

Utviklingen av Aker og Gaustad skal sammen med et spesialisert kreftsykehus på Radiumhospitalet sikre at Oslo universitetssykehus HF gir et helsemessig godt og samfunnsøkonomisk effektivt sykehusstilbud til Oslos befolkning, samt at region-, lands- og universitetsfunksjoner ivaretas i henhold til forutsatte planer.

Videreutvikling av Aker og Gaustad skal tilpasses de føringer som fremkommer av Nasjonal helse- og sykehusplan og Helse Sør-Øst RHF sin strategi knyttet til utvikling av helsetjenester i et langsiktig perspektiv. De totale løsningene skal sikre at dimensjonering og driftskonsept, samt oppgave- og funksjonsfordelinger blir ivare tatt i dette fremtidige helseperspektivet.

Aker og Gaustad skal videreutvikles sammen med Universitet i Oslo som sentrale nasjonale arenaer for forskning, utdanning og innovasjon, integrert med pasientbehandlingen.

I tillegg er det i mandatet definert en rekke effektmål for Oslo universitetssykehus HF, disse inngår som en del av evalueringskriteriene beskrevet i kapittel 7.

2.4 Alternativer som skal utredes

I henhold til mandatet skal det for Aker utredes følgende utbyggingsløsninger:

- Alternativ 1: Videreføring av anbefalt løsning fra idéfasen med somatikk i sør og psykisk helsevern/TSB mot øst.
- Alternativ 2: Somatikk på østre del av tomt langs Sinsenveien og psykisk helsevern/TSB i sør.
- Alternativ 3: Somatikk på vestre del av tomten langs Trondheimsveien og psykisk helsevern/TSB i sør.

Disse forutsetningene var basert på tilgjengelig kunnskap høsten 2017, forut for at reguleringsprosessen hadde konkretisert mulighetsrommet på tomten. Gjennom planarbeidet ble det derfor tydelig at disse forut definerte alternativene til dels ville være i konflikt med foreslåtte planalternativer samt at de ville legge begrensninger på muligheten til å finne frem til de beste løsningsalternativene. Det ble derfor besluttet å frigjøre seg fra disse forut definerte alternativene, og heller gå bredt ut i en mulighetsstudie som beskrevet i kapittel 4, for å komme frem til de tre alternativene som er evaluert.

Et nullalternativ har vært utredet i forbindelse med alternativsutredningene i arbeidet med idéfasen. Det har derfor ikke vært aktuelt å gjøre dette i forbindelse med konseptfasen, ettersom målbylde og lokalisering er godkjent av foretaksmøte i Helse Sør-Øst RHF den 24. juni 2016. I tråd med prosjektets mandat er nullalternativet tatt med som basis for beregning av driftsøkonomiske effekter.

Det er som del av evalueringen i steg 1 gjort en kvalitativ vurdering av hvor godt alternativene er tilrettelagt for god driftsøkonomi og rasjonell bruk av ressurser. For alternativet som videreføres til steg 2 vil det, som beskrevet i mandatet for prosjektet, utarbeides mer detaljerte driftsøkonomiske analyser som del av beregning av økonomisk bæreevne.

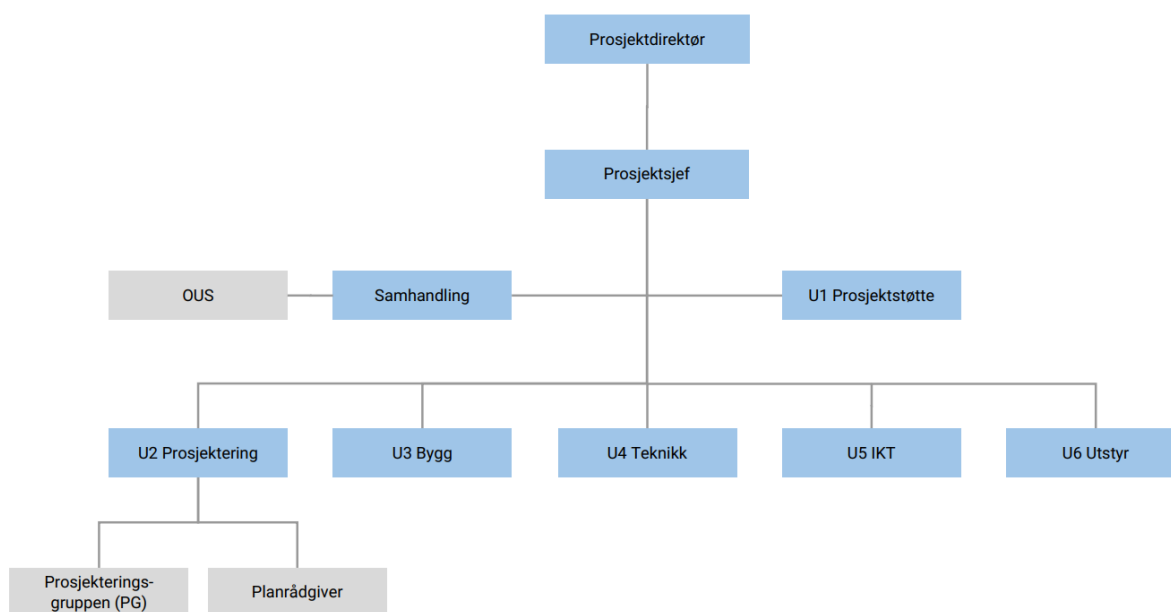
2.5 Prosjektorganisering

Helse Sør-Øst RHF har etablert en egen styringsgruppe for videreutvikling av Oslo universitetssykehus HF med representanter fra ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF, Kunnskapsdepartementet, Universitetet i Oslo og Oslo kommune. I tillegg deltar også representanter for de ansattes organisasjoner og brukerorganisasjonene, samt hovedverneombudet ved Oslo universitetssykehus HF. Helse- og omsorgsdepartementet deltar som observatør. Styringsgruppen ledes av administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

Helse Sør-Øst RHF har etablert en egen prosjektorganisasjon med ressurser fra Sykehusbygg HF til å lede arbeidet. Prosjektleder rapporterer til styringsgruppen via administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF.

Konseptfasen for videreutvikling av Aker og Gaustad gjennomføres som ett prosjekt ledet av én prosjektleder som sørger for at prosesser og løsninger for de to lokasjonene på Aker og Gaustad samordnes.

Prosjektorganisasjonen for nytt sykehus på Aker er vist i figuren under.



Illustrasjon 1: Prosjektorganisasjonen for nytt sykehus på Aker

Prosjekteringsgruppen for nytt sykehus på Aker ble kontrahert i januar 2018, og har stått for utarbeidelse av alternativvurderingene og tilhørende kostnadsanslag i steg 1 av konseptfasen. Arbeidet er utført i tett samarbeid med prosjektorganisasjonen og Rambøll som er engasjert som planrådgiver.

Prosjekteringsgruppen består av:

- Nordic Office of Architecture og AART architects
- Bjørbekk & Lindheim landskapsarkitekter
- Metier/OEC (økonomisk rådgiver)
- COWI (teknisk rådgiver)

- Norconsult (teknisk rådgiver og rådgiver for utarbeidelse av kostnadskalkyler)

Oslo universitetssykehus HF har etablert et internt opplegg for medvirkning og oppfølging i konseptfasen, slik at det sikres god forankring av løsninger, arbeid med utvikling av konsepter og tilhørende driftsmodeller og driftseffektivisering. Medvirkningsprosessen har involvert ansatte, brukere, ansattes organisasjoner og vernetjenesten slik at Helse Sør-Øst RHF sine prinsipper for medvirkning er ivaretatt.

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for å sikre nødvendig forankring av tiltak og løsninger mot brukere og ansatte i egen organisasjon. Helseforetaket har også et særskilt ansvar for å bidra ved vurderinger av driftsøkonomiske konsekvenser av alternative driftsmodeller i nytt bygg. Det er etablert egen samhandlingsstruktur som sikrer medvirkning fra Oslo universitetssykehus i utarbeidelsen av konseptrapporten. Dette er nærmere beskrevet i kapittel 2.7.

2.6 Arbeidsmetode og prosess

Arbeidsformen i konseptfasens steg 1 har gått fra idémyldring med mange alternativer til tre alternativer som har inngått i en grundig evaluering. I den initiale fasen har det vært viktig å få frem alternativer som belyser ulike sider og muligheter. Antall alternativer/idéer som kom frem i denne fasen var 14 for Aker.

Som grunnlag for gjennomføring av idémyldring og mulighetsstudier har foreløpig funksjonsprogram blitt benyttet. Programmet gir nettoarealer for hovedfunksjoner på et nivå som setter prosjekteringsgruppen i stand til å bearbeide volumstudier for hovedfunksjoner, og lage skisser som grunnlag for vurdering av nærhetsbehov, funksjon og flyt.

Basis for funksjonsprogrammet er analyser og framskrivning utført i rapport våren 2017. (*Videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF – Avklaring av videre arbeid med utbygging på Aker og Gaustad – Versjon 2.0 – 06.06.2017*).

Nivået på funksjonsprogrammet som er benyttet i denne fasen har en ferdiggrad på ca. 40 %. Det vil fram til oppstart av steg 2 arbeides videre med funksjonsprogrammet, inklusiv oppdaterte framskrivinger av kapasitet. Det er derfor lagt til grunn at volumene som benyttes for alternativvurderingen i steg 1 må ha nødvendig fleksibilitet i seg til å fange opp endringer i steg 2.

Med dette grunnlaget har prosjekteringsgruppen gjennomført mulighetsstudier gjennom kreative interne arbeidsgrupper og lagt frem arbeidet i bredt sammensatt workshops med deltakelse fra OUS, prosjektorganisasjonen, planrådgiver og prosjekteringsgruppen. Hensikten med disse workshopene har vært drøfting med forbedring av aktuelle konsepter og utelukking av uaktuelle konsepter.

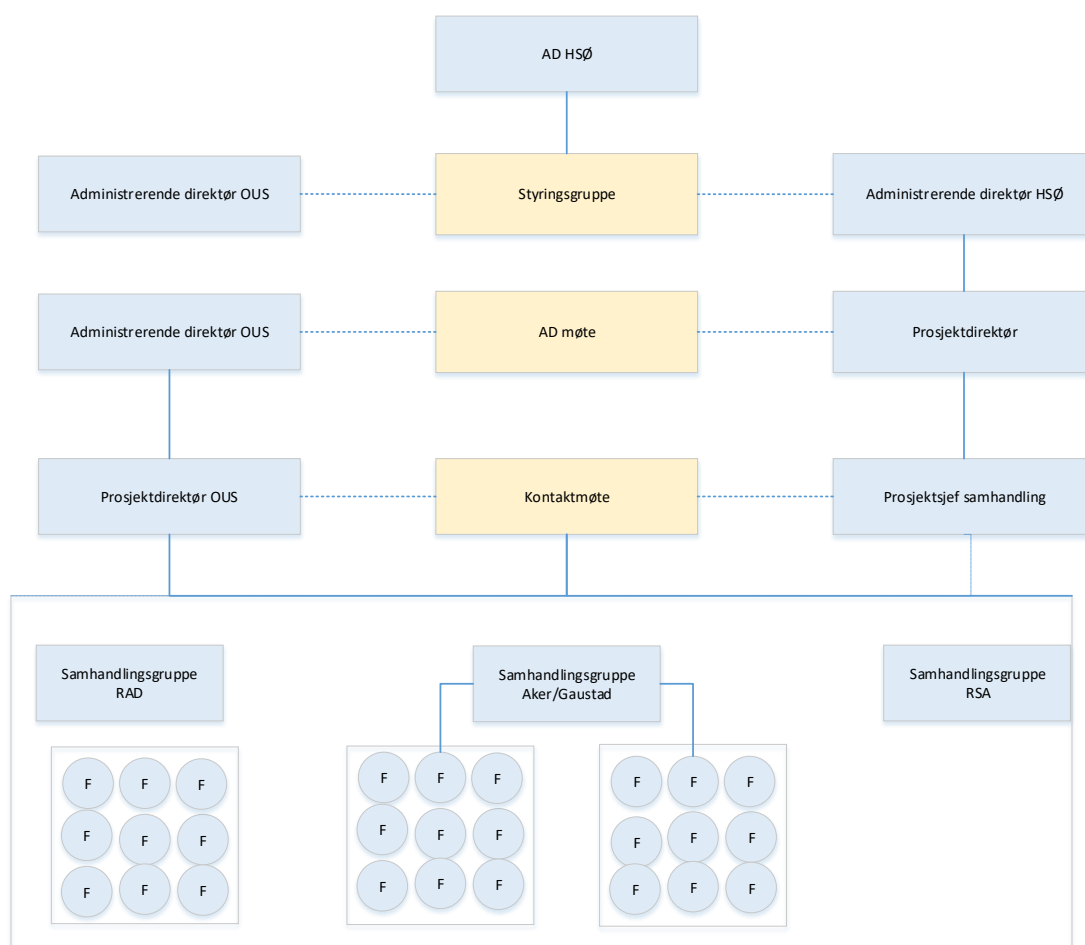
Resultatene fra workshopene har blitt brakt inn i samhandling og medvirkning hvor bredt sammensatte fora fra Oslo universitetssykehus HF er gitt anledning til å gi innspill til de ulike konseptene. Prosessen fra en innledende bred vurdering av mange idéer til 3 alternativer som grunnlag for en sluttevaluering, er beskrevet i kapittel 4.

De gjenstående 3 alternativene presenteres i kapittel 5. I kapittel 7 beskrives evalueringsmetode og kriterier som er lagt til grunn for evalueringen. Alternativene er evaluert innbyrdes mot hverandre. Ut fra en samlet vurdering fremkommer en rangering av alternativene. Det beste

alternativet anbefales utdypet videre i konseptfasens steg 2 gjennom skisseprosjekt med tilhørende kalkyler og utredninger.

2.7 Samhandling

For å sikre en god prosess med involvering fra brukere, ansatte, tillitsvalgte og vernetjenesten ved Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo er det etablert en medvirkningsstruktur som har sikret medvirkning og forankring på flere nivå, slik vist i illustrasjonen under.



Illustrasjon 2: Samhandlingsstruktur for fase 2 med egen Samhandlingsgruppe for Aker og Gaustad

Styringsgruppen er den overordnede beslutningsarenaen mellom Helse Sør-Øst RHF og Oslo universitetssykehus HF.

AD-møtet er en overordnet beslutningsarena mellom Oslo universitetssykehus HF og prosjektorganisasjonen, hvor saker knyttet til prosjektgjennomføringen besluttes innenfor de fullmakter som er gitt til henholdsvis administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus HF og prosjektdirektør for prosjektorganisasjonen.

Kontaktmøtet er felles for alle byggeprosjektene ved OUS og skal følge opp definerte aktiviteter og oppgaver, og sikre at arbeidet gjennomføres som forutsatt.

Oslo universitetssykehus HF har ansvar for at nødvendige avklaringer og beslutninger om innhold, omfang og organisering av virksomheten tas. Oslo universitetssykehus HF har videre ansvar for å sikre nødvendig forankring av tiltak og løsninger mot brukere og ansatte i egen organisasjon.

2.7.1 Fokusgrupper

Ansatte, ansattes organisasjoner, vernetjenesten og brukerrepresentanter har medvirket i fokusgrupper ved at de har tilført kunnskap og erfaringer til prosjektorganisasjonen. Formålet har vært å bidra til:

- at pasientens helsetjeneste blir ivaretatt med funksjonsdyktige, pasientvennlige og driftsøkonomiske løsninger
- engasjement, forankring og eierskapsfølelse hos brukere og ansatte som grunnlag for god og vellykket organisasjonsutvikling og drift

Det er utarbeidet et mandat for hver av gruppene som er godkjent av OUS. Deltagerne har vært oppnevnt av klinikkledelsen ved sykehuset. Fokusgruppene har vært ledet av en gruppeleder med forankring i relevant klinikk. Referat fra møtene med avklaringer og konklusjoner har vært hovedleveransen fra fokusgruppene, og vil være underlag for hovedprogrammet.

Det er etablert 8 fokusgrupper som har fått i oppgave å:

- Beskrive prinsipper for person- og vareflyt til, fra og innad i sykehuset
- Avklare krav til nærhet mellom funksjoner

I arbeidet og vurderingene som gjøres skal hensynet til pasientens helsetjeneste og ansattes arbeidsmiljøer bli ivaretatt med funksjonsdyktige, pasientvennlige og driftsøkonomiske løsninger for sykehusene.

Følgende fokusgrupper er etablert:

- A1 Medisin og kirurgi, døgnplasser
- A2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialist rusbehandling (TSB)
- A3 Akuttmottak
- A4 Poliklinikk og dagbehandling
- A5 Medisinsk service
- A6 Ikke medisinsk service
- A7 Universitetsarealer, undervisning og forskning
- A8 Operasjon, intensiv, postoperativ/overvåking.

For å sikre og tydeliggjøre strategiske føringer for overgripende virksomheter har de to første av i alt fire møter, vært holdt sammen med respektive fokusgrupper for nytt sykehus på Gaustad.

Det er også opprettet felles fokusgrupper for områdene:

- Teknisk drift og sikkerhet
- Logistikk
- Medisinsk teknisk utstyr, IKT og teknologi

Oslo universitetssykehus HF har etablert fokusgrupper for å sikre de gjenværende funksjoner på Ullevål. Dette inngår ikke i prosjektorganisasjonens leveranse, men har et grensesnitt til enkelte nærhetsbehov mellom funksjoner i etappe 1 og 2.

De overordnede temaene for de fire møteseriene har vært:

Møteserie 1:

- Introduksjon til arbeidet. Mandat for fokusgruppens arbeid
- Nærhetsbehov og funksjonssammenhenger

Møteserie 2:

- Planforutsetninger
- Nærhetsbehov og funksjonssammenhenger

Møteserie 3:

- Presentasjon av fem alternative konsepter (utbyggingsløsninger)
- Identifisering av styrker og svakheter ved konseptene

Møteserie 4:

- Innspill til evaluering av tre gjenværende konsepter

2.7.2 Samhandlingsgruppe

For å sikre koordinering og forankring på tvers av fokusgrupper er det etablert en samhandlingsgruppe som består av lederne for fokusgruppene, klinikklederne, samhandlingsansvarlig OUS og klinisk prosjektkoordinator fra OUS, tillitsvalgte, vernetjenesten og brukerrepresentanter, samt samhandlingsansvarlig for prosjektorganisasjonen.

2.7.3 Samhandling med Universitetet i Oslo

Det skal etableres forsknings- og undervisningsarealer i det nye sykehuset. Universitet i Oslo har medvirket i prosessen og vært representert i styringsgruppen, samhandlingsgruppen og i fokusgrupper.

2.7.4 Samhandling med Oslo kommune

Oslo kommune er en sentral samarbeidspartner i arbeidet med videreutvikling av OUS, og har flere grensesnitt mot helheten og de enkelte prosjekter som inngår i dette. Oslo kommune er representert i styringsgruppen for OUS-prosjektene. Det er viktig å opprettholde god og tett dialog med kommunen på flere nivåer og i alle faser.

Oslo kommune skal etablere ny storbylegevakt på Aker sykehusområde. I tillegg til å inneholde arealer for Oslo kommunes virksomhet, vil Oslo universitetssykehus være en sentral leietaker. Storbylegevakten vil inngå som en del av et helhetskonsept på Aker sykehusområde og det skal sikre god forbindelse mellom sykehusvirksomheten i regi av Oslo universitetssykehus og storbylegevakten.

Det er igangsatt en offentlig planprosess for omregulering av tomten.

2.7.5 Samhandling med Riksantikvaren og Byantikvaen

En forutsetning for alle de tre konseptalternativene som inngår i sluttevalueringen er at de i større eller mindre grad får konsekvenser for vernede og verneverdig bebyggelse. Det er derfor viktig med god og tett dialog med Riksantikvaren og Byantikvaren slik at verneinteressene kan ivaretas på en tilfredsstillende måte uten at dette går utover gode løsninger for et funksjonelt sykehus.

3 PLAN- OG PROGRAMGRUNNLAG

3.1 Hovedprogram

Som en del av konseptfasen skal det utvikles et hovedprogram for nytt sykehus på Aker. Arbeidet er startet opp og en foreløpig versjon vil være basis for arbeidet i steg 1. Hovedprogrammet vil bli oppdatert på grunnlag av innspill fra fokusgruppemøter, de utredninger som er utført i steg 1 og oppdaterte framskrivninger som vil bli klart innen oppstart av steg 2.

Hovedprogrammet skal beskrive forutsetninger og føringer som gjelder for prosjektets konseptfase, og utarbeides i henhold til Veileder for tidligfasen i sykehusbyggprosjekter (2017). Programmet skal beskrive krav til bygg og infrastruktur og gi en anvisning til arkitekter og rådgivere om viktige prinsipper for utvikling av prosjektet i steg 2. Hovedprogrammet skal gi underlag for å utarbeide driftskonsept og investeringskalkyle.

Hovedprogrammet består av fem deler.

- I Funksjon
- II Teknikk
- III Utstyr
- IV IKT-konsept
- V Rom og areal

3.1.1 Dimensjoneringsgrunnlag

De dimensjonerende forutsetninger som er underlag for steg 1 er beskrevet i rapporten «Videreføring av planer for utvikling av Oslo universitetssykehus HF – Avklaring av videre arbeid med utbygging på Aker og Gaustad» (versjon 2.0 – 06.06.2017) I styremøte den 15. juni 2017 (sak 072-2017) behandlet styret i Helse Sør-Øst RHF rapporten og gav sin tilslutning til avgrensning og konkretisering av et første utbyggingstrinn på Aker og Gaustad.

Basis for styrets vedtak i sak 072-2017 er idéfaserapporten fra Oslo universitetssykehus HF og styresak 053-2016 i Helse Sør-Øst RHF. I denne vedtok styret blant annet at *«Aker sykehus utvikles til et lokalsykehus som ivaretar de utfordringer som er særskilte for en storby, i nært samarbeid med Oslo kommune. Sykehuset skal utvikles trinnvis, tilpasset kapasitetsbehov i Oslo og Akershus sykehusområder. Lokaler for psykisk helse og avhengighet planlegges i første trinn av utviklingen av lokalsykehuset på Aker»*

Som planforutsetning er det i tråd med sak 072-2017 lagt til grunn at bydelene i Oslo med tilhørende lokalsykehusfunksjoner fordeles mellom Aker, Gaustad, Diakonhjemmet og Lovisenberg diakonale sykehus.

I styresak 052-2016 om kapasitetsutfordringer for Oslo og Akershus sykehusområder ble det vedtatt at de tre bydelene i Groruddalen som i dag tilhører Akershus universitetssykehus HF (Alna, Stovner og Grorud) gradvis skal fases inn til et nytt lokalsykehus på Aker.

Det er forutsatt at bydel Alna fases inn fra Akershus universitetssykehus HF til nytt sykehus på Aker i etappe 1 av utbyggingen. Et samlet opptaksområde fra bydelene Søndre Nordstrand, Nordstrand, Østensjø og Alna vil utgjøre ca. 230 000 innbyggere i 2030.

For psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er det som planforutsetning lagt til grunn en samlokalisering av virksomhetene på lokal-, område- og regionsnivå til nytt sykehus på Aker.

Som basis for framskrivning av aktivitet er det benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR) fra 2015 som er framskrevet til 2030. Det pågår en kvalitetssikring av grunnlaget ved at aktivitetstall fra 2017 framskrives til 2035 basert på oppdatert befolkningsprognose. Disse analysene vil foreligge i juni 2018. Det er tatt høyde for at dette kan bety justering av omfang av funksjoner som må inngå i etappe 1

Den nasjonale framskrivingsmodellen for helsedata er benyttet. Styret i Helse Sør-Øst RHF har besluttet at høy utnyttelsesgrad skal benyttes som grunnforutsetning ved dimensjonering av nye sykehusbygg, jfr. styresak 090-2014.

Somatikk

På basis av framskrevne aktivitetstall fra arbeidet i 2017 er det foreløpig beregnet et netto funksjonsareal på Aker tilsvarende ca. 34 000 m² for den somatiske virksomheten Dette tilsvarer ca. 72 000 m². i bruttoareal dersom det benyttes en omregningsfaktor på 2,1. Tabell under viser hvordan beregnet areal er fordelt på de ulike hovedfunksjonene.

Tabell 1: Beregnet areal fordelt på hovedfunksjoner

Hovedfunksjon	Netto areal
Medisin og kirurgi, døgnplasser	9 612
Akutfunksjoner	1 590
Poliklinikk og dagbehandling	4 182
Medisinsk service	4 734
Ikke-medisinsk service	6 720
Undervisning og forskning (OUS-del)	550
Operasjon, intensiv, PO og overvåking	2 518
Kontorarbeidsplasser og møterom	4 000
Sum netto programareal somatikk	33 906

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

For psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling er det foreløpig beregnet et netto funksjonsareal tilsvarende ca. 17 500 m². Dette tilsvarer ca. 37 000 m² i bruttoareal dersom det benyttes en omregningsfaktor på 2,1. Tabellen under viser hvordan beregnet areal er fordelt på de ulike hovedfunksjonene.

Tabell 2: Beregnet areal fordelt på hovedfunksjoner

Hovedfunksjon	Netto areal
Psykisk helsevern voksne, døgnplasser	8 424
Psykisk helsevern barn og ungdom, døgnplasser	1 144
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, døgnplasser	5 200
Poliklinikk	932
Ledelse og administrasjon	1 800
Sum netto programareal psykisk helsevern og TSB	17 500

Areal for eventuell lokalisering av lokal sikkerhetsavdeling, som i dag er på Dikemark og Gaustad, og regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA) som er på Dikemark er ikke inkludert i arealestimatene. I konseptfaserapporten for Regional sikkerhetsavdeling er netto funksjonsareal for lokal sikkerhet og regional seksjon psykiatri og utviklingshemming/autisme (PUA) beregnet til ca. 3 000 m². Dette tilsvarer ca. 6 300 m² i bruttoareal dersom det benyttes en omregningsfaktor på 2,1. Det vil bli gjort analyser av hvordan disse kan innplasseres i steg 2 av konseptarbeidet

Universitetsarealer

I tråd med mandat for videreføring av Oslo universitetssykehus HF ble det våren 2017 gjennomført møter mellom sykehuset og Universitetet i Oslo (UiO). Det ble i sum beregnet et behov for ca. 12 000 m² universitetsarealer (brutto) som del av nytt sykehus på Aker.

Totalt arealbehov i etappe 1

Basert på de forutsetninger som er lag til grunn er det avdekket et utbyggingsbehov i etappe 1 tilsvarende ca. 121 000 m².

Tabell 3: Samlet arealbehov i etappe 1 for nytt sykehus på Aker

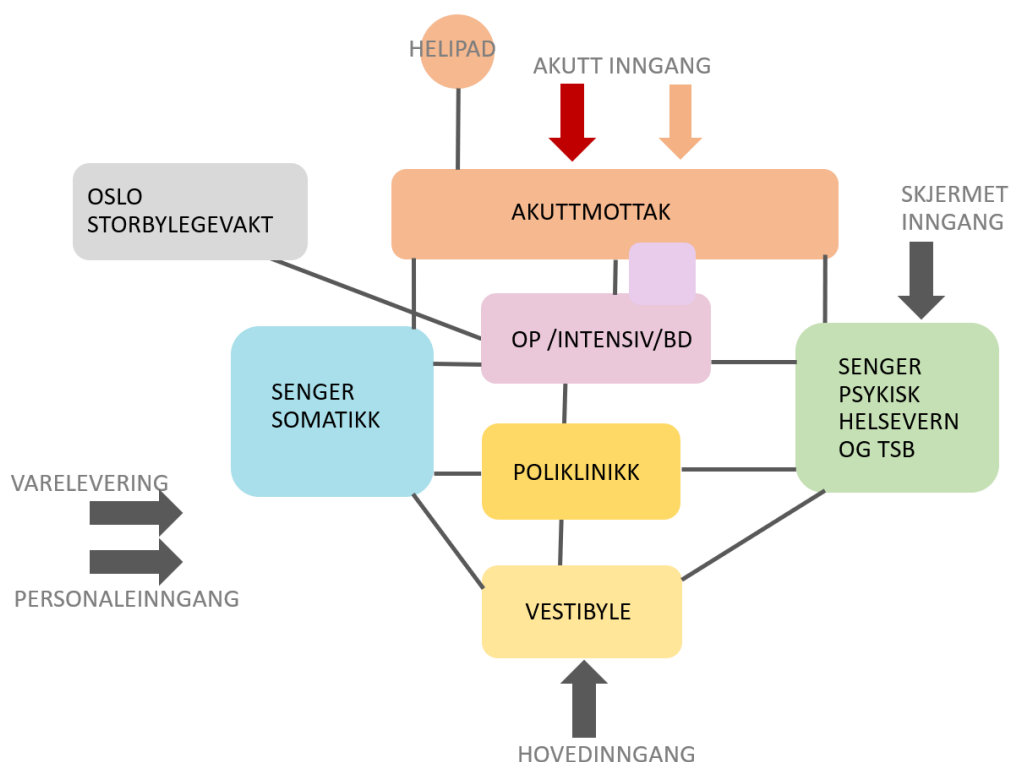
	Netto	Brutto
Somatisk virksomhet for 4 bydeler	34 000	72 000
Psykisk helsevern og TSB for 7 bydeler	17 500	37 000
Universitetsarealer		12 000
Samlet areal for etappe 1, Aker		121 000

3.1.2 Funksjon

Oslo universitetssykehus HF har lagt til grunn en nærhet og sammenheng mellom somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og universitetsarealer. Som del av en slik integrasjon har ledelsen ved sykehuset forutsatt et felles akuttmottak for somatikk, psykisk helsevern og TSB.

Oslo universitetssykehus HF ønsker en fysisk forbindelse mellom det nye sykehuset og den nye Oslo storbylegevakt, hvor OUS skal leie ca. halvparten av arealet.

Sammenheng og avhengigheter mellom de ulike funksjonene har vært drøftet i fokusgruppene ved sykehuset og er vist i prinsippdiagrammet under.



Illustrasjon 3: Prinsippdiagram, funksjonssammenhenger

Det legges vekt på et nært samarbeid og samlokalisering med Universitetet i Oslo. Ca. 50 % av universitetsarealene ønskes integrert i de kliniske områdene (i sengeområder, poliklinikk, operasjon, intensiv, bildediagnostikk etc.), mens øvrige ca. 50 % ønskes samlet i et eget forskningsbygg.

Det legges til grunn at Helse Sør-Øst RHF sitt forsyningscenter (FS) skal være regionens hovedlager som skal levere brukertilpassede forpakkingsstørrelser av medisinske, ikke-medisinske og sterile varer, pakker og sørge for avdelingspakket logistikk til helseforetakene.

Nytt sykehus på Aker skal derfor bygges uten sentralt lager, men med et varemottak som håndterer alle leveranser til sykehuset, både fra FS, tekstiler, apotekvarer, matvarer m.m. for effektiv intern forsyning. Disse føringene krever at lokalt varemottak har tilstrekkelig kapasitet til å betjene kontinuerlig trafikk med store kjøretøy for daglige leveranser av rent og urent materiell i adskilte soner.

3.1.3 Teknikk, utstyr og IKT-konsept

Det pågår et arbeid med å utvikle delprogrammer for teknikk, utstyr og IKT-konsept som sammen med funksjonsprogrammet skal inngå i et samlet hovedprogram. Hovedprogrammet skal sammen med oppdatering av dimensjonering danne grunnlag for videre utdyping av det anbefalte alternativet i steg 2.

3.2 Planstatus og regulering

Det foreligger fastsatt planprogram fra Oslo kommune, vedtatt 12. april 2018. Planrådgiver Rambøll har startet opp arbeid med reguleringsplan med tilhørende konsekvensutredning.

Prosjektene nytt sykehus på Aker og Storbylegevakten startet opp arbeidet med et felles planprogram høsten 2017. Utarbeidelsen av planprogrammet ble ledet av Helse Sør-Øst RHF sin planrådgiver Rambøll. Planprogrammet lå ute til offentlig ettersyn og høring i perioden 22. november 2017 til 12. januar 2018 med ett planalternativ (figur 1).

Planprogrammet ble endret etter offentlig ettersyn, herunder økning i maksimal utnyttelse fra 167 000 m² til 225 000 m². Økning i utnyttelse medførte krav om et planalternativ 2 (figur 2) og en ny tidsbegrenset høring. Planalternativ 2 skal ivareta de hensyn som fremkommer i Plan- og bygningsetatens (PBE) område- og prosessavklaring av 30. juni 2017. Årsaken til at utnyttelsen økte ut over de 167 000 m² som forelå i bestilling av oppstartsmøte var å sikre fleksibilitet og mulighet for utvidelse ut over etappe 1 på Aker i det videre planarbeidet.

Planprogram med tilhørende dokumenter ble oversendt PBE 15. mars 2018 for fastsettelse. Byråd for byutvikling konkluderte i brev 4. april 2018 med at PBE kunne godkjenne planprogrammet med delegert myndighet. Fastsatt planprogram forelå fra PBE 12. april 2018.

Planprogrammet består av to planalternativer som skal utredes til et likeverdig nivå i det videre planarbeidet, i tillegg til nullalternativet. Planalternativene bygger på et felles hovedgrep, men med forskjellig maksimal utnyttelse, forskjellig grad av bevaring og transformasjon. Dette er differensiert i de ulike alternativene (se figur 1 og 2).

Planalternativ 1 – Forslagsstillers alternativ

- Alternativet legger til rette for 225 000 m² nybygg på Aker.
- Ivaretar fremtidig behov for utvidelse.
- Alternativet vektlegger bevaring av fredede kulturminner og kulturminner i verneklasse 2 sentralt og i store deler av planområdet. Enkelte bygningers verneverdi vil vurderes på nytt med tanke på å sikre funksjonell og arealeffektiv utvikling av sykehusområdet
- Torg og møteplasser opparbeides i sentrum av planområdet

Planalternativ 2 – PBE sitt alternativ

- Alternativet legger til rette for 167 000 m² nybygg på Aker
- Alternativet vektlegger bevaring av kulturminner i større grad enn alternativ 1
- Oldtidsveien videreføres som viktig forbindelse
- Plassdannelser til vest og sørvest for ivaretagelse av siktlinjer



Illustrasjon 4: Planalternativ 1 Forslagsstillers alternativ



Illustrasjon 5: Planalternativ 2 PBE sitt alternativ

3.3 Interessentbildet

Interessentbildet er viktig for å forstå de ulike grupperingene som det videre arbeid på en eller annen måte vil måtte forholde seg til. Det er gjennomført to høringsperioder i løpet av planprogramfasen i tillegg til forhåndsuttalelser i forbindelse med område- og prosessavklaringen til oppstartsmøtet. I tillegg er det gjennomført et åpent folkemøte. Videre vil de viktigste interessentgrupperingene være:

- Oslo kommune v/Plan- og bygningsetaten (PBE)
- Oslo kommune v/Byantikvaren (BYA)
- Riksantikvaren
- Statens Vegvesen
- Fredensborg Eiendom AS
- Statsbygg
- Naboer

3.4 Tomt, område

3.4.1 Landskap

Aker sykehus ligger på de historiske arealene til Tonsen gård i nord og Nordre Sinsen gård i sør. Begge gårdstunene eksisterer fortsatt og er viktige elementer i landskapet på tomten. Tunet på Tonsen gård er tilnærmet komplett, mens tunet på Nordre Sinsen gård bare består av hovedbygning, sidebygning og stabbur.

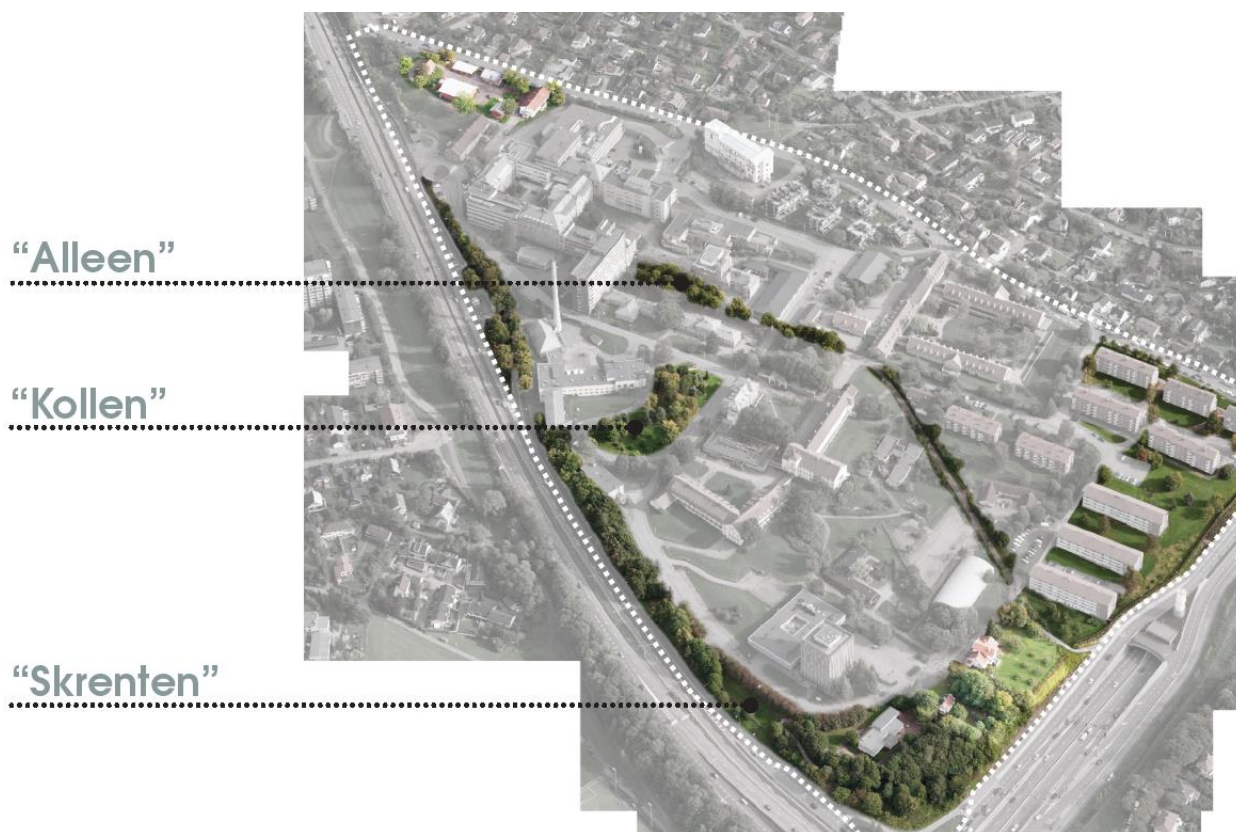
Området er totalt ca. 200 000 m² stort med en lengde i nord sør retning på ca. 700 meter og en bredde i øst-vest retning på ca. 420 meter. I dag avgrenses tomten av Rv 4/Trondheimsveien mot nord og vest, Ring 3/Dag Hammarskjølds vei mot sørvest og Sinsenveien mot øst. Nordvest for tomten ligger Muselunden som et markant grøntdrag, sør og øst for tomten ligger nabolag med småhusbebyggelse. Trondheimsveien og Dag Hammarskjølds vei er massive barrierer som hindrer god kontakt til og fra området mot tilstøtende arealer.

Utad preges topografien på tomta av den markante skrenten mot Trondheimsveien i vest og som på sitt høyeste er ca. 12 meter, i hjørnet av tomta mot Sinsenkrysset. Inne på selve området er det betydelige høydeforskjeller med i all hovedsak et terreng som faller mot sør med en høydeforskjell på ca. 23 meter fra nord til sør. I tillegg faller terrenget også av mot vest i nederste del av tomta. På grunn av tomtas store størrelse oppfattes topografien som relativt rolig og høydeforskjellene inne på tomta som en berikelse som kan benyttes positiv i en utvikling av området. Kollen som ligger i nordvestre del av tomta skiller seg ut fra landskapet for øvrig og er et markant element i landskapet. På grunn av all bebyggelsen på tomta er det begrenset med utsikt, men fra et område sør på tomta er det flott utsikt mot bylandskapet med Ekebergåsen og fjorden i det fjerne.

Grøntstrukturen følger i all hovedsak topografien med en markant randvegetasjon i tilknytning til skrenten mot sørvest. Denne vegetasjon er viktig som en buffer mot Trondheimsveien og som en del av den store grønntstrukturen med Muselunden. Samtidig kan Aker sykehus som en viktig institusjon i byen godt komme fram og «markere seg» slik at sykehuset fremstår tydelig for befolkningen. Den markante kollen har betydningsfull vegetasjon med blant annet gamle flotte furutrær. Den vernede gamle alléen sentralt på tomta ved paviljongen har stor historisk verdi. Til sammen utgjør området med kollen og alléen et slags grønt hjerte på tomta som kan videreutvikles i fremtidige konsepter for sykehuset.

Ellers er det flere verdifulle mer lokale grønntstrukturer og vegetasjon på tomta, det gjelder ikke minst ved de to gamle gårdstunene.

Ved utvikling av konsepter for nytt sykehus på Aker er det lagt vekt på å ivareta viktige landskapselementer, og samtidig skape nye forbindelser og strukturer som letter orienteringen innad på sykehusområdet og bidrar til en bedre integrering av sykehusområdet i en større bysammenheng. Utviklingen av nytt sykehusområde kan på den måten bli viktig som pådriver i en større byutvikling med nye forbindelser til byen omkring, nye oppholdsarealer og bydelsparker for et større publikum.



Illustrasjon 6: Viktig grøntstruktur

3.4.2 Trafikkforhold

Veiadkomst

Tomten har veiadkomst fra nord fra Rv.4 Trondheimsveien og fra øst via Sinsenveien. Dagen veiløsninger er utfordrende. For adkomst fra nord via Trondheimsveien må man kjøre ned til Sinsenkrysset for å snu og kjøre opp igjen til tomtens nordlige avkjøring. Ut fra tomten må trafikken kjøre nordøstover langs Rv. 4 til Bjerkekrysset for eventuelt å snu hvis man skal i retning mot sentrum. Denne avkjøringen fra nord vil få stor trafikk til Oslo Storbylegevakt som planlegges på tomtens nord-vestre del.

Sinsenveien er adkomstvei til boligområdet som ligger mot øst. Sinsenkrysset er sterkt trafikkert og har avviklingsproblemer i flere retninger i rushperioden.

Det planlegges for øvrig etablering av nye bomstasjoner for Indre Ring (f.o.m. mars 2019) med toveis betaling og nye bomstasjoner langs Ring 3 ved Sinsenkrysset noe som kan påvirke trafikksituasjonen i området.

Kollektivtransport

Rv. 4 Trondheimsveien trafikkeres i dag av hyppige bussforbindelser mellom bl.a. Oslo sentrum og Groruddalen, Lørenskog, Gardermoen og Nittedal. Det går også busslinjer på tvers av Groruddalen. Alle disse busslinjene har holdeplasser ved dagens Aker sykehus og ved Sinsenkrysset.

Det er også flere busslinjer langs Dag Hammarskjølds vei/Ring 3. Disse busslinjene har holdeplasser ved Sinsenveien og ved Sinsenkrysset.

I tillegg til busstransport betjenes Sinsenkrysset av T-bane (linje 4 og 5) og trikk (linje 17).

På sikt planlegges det en ny trikkelinje til Tonsenhagen som vil få stopp ved Aker Sykehus og den Nye storbylevevakten.

I tillegg til ny trikkelinje til Tonsenhagen er det også foreslått en ny trikkelinje langs Ring3 østover. Det er også foreslått å etablere en ny S-tog-linje mellom Oslo S og Groruddalen via Bislett og Sagene med en ny stasjon ved Sinsenkrysset.

Det er heller ikke så langt å gå fra Sinsenkrysset til Grefsen stasjon hvor tog Oslo-Gjøvik stopper.

Både dagens og den fremtidige situasjonen tilsier at Sinsenkrysset vil være sentrale med hensyn til å betjene tomten kollektivt. Dette innebærer at gangforbindelsene mellom tomten og Sinsenkrysset blir viktige. Sinsenkrysset er også vurdert som en fremtidig bussterminal for regionale busslinjer.

Gang-/sykkeltransport

Sinsenkrysset er også et knutepunkt i sykkelveinettet i Oslo. Her møtes sykkelveiene langs Rv. 4 med sykkelveier langs Ring3. Det er viktig å knytte sykehusomtten effektivt til sykkelveiene både langs Rv. 4 og langs Ring3 samt til omkringliggende lokalveinett.

3.4.3 Bygninger

Tomta til Aker Sykehus består i dag av bygninger fra flere historiske epoker. Bygningene representerer både gårdshistorie, sosialhistorie og krigshistorie. De eldste bygningene på tomta er våningshus og noen driftsbygninger fra de opprinnelige, gamle gårdsanleggene: Nordre Sinsen gård i sørvest og Tonsen gård i nord. Omkring århundreskiftet begynte utviklingen av Aker sykehus fra fattiggård til moderne sykehus. Anlegget ble tidstypisk utformet med en hovedbygning klassisk stil og epidemi-paviljonger plassert i et parkanlegg mot sør.

Under krigen ble hele sykehuset overtatt av den tyske okkupasjonsmakten. Anlegget ble utvidet, først med et kompleks for hud- og veneriske sykdommer, og helt mot slutten av krigen med søsterhjem og legeboliger. Denne bygningsmassen ligger som en stripe øst-vest over tomta, hvor bygning 60 (søsterhjem) og bygning 27 (legehjem) i dag i noen grad brukes som kontorer. Komplekset for hud- og veneriske sykdommer benyttes i dag som Refstad transittmottak og eies av Statsbygg.

På 1960-70-tallet ble det bygget sykepleieboliger sørøst på tomta. De er utført som typiske boliger for den tidsepoken. I den sørlige delen av tomta, mot Trondheimsveien, ble det ca. 1970 bygget sykepleieskole og hybelhus i brutalistisk-modernistisk stil.

Under landvernplanen for helsesektoren er flere av bygningene fredet av riksantikvaren. Dette omfatter flere bygninger på Tonsen gård, alle smittepaviljongene, trebygningene fra krigen, og Rondellen fra 1958.

Enkelte av de gamle gårdsbygningene, de gamle hovedbygningene og tårnet og sykepleieboligene fra 60-tallet og sykepleieskolen (tårnet) er på byantikvarens gule liste.



Illustrasjon 7: Foto som viser vernestatus på eksisterende bygninger

3.5 Eierforhold

OUS er største eier i planområdet. Resterende arealer er fordelt på private, kommunale og statlige aktører. Eierne er henholdsvis Statsbygg, Hafslund, Omsorgsbygg Oslo KF, Oslo kommune, Fredensborg Eiendom AS og Refstadhagen Borettslag (se figur under).



Illustrasjon 8: Eiendomsforhold innenfor planområdet

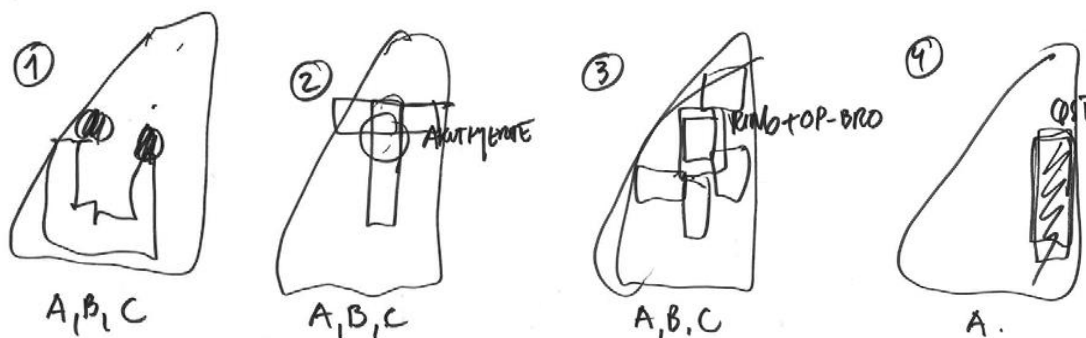
4 MULIGHETSSTUDIER - FRA MANGE TIL FÅ

4.1 Prosess og utvelgelse

Prosjekteringsarbeidet i steg 1 har i hovedsak vært strukturert i tre workshops hvor det har foregått idégenerering, utvikling og systematisk vurdering av en rekke konsepter frem til en sluttevaluering hvor det nå foreligger 3 alternativer.

I workshop 1 var tema faktagrunnlag og analyse, der prosjekteringsgruppen gjennomgikk, drøftet og oppsummerte materiale som ble lagt til grunn for det etterfølgende arbeidet. Som avslutning ble det også gjort noen innledende øvelser ved tomtemodell og programgrunnlag i form av pappstaver, med fokus på plassering på tomten og sammenheng mellom ulike funksjoner. En oppsummering av workshopen ga retning for den videre konseptutviklingen, med en gruppering av konsepter utfra tyngdepunkt på tomten: én i sør/vest, to i sentrum, tre i nord og fire i øst.

Et eksempel på skisser fra den initiale fasen vises i illustrasjonen under:



Illustrasjon 9: Alternative plasseringer på tomten



















Med utgangspunkt i retningen fra workshop 1 ble det i workshop 2 presentert 14 forskjellige konsepter, med henblikk på å redusere dem til ca. fem konsepter for videre bearbeiding. Videre skulle evalueringen gi viktige innspill til optimalisering av de valgte konsepter.

Evalueringen foregikk som et gruppearbeid med utgangspunkt i et sett evalueringskriterier. Evalueringskriteriene ble tilpasset prosessen med en «grovsiling» fra mange til færre alternativer og er derfor noe forskjellige fra kriteriene som er benyttet i den mer omfattende sluttevalueringen. Kriteriene er likevel konsistente ved at prosjektets effekt- og samfunns mål i begge evalueringsprosessen er lagt til grunn for å vurdere hvor godt de ulike konseptene understøttet målene.

Det ble foretatt en vurdering på et overordnet nivå, og evalueringskriteriene ble formulert som stikkord eller huskeliste for hva de forskjellige evalueringskriteriene omfatter. Resultatet fra gruppearbeidet ble sammenstilt i en matrise slik som vist i illustrasjonen under, og dannet utgangspunkt i en utvelgelse av fem konsepter. Det endelige valget ble foretatt i et etterfølgende arbeidsmøte mellom arkitekt og prosjektledelse.

NYTT SYKEHUS PÅ AKER EVALUERINGSMATRISE KONSEPTVALG		HELSE SØR-ØST 14.03.2018
---	--	-----------------------------

Vurdering:  Mindre Bra - Dårlig
 OK
 Bra - Veldig Bra

KONCEPT	 KONSEPT SYD				 KONSEPT SENTRUM						 KONSEPT NORD		 KONSEPT ØST	
	K-01-A FINGRE	K-01-B PAVILJONER	K-01-C RYGGRAD	K-01-D TÅRN	K-02-A KAMMEN	K-02-B KVARTAL	K-02-C RYGGRAD 2	K-02-D SLANGE	K-02-E BELTE	K-02-F HØY OG LAV	K-03-A TORG	K-03-B RINGEN	K-04 ØST	K-03-C DIAGONAL
KRITERIE														
FUNKSJON														
FLYT														
ARKITEKTUR														
LANDSKAP														
TRAFIKK														
PLANPROGRAM														
UTVIDELSE														
MILJØ OG ENERGI														
TEKNIKK														
BTGGEKOSTNAD														
FRITT KRITERIUM														

Illustrasjon 10: Evalueringsmatrise

Som et resultat av evalueringen i workshop 2 ble fem konsepter valgt direkte bort. Ytterligere fire konsepter gikk ikke videre, men ble vurdert å ha betydelige kvaliteter som ble videreført i utviklingen av fem gjenværende konsepter.

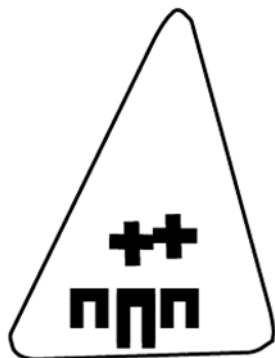
De fem valgte konseptene ble videreutviklet til workshop 3, hvor det ble gjort en ny evaluering etter samme kriterier og modell som i workshop 2. På bakgrunn av resultatene fra workshop 3, innspill fra fokusgruppemøter, møter med Plan- og bygningsetaten og antikvariske myndigheter ble det valgt hvilke tre konsepter som skulle evalueres i en sluttrunde.

Valget ble ikke utelukkende gjort på bakgrunn av hvor høyt de forskjellige konseptene scoret i den samlede evalueringen, men også med tanke på hvordan de svarte til de ulike reguleringsmessige planalternativene og eventuelle grunnverv. I evalueringen ble det også vektlagt å fokusere på hvilket potensial for videre utvikling man kunne se innenfor de forskjellige konsepter, og ikke utelukkende bedømme konseptene slik de ble presentert.

Følgende tre konsepter ble valgt ut for en nærmere redegjørelse og evaluering:

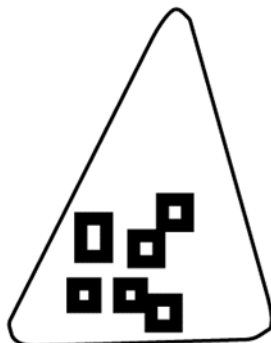
Utsikt

plassert i sentrum av tomten
fra nordøst til sydvest



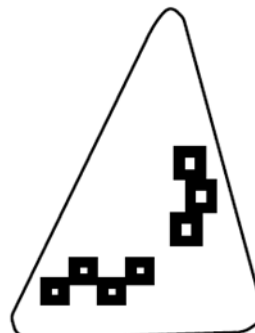
Paviljonger

plassert sør på tomten



Diagonal

plassert diagonalt, mot øst
på tomten



Illustrasjon 11: Vignetter for de tre alternativene som evalueres i en sluttrunde

De tre konseptene presenteres i kapittel 5.

I eget vedlegg følger en kort redegjørelse for de opprinnelige 14 konsepter, med en kort beskrivelse av hovedgrep og begrunnelse for at de ble valgt bort eller videreført til nye runder.

5 PRESENTASJON AV DE TRE VALGTE KONSEPTER

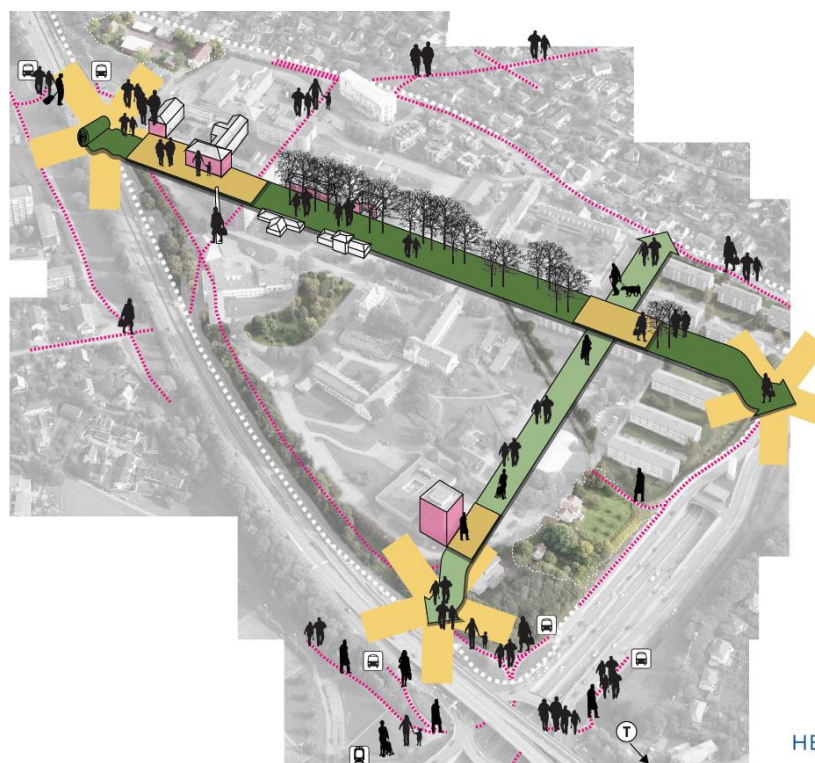
5.1 Felles for alle konsepter

5.1.1 Overordnet landskapskonsept

Det er utviklet et felles landskapskonsept, basert på eksisterende landskapselementer og strukturer, med tillegg av nye kvaliteter som ønskes lagt inn i området.

En sentral tanke er at området skal oppleves inviterende for alle myke trafikanter, også de som er på gjennomfart. På den måten bidrar sykehusområdet på en positiv måte til nærmiljøet. Landskapskonseptet er derfor basert på et tydelig hovedgrep; en nord-sørgående akse, her kalt Akerløperen, og en øst-vestgående akse, her kalt Sinsenaksen. Disse kobler området mot byveven, og muliggjør bevegelse gjennom området i alle retninger. Akerløperen tar utgangspunkt i, og forsterker, den historiske aksene med poppelalléen og tydeliggjør utsikten mot sør. Sinsenaksen skaper en ny kobling mot øst og vest, og gir en ny forbindelse gjennom området.

Aksene fungerer som langstrakte landskapsrom, omdreiningspunkt for logistikk, bevegelse, bygg og landskap. Aksene håndterer overflatevann fra bygg og omkringliggende arealer. Under aksene plasseres parkeringskjellere og kulverter for teknisk infrastruktur.



Illustrasjon 12: Overordnet landskapskonsept

Opp mot, og på aksene plasseres sentrale torg med ulike funksjoner og kvaliteter. Det grønne hjertet med alléen, kollen og de historiske paviljongbygningene er knyttet til denne aksene. Nøyaktig plassering av plasser og torg varierer for de ulike konseptene. Eksisterende og nye bygg henvender seg i varierende grad mot aksene, og aktiverer disse med utadvendte aktiviteter.

Det etableres en ny bydelspark på minst 5 daa. Denne kobles i ulik grad opp mot aksene, og kan også ha en friere tilknytning for å kunne fungere for en bredere publikumsgruppe og fremstå med stor grad av offentlighet.

Det foreslås å flytte bussholdeplassen Sinsenveien i vestgående retning til vestsiden av rundkjøringen, slik at denne kobler seg direkte på den nord-sørgående akse fra Dag Hammarskjølds vei.

5.1.2 Varelevering og økonomigård

Nytt sykehus på Aker planlegges med en egen økonomigård, med varemottak, avfallssentral og kjøkken. Økonomigården skal ha gode kulvertforbindelser til hele sykehuset og til storbylegevakten. Teknisk sentral kan med fordel plasseres ved økonomigården.

Økonomigården bør plasseres ved innkjørsel til tomten, for å unngå at store lastebiler må kjøre rundt på området, blant fotgjengere, syklistene, personbiler og ambulanser.

Det er gjort studier for å finne en egnet plassering av økonomigård og teknisk sentral, og det vil arbeides videre med dette i steg 2. Alternative plasseringer kan være nord på tomten, evt. i sørøstre hjørne av området, med innkjøring fra Sinsenveien like etter rundkjøringa i Dag Hammarskjølds vei.

5.1.3 Parkering, vei og trafikk

I alle konsepter planlegges det med en parkeringsløsning under terreng med ca. 500 parkeringsplasser over to plan under nord-søraksen. Parkeringskjelleren vil kunne få adkomst både fra øst og nord. Fra Sinsenveien i øst vil det umiddelbart inne på tomten bli en nedkjøring til parkeringskjelleren. Fra nord kan det planlegges en nedkjøring i området ved det grønne hjertet. I forbindelse med hovedinngang vil det være noe handicapparkering på terreng og i tillegg til adkomst for taxi.

Trafikk og veiføring for varelevering og ambulanse vil bli studert nærmere i skisseprosjektet. Det kan det være et alternativ å legge en kulvert for ambulanser under terreng for å få separert trafikken og legge godt til rette for de myke trafikanter på terreng.

5.1.4 Arealer

Alle tre konsepter viser de samme arealer for etappe 1 og 2, men ulikt for etappe 3.

Etappe 1: 121 000 m² BTA, i henhold til foreløpig hovedprogram for sykehuset

Etappe 2: Ca. 35 000 m² BTA, sykehusarealer med nærhetsbehov til behandlingsområder

Etappe 3: Areal for mulig ytterligere utvidelse på området.

Prosjektet skal i forbindelse med reguleringsprosessen gjennomføre en konsekvensutredning, og som en del av denne skal maksimal utnyttelse av tomten illustreres og vurderes.

5.1.5 Bruk av eksisterende bygninger

På grunn av de eksisterende byggenes ulike tilstand og grad av potensiale prioriteres bevaring av enkelte bygg foran andre. For å få en helhetlig og gjennomført bygningsstrategi på tomta, er det ønskelig å redusere stilarter og bygningsgrupper, for å kunne tilføye en ny bygningsmessig strategi i samspill med det gamle. Det foreslås derfor riving av mindre viktige bygg fra etterkrigstiden, og å prioritere bevaring av de eldre vernede og fredete byggene.

I konseptene for nytt sykehus på Aker er det søkt i størst mulig grad å gjenbruke de eldre vernede og fredete bygningene, både paviljongene og krigslasarettet. Paviljongene tenkes brukt til fellesfunksjoner og studenter, som kafe og kiosk, eller seminarrom og møterom.

Krigslasarettbygningene (60 og 27) tenkes primært benyttet til kontorer og møterom, mens Refstad transittmottak kan benyttes til psykisk helsevern, for eksempel til psykisk helsevern for barn og unge.

Prinsippet om vern gjennom bruk, vil kunne bidra til å sikre at kulturhistoriske elementer blir vedlikeholdt og får leve videre i sitt miljø. Dette kan både tilføre store kvaliteter til helhetsbildet på området, men også skape en unik innvendig atmosfære for brukerne av disse byggene. Det skal også legges til grunn at gjenbruk skal skje med oppgradering til moderne standarder, tilnærmet det man kan oppnå for tilsvarende funksjoner i nybygg.

Sykepleieskolen, hybelhuset og sykepleierboligene, som står på byantikvarens gule liste, foreslås revet for å gi plass til det nye sykehusanlegget, og for å rette fokus mot de mer sentralt plasserte bygningene på tomten.

5.2 Konsept Utsikt

5.2.1 Arkitektonisk konsept



Illustrasjon 13: Konsept Utsikt

Utsikt er vist som et tydelig to-delt anlegg. De somatiske funksjonene er lagt sentralt på tomten, med et klart og enkelt lesbart arkitektonisk konsept: En base i 2-3 etasjer, tilpasset terrengforhold, som omkranser 2 sammenbundne tårn i henholdsvis 9 og 13 etasjer. Anlegget er organisert rundt en sentral plass, utvendig markert med et adkomsttorg og hovedinngang mellom de to landskapsmessige hovedaksene, innvendig med et sentralt foajéareal som kobler seg direkte til hovedvertikalene i bygget. Dette er en organisering som gir mulighet for korte og effektive innvendige sammenhenger, både internt og mellom forskjellige funksjonsområder. Basen har flotte gårdsrom inn mot tårnene, som sørger for at det blir nok dagslys og følelse av åpenhet i disse etasjer. På taket av basen vil det være mulig å kunne etablere grøntareal, som både blir flott å se på fra de høyere etasjer og kan brukes for opphold og rekreasjon.

Tårnene er formet som en blomst, og kan også beskrives som kvadratiske kuber med dype innhakk, hvilket gir gode lysforhold og forhindrer innsyn til sengerommene. Formen på tårnene er også med på å gi anlegget en klar arkitektonisk identitet.

Bygningsmassen for psykisk helsevern bryter helt med det overordnede bygningskonsept for somatikken, og er i stedet organisert som lavere, relativt godt spredte bygninger, organisert rundt uterom med forskjellig kvaliteter med hensyn til henvendelse og åpenhet. Denne bygningsmassen ligger helt sør på tomten, og er forbundet med den somatiske virksomheten med gangbroer over øst-vest akse, samt via adkomsttorget. Det legges opp til kulvertforbindelse i hele anlegget.

I dette konseptet er bygg 27 revet, men alle andre fredede og vernede bygninger er beholdt. Det er tenkt gjenbruk med kontorer i bygg 60 samt universitetsfunksjoner i paviljongene rundt det grønne hjertet. Basen har en relativt lav høyde i nord, og kan dermed gi et fint samspill med den eksisterende bebyggelsen. Refstad transittmottak med sitt flotte, lukkede gårdsrom er tenkt brukt som lokaler til psykisk helsevern.

Navnet Utsikt relaterer seg til en av de kvalitetene som en utbygging med basis i dette konsept inneholder. Det handler både om å komme seg opp i høyden og få en flott utsikt utover byen, samt om de nære utsiktene mot flotte og varierte hagerom i bygningene for psykisk helsevern.

5.2.2 Funksjon

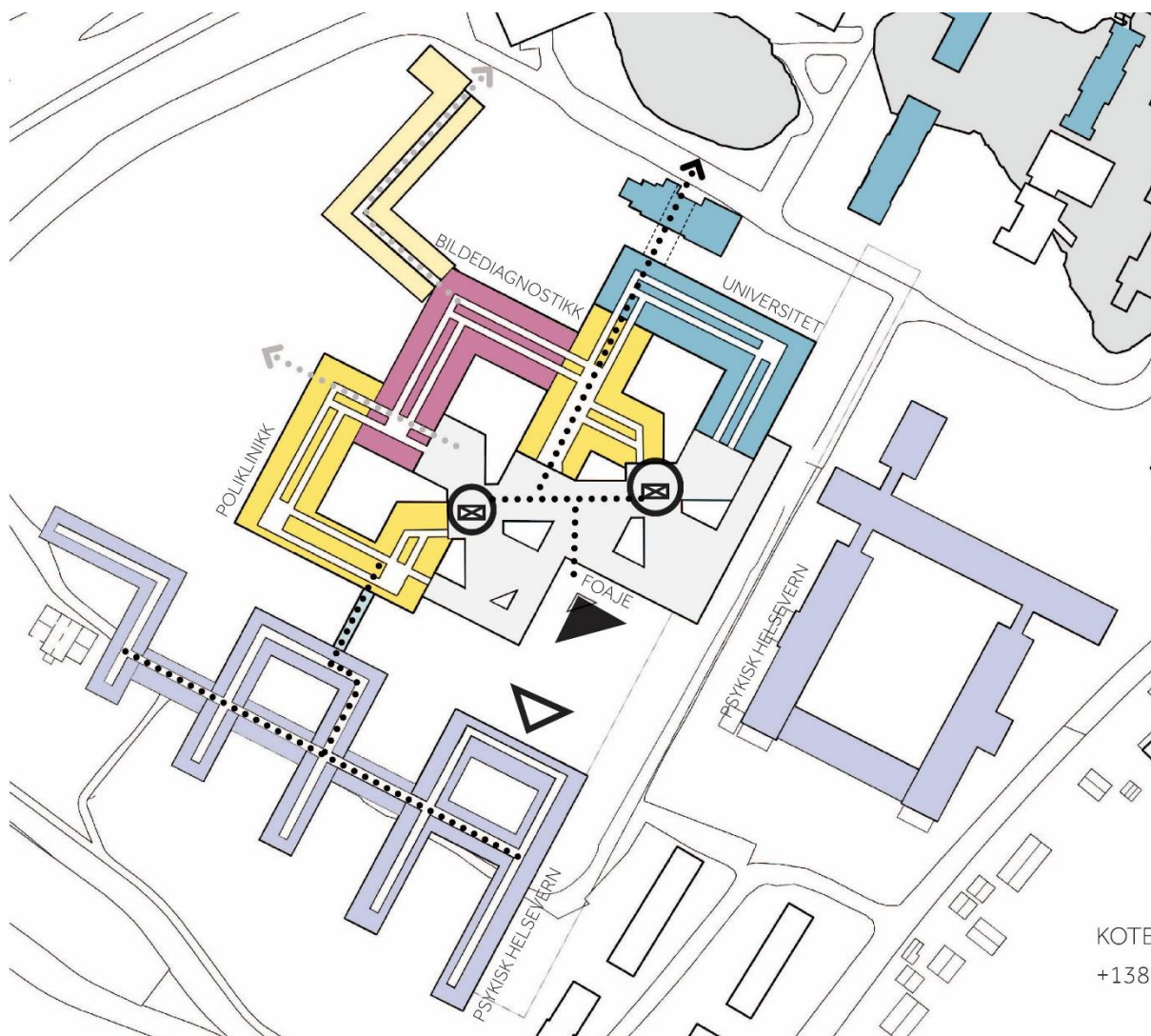
Utsikt baserer seg på en sykehusmodell hvor den somatiske delen har en base med behandlingsfunksjoner og over basen sengeområder i et dobbelt-tårn. Bygningene for psykisk helsevern ligger sør for øst-vest akse i et eget lavt anlegg med forbindelse til behandlingsbygget via gangbro.

Hovedinngangen ved adkomsttorget leder til en foajé med gode horisontale forbindelser til etasjens funksjoner og vertikale forbindelser til sengeetasjene og øvrige behandlingsområder. Deler av foajéområdet har dobbel høyde og åpner seg også mot det grønne hjertet i etasjen over inngangsnivå.



Illustrasjon 14: Plassering av funksjoner

På inngangsnivået ligger poliklinikker, dagbehandling og andre funksjoner henvendt mot dagpasienter og besøkende. I den øvre delen av foajéområdet, henvendt mot grønne hjertet er universitets og forskningsarealer, som auditorier, møterom og arbeidsrom, plassert.



Illustrasjon 15: Mulig planløsning for inngangsetasje

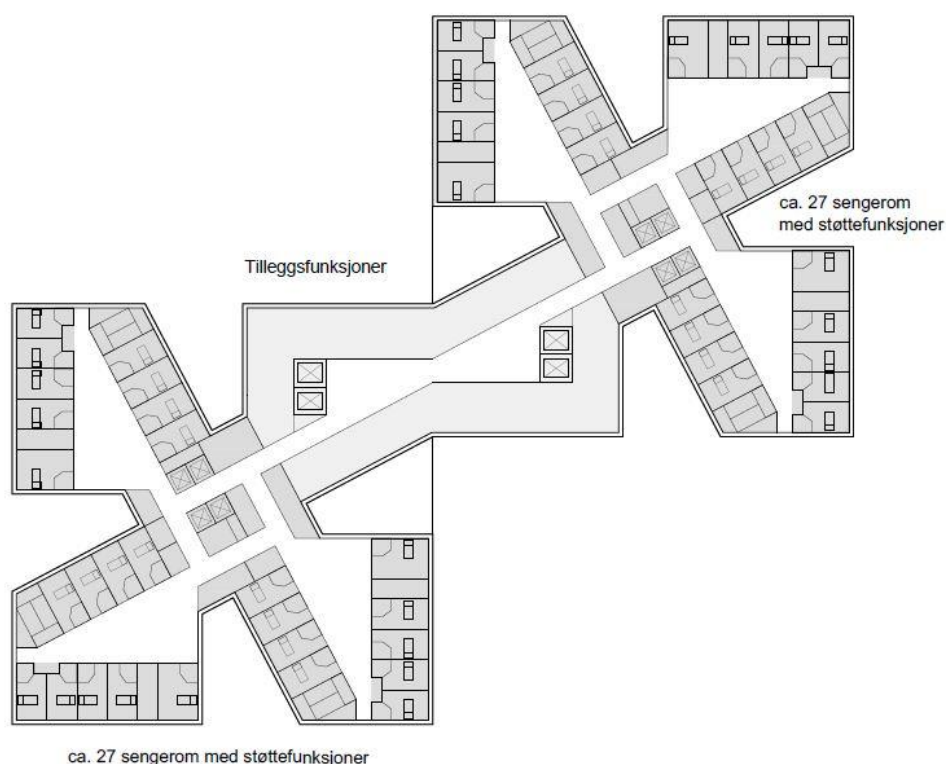
Akuttmottaket er plassert på bakkenivå i etasjen under adkomstnivå, med ambulanseadkomst fra veien i vest. Fra akuttmottaket vil det være en egen akuttsøylen til behandlingsetasjene øverst i basen, samt skjermet adkomst til heisene til sengetårnene. Helikopteradkomst vil være fra taket på sengebygget.

De tunge behandlingsfunksjonene som operasjon og intensiv er plassert i øverste etasje i basen, direkte koblet til akuttsøylen og med gangbroer til bygningene for psykisk helsevern.

Den lagvise plasseringen av funksjoner vil sørge for at det blir minst mulig kryssing av transport av inneliggende pasienter og besøkende og dagpasienter. Organiseringen gir korte

transportavstander mellom sengeområder og behandling, samt korte avstander for dagpasienter og besøkende i vestibylen.

Sengebygget er utformet som et dobbelttårn, med 2 kvadratiske kuber med dype innhakk som gir en korsformet planløsning. Sengerommene er orientert slik at alle har utsikt, men er skjermet for innsyn fra de andre sengerommene. Hvert sengeområde på 27 senger består av tre fløyer med 9 sengerom i hver. Hver fløy har en sentral arbeidsstasjon og desinfeksjonsrom, og deler andre støttefunksjoner med de øvrige 2 fløyene i tårnet. I fløyene som binder de to tårnene sammen er det avsatt arealer for fellesfunksjoner som møterom, kontorer og undersøkelsesrom.



Illustrasjon 16: Mulig løsning for sengeområder. To sengeområder på 25-30 senger.

Sengeområder og behandlingsrom for psykisk helsevern og rusbehandling er hovedsakelig plassert i et eget lavt bygningsanlegg sør på området, knyttet sammen med basen via gangbroer. Bygningene er stramt organisert, med en rygg mot øst-vestaksen i nord, og åpner seg og trapper ned mot sør. Ryggen i nord rommer kontorer og poliklinikker, mens øvrige behandlingsområder og sengeområdene ligger mot de lukkede eller åpne gårdsrommene i sør.

Psykisk helsevern for barn og unge er plassert i dagens Refstad transittmottak, supplert med et nybygg sør for hagen.

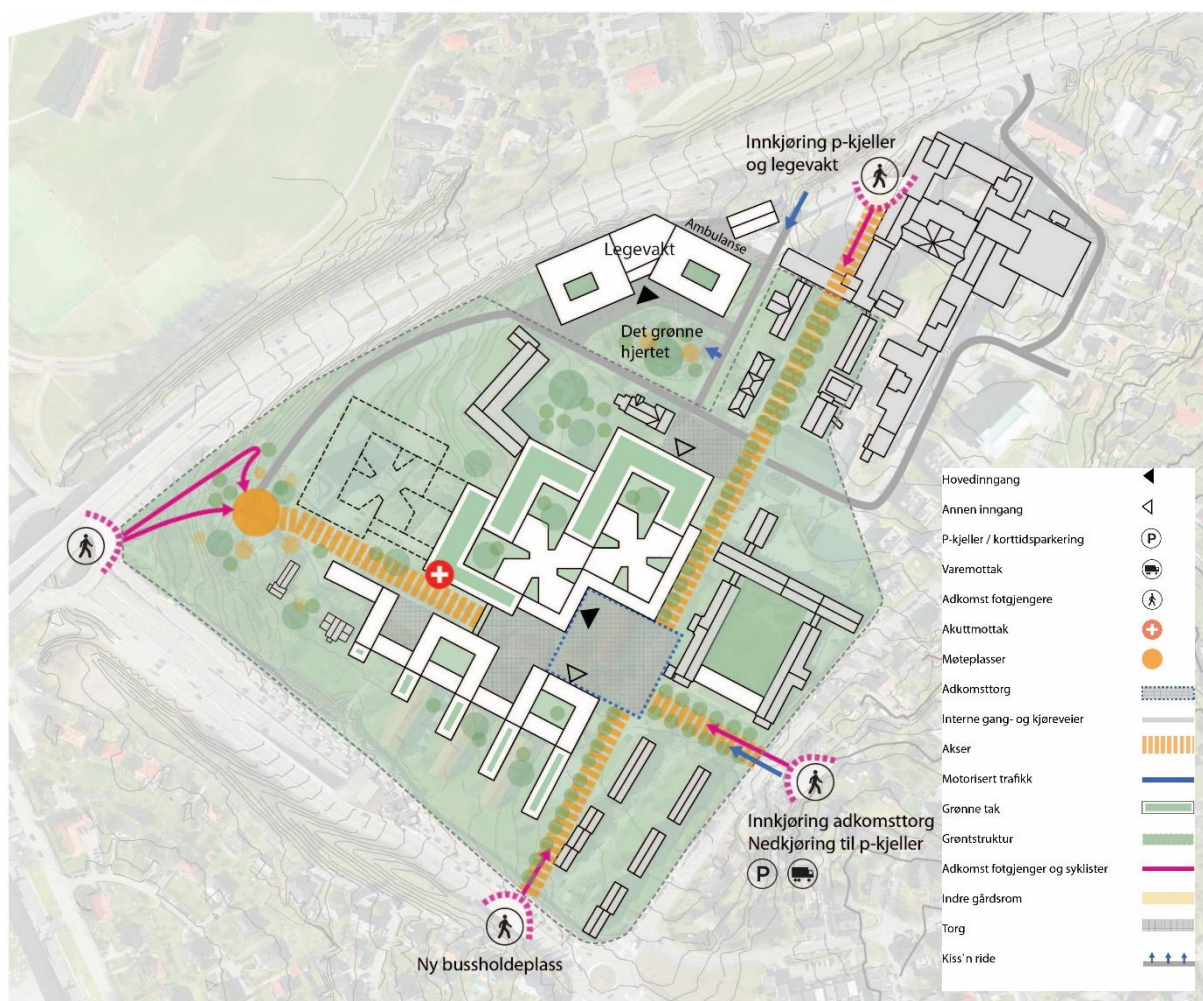
De eksisterende bygningene, bygning 60 og paviljongene inneholder kontorer og universitetsfunksjoner. I tillegg er det avsatt arealer til kontorer i de enkelte behandlings- og sengeområdene.

Tilknytning til storbylegevakten

Det nye sykehuset vil ha kulvertforbindelse med storbylegevakten. I tillegg vil det være mulig å etablere en innendørs forbindelse med gangbroer gjennom bygg 60.

5.2.3 Tomt og landskap

Bygningsmassens tyngdepunkt lokaliserer seg langs aksene i stor grad, og utnytter disse som strukturerende element. En eventuell utvidelse mot nord vil forsterke aksene, og binde sammen nedre adkomsttorg og det grønne hjertet. Med et større drag av grøntområder mot vest legger alt til rette for en stor offentlig park med mange ulike kvaliteter. Med denne plasseringen gis parken tilstrekkelig størrelse og uavhengighet til å fungere som en park med tydelig identitet og karakter.



Illustrasjon 17: Situasjonsplan for konsept Utsikt

Logistikk og trafikk

Et stort adkomsttorg på tomtens sørvestside håndterer hoved trafikken til sykehuset. Torget utgjør et tydelig navigeringspunkt for myke og harde trafikanter, herfra er det enkelt å ta seg videre både utvendig og inn i riktig bygning. For myke trafikanter er torget tilgjengelig via aksene,

med inngang fra nord, sør, øst og vest, og med kort gangavstand fra ny bussholdeplass i Dag Hammarskjølds vei.

Motorisert trafikk til adkomsttorget ledes inn fra Sinsenveien. Organiseringen av adkomsttorget så langt sørvest på tomten gir kort føringsvei for motorisert trafikk inne på tomten. Torget håndterer midlertidig trafikk og drop-off, aksene er prioritert for myke trafikanter.

Trafikk og veiføring for varelevering og ambulanse vil bli studert nærmere i steg 2, for å få separert trafikken for blant annet ambulanser og legge godt til rette for de myke trafikanter på terrenget.

Torg og møteplasser

De to aksene utgjør ryggraden i de offentlige utearealene. Her håndteres mobilitet og funksjonelle behov knyttet til logistikk og adkomst. Aksene utgjør grønne, fotgjengervennlige landskapsrom som håndterer overvann og gir gode oppholds kvaliteter.

Adkomsttorget inndeles med tydelig separering av motorisert trafikk mot øst og myke trafikanter mot vest, og kobles på aksene i begge retninger. En utvikling av bygningsvolumene nordover viderefører torgdannelsen nord på aksene, danner således en gjenkjennende byroms struktur som forsterker aksens kobling mot det grønne hjertet.

Delen for psykisk helsevern og rusbehandling er utformet slik at det oppstår uterom med ulike kvaliteter. Mot øst-vest aksene ligger to torg som henvender seg til aksene og terraseres sammen med denne mot vest. Mot sør er rommene mer solfylte, og av litt mer privat karakter med mindre innsyn fra besøkende til området. I tillegg har avdelingene lukkede gårdsrom, fullstendig skjermet for innsyn.

5.2.4 Teknikk

Tekniske anlegg

Konseptet legger godt til rette for etablering av kulvert med ringstruktur for tekniske føringer i underetasjen på nybyggene og med mulighet for utvidelse til også å omfatte Oslo storbylegevakt og eksisterende paviljonger. Teknisk ring vil gi tosidig forsyning til nettstasjoner / undersentraler.

Det anbefales å dele opp elektro- og VVS-anlegg i egne strukturer med dekningsområde på ca. 20 000-40 000 m². For hvert dekningsområde etableres nettstasjoner (normalkraft og nødkraft), hovedkommunikasjonsrom (HKR) og VVS-undersentral.

For nybygg i konsept Utsikt er det forutsatt 2 stk. strukturer i delen for psykisk helsevern og rusbehandling og 2 stk. som betjener delen med sengetårnene og basen med behandlingsfunksjoner. Eksisterende bygg 60 og Refstad forsynes fra nærmeste tårn/base, eksisterende paviljonger får egen struktur.

VVS-undersentral plasseres i underetasje og inntil teknisk kulvert. Ventilasjonstekniske rom er planlagt i underetasje i alle bygg. I tillegg er det behov for teknisk rom på tak der antall etasjer overstiger ca. 5 etasjer. For tårn med opptil 18 etasjer må det vurderes ventilasjonstekniske rom også i enkelte mellometasjer, slik at sjaktarealet kan reduseres.

Nettstasjoner plasseres mot yttervegg på bakkeplan med kjørbare adkomst. UPS, hovedfordelinger og evt. sentralt hovedkommunikasjonsrom (SHKR) og grensesnittrom plasseres i underetasje. Kommunikasjonsrom og rom for el-underfordelinger etableres på etasjenivå.

Byggeteknikk

Når det gjelder grunnforhold og fundamentering har konseptet med sin plassering sentralt på tomten noen utfordringer med hensyn til at det i dette området blir opp til 10 meter til fjell. Her kan det bli behov for peler og pilarer til berg. Det ligger derimot godt til rette for dype kjellere.

Nærhet til eksisterende bygg (bygg 60) kan gi behov for spunting. Byggets høyde gir større jordskjevkrefter og helikopterlandingsplass på toppen kan gi utfordringer med vibrasjon. Disse forholdene kan gi økte kostnader. Byggetomt for etappe 2 har svært gode grunnforhold.

5.2.5 Planprogram og regulering

Utsikt forholder seg i hovedsak til planalternativ 1, men bygg 27 rives istedenfor bygg 60. Byggeghøyden overstiger gjeldende høyde bestemmelser.

5.2.6 Fleksibilitet og elastisitet i planleggingsfasen.

Med kompakt organisering og sentral plassering på tomten er det stort potensiale for videre utvikling og endringer i program og prosjekt. Utsikt er et sykehusanlegg med en klar og tydelig organisering som uten å svekkes tåler store endringer og tilpasninger. Basen kan justeres både i utstrekning og høyde og på den måte få mer, eller mindre, areal. Tårnene kan likeledes justeres i antall etasjer. Siden bygningene for psykisk helsevern er frittliggende, med god plass på tomten, kan den endelige utforming og organisering av disse funksjonene endres og utvikles relativt fritt gjennom skisseprosjekt og forprosjekt.

5.2.7 Mulighet for etappevis utbygging

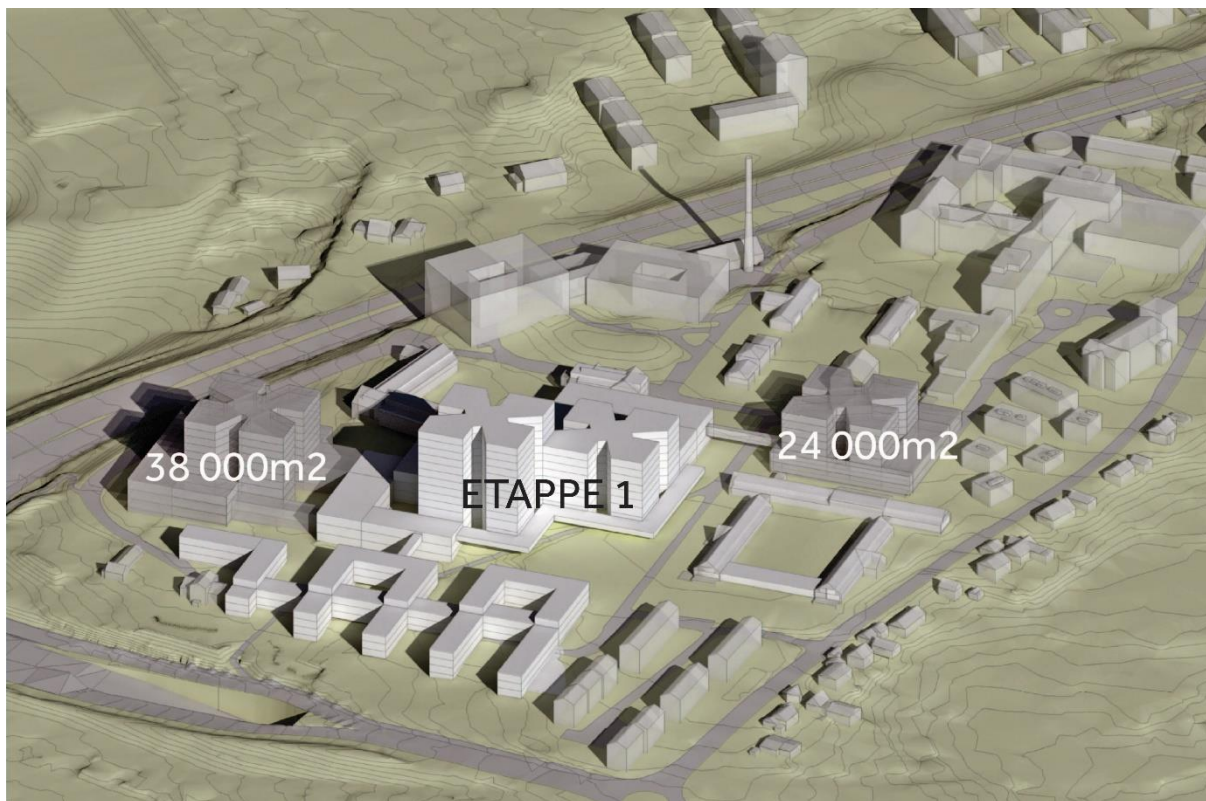
Gjennom sin sentrale plassering på tomten og kompakte utforming åpnes det for gode muligheter for både funksjonelle og konseptuelt forankrede utvidelser. Det er her vist to muligheter, der fremtidige forhold og program kan avgjøre i hvilken retning utvidelsen ønskes å tas.

I vest kan basen utvides med direkte tilknytning, til et nytt tårn plassert på samme måte som i byggetrinn 1. Her er det gode muligheter for plassering av funksjoner med stort nærhetsbehov til behandling.

I nordøst, på andre siden av nord-søraksen, gis det mulighet for et nytt bygg med samme konseptuelle struktur som kan knyttes direkte til behandlingsfunksjonene med en gangbro over Akerløperen.

Videre kan man tenke seg en ytterligere fremtidig utvidelse i form av ombygging av og påbygging til det eksisterende Aker sykehus i nord, eller på boligtomter helt i sørøst. Her gis rom og mulighet til fortetting og utvikling i fremtiden.

Alt i alt viser Utsikt et romslig og fleksibelt potensial for utvidelse, uten at det arkitektoniske grepet forringes. Totalt vises det utvidelsesmulighet på ca. 38 000 m² + ca. 24 000 m² i nedenstående illustrasjon.



Illustrasjon 18: Mulig utvidelse

5.2.8 Gjennomføringsrisiko

Konseptet utfordrer vern av bygg 27, og har med dette en høy gjennomføringsrisiko med hensyn til mulige innsigelser fra Riksantikvaren.

Gjennom evalueringsprosessen er det også spesielt vist til høyder som et tema som kan medføre en gjennomføringsrisiko. Tomten for Aker sykehus er ikke spesifikt angitt som et område for høyhusetablering, men de overordnede føringene i høyhusstrategien for Oslo kommune legger til rette for at det også på dette området burde kunne være aktuelt for å tillate høyhus.

Utover dette medfører kjøp av eksternt eiendom en gjennomføringsrisiko.

5.3 Konsept Paviljonger

5.3.1 Arkitektonisk konsept



Illustrasjon 19: Konsept Paviljonger

Paviljonger er et konsept som fremstår med tydelige relativt frittstående bygninger, samlet omkring en sekvens av åpne plasser i øst-vest akse som knytter sammen og skaper visuell sammenheng mellom bygningene. I front av anlegget, vent mot hovedaksen oppstår det en åpen plass, et adkomsttorg der hovedinngangen er plassert. De funksjonelle koblingene er primært via gangbroer og i kulverter under bakken.

De åpne plassene og måten byggene er plassert i landskapet er kjernen i det arkitektoniske konseptet. Bygningene er organisert etter funksjon, der psykisk helsevern ligger i de frittstående bygningene mot sør, og somatikken i et noe mer sammenhengende anlegg mot nord. Bygningene mot nord møter også terrenget og danner en rygg for den åpne plassen, og tar dermed også opp en nivåforskjell som tomten her har.

Behandlingsbygget er plassert i vest, med broforbindelser til sengebygget i øst og bygningene for psykisk helsevern i sør.

Bygningenes plassering og sekvensen av åpne plasser inviterer til gjennomgangstrafikk og passasje for mange trafikanter gjennom sykehusområdet, samtidig som de er med på å skape varierte og

verdifulle uterom til sykehuset, fra adkomsttorget i øst til det interne torget mellom bygningene og til det grønne området rundt Sinsen gård.

Paviljonger legger seg på respektfull avstand fra alle de fredede og vernede bygningene i sentrum av området og lar dem få leve videre, men uten at de engasjeres særlig direkte av det nye anlegget. Det er lagt inn gangforbindelse mellom legevakt og behandlingsbygg gjennom bygg 60 samt funksjonsareal (kontorer og universitetsareal) i bygningene, slik at de på den måten blir aktivisert. Bygg 91 i verneklasse 2, helt sørøst på tomten, må rives i forbindelse med bygging av etappe 2. Refstad transittmottak er tenkt å kunne romme deler av psykisk helsevern, på samme måte som i konsept Utsikt.

Navnet Paviljonger knytter de nye bygningene til prinsippet fra det gamle Aker sykehus med frittstående bygninger i parken, og gir en tydelig karakter og identitet til det nye sykehuset.

5.3.2 Funksjon

Paviljonger baserer seg på en sykehusmodell med funksjonsdelte bygninger, henholdsvis behandlingsbygning, sengebygninger for somatikk og bygninger for psykisk helsevern og rus. Bygningene er knyttet sammen ved kulverter i underetasjen og med gangbroer i behandlingsetasjene. Mellom behandlingsbygget og sengebygget er det et lavt mellombygg, som opptar terrengfallet fra de fredede bygningene nord for sykehuset og det interne torget.

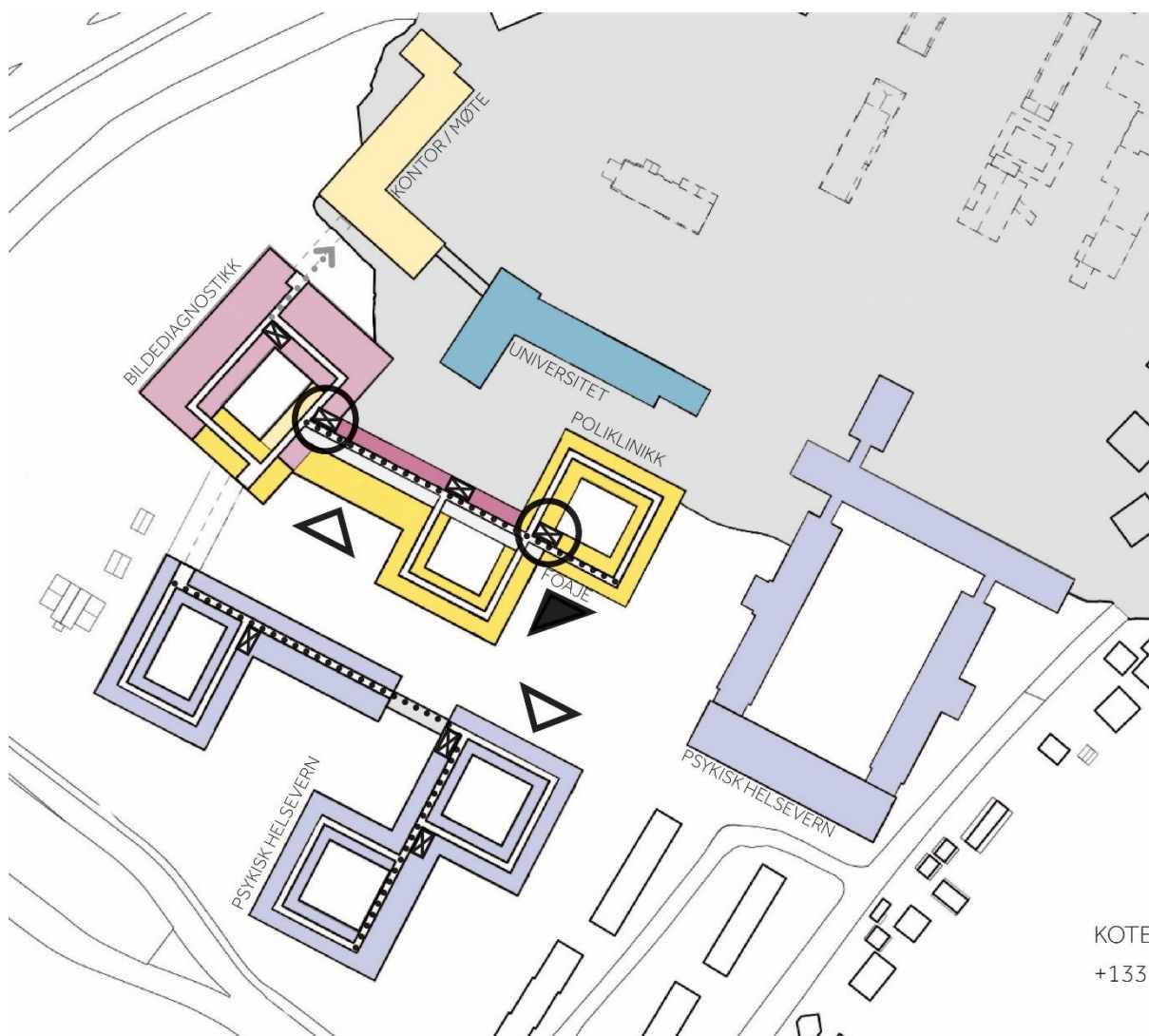


Poliklinikk og dagbehandling	Medisin/ kirurgi/ døgnplasser som.	Laboratorie	Teknikk
Psykisk helsevern/ TSB	Operasjon/ intensiv/ PO/ overvåk.	Vestibyle/ kommunikasjonsareal	Universitet
Kontor	Billediagnostikk	Akutt/ traume/ beredskap/ obs.	

Illustrasjon 20: Plassering av funksjoner

Fra adkomsttorget er det to hovedinnganger, til henholdsvis somatisk sengebygg og bygg for psykisk helsevern. Begge inngangene leder til en foajé med gode horisontale forbindelser til etasjens funksjoner og vertikale forbindelser til sengeetasjene. Fra det somatiske sengebygget er det direkte adkomst til behandlingsbygget på inngangsnivå.

På inngangsnivået og i etasjen over ligger poliklinikker, dagbehandling og andre funksjoner henvendt mot dagpasienter og besøkende. Via mellombygget mellom sengebyggene og behandlingsbygget er det direkte adkomst til behandlingsbygget og bildediagnostikk.



Illustrasjon 21: Mulig planløsning for inngangsetasje

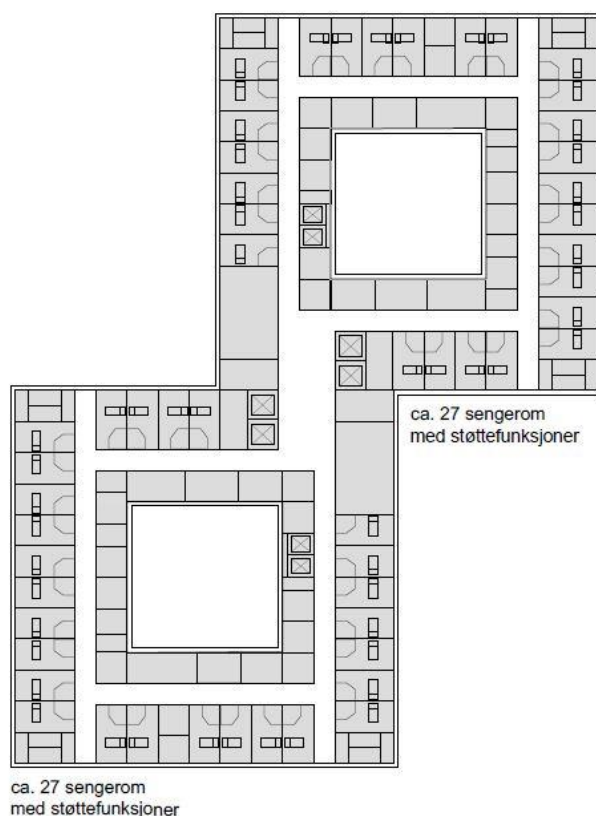
Alle de tunge behandlingsfunksjonene er samlet i et eget bygg, behandlingsbygget. Behandlingsbygget er organisert med akuttmottak på bakkeplan mot vest. Ambulanseadkomst er fra veien i vest. På grunn av tomtas skråning ligger akuttmottaket en etasje under hovedinngangsnivå.

Behandlingsbygget vil ha en egen akuttsøyle med heis fra akuttmottaket til intensiv og operasjon.

Helikopteradkomst er på taket av behandlingsbygget.

Bildediagnostikk er plassert i etasjen over akuttmottaket og har direkte forbindelse til poliklinikkene via mellombygget. 3.etasje i behandlingsbygget rommer laboratorier, 4.etasje intensiv og 5.etasje operasjon. Fra intensiv og operasjon er det direkte broforbindelse til sengebygningen. Fra behandlingsbygget er det også broforbindelse til bygningene for psykisk helsevern.

Sengebygningen for somatikk er utformet som et dobbelttårn, med 2 kvadrater. Kvadratene har et indre gårdsrom som gir lys og oversikt internt på etasjen. Hver av kvadratene rommer en sengeavdeling med 27 senger. Alle sengerommene ligger mot ytterfasade, med lys og utsikt over byen. Mot det indre gårdsrommet ligger støttefunksjoner og arbeidsstasjoner. I overgangen mellom de to kvadratene er det avsatt arealer til fellesfunksjoner, som møterom, grupperom og behandlingsrom.



Illustrasjon 22: Mulig løsning for sengeområder. To sengeområder med 25-30 senger.

Sengeområder og poliklinikker for psykisk helsevern og rusbehandling er plassert i de lave og litt mindre sengebygningene mot sør. Bygningsfloøyene mot nord rommer kontorer og poliklinikker. Sengerommene er plassert mot ytterfasade som i somatisk sengebygning. Psykisk helsevern for barn- og unge er plassert i dagens Refstad transittmottak, supplert med et nybygg sør for hagen.

Fellesarealer som auditorier og kantine er plassert på bakkeplan i det indre gårdsrommet, en etasje under hovedatkomstnivå. Fra kantina er det mulig å trekke ut i gårdsrommet på finværsdager.

Universitetsarealer er fordelt både sentralt i behandlingsbygget og i de øverste etasjene av det ene bygget for psykisk helse og desentralt i de forskjellige behandlings- og sengeområdene. Noen universitets, forsknings- og undervisningsrom er også lagt til eksisterende bygninger.

De eksisterende bygningene, bygning 60 og 27 inneholder kontorer. I tillegg er det avsatt arealer til kontorer i de enkelte behandlings- og sengeområdene.

Tilknytning til storbylegevakten

Det nye sykehuset vil ha kulvertforbindelse med storbylegevakten. I tillegg er det gangbroer og innendørs forbindelse fra legevakten gjennom bygg 60 til behandlingsbygget.

5.3.3 Tomt og landskap

Byggene er utformet som paviljonger i landskapet, og strukturen legger til rette for en rekke landskapsrom med ulike kvaliteter. Aksene får et løsere og mer lekent preg, og underordnes visuelt det grønne, varierte romforløpet gjennom tomten.



Illustrasjon 23: Situasjonsplan for konsept Paviljonger

Logistikk og trafikk

Trafikk og logistikk organiseres i hovedsak på samme måte som for Utsikt. Hovedinngangen plasseres mot adkomsttorget, og i tillegg plasseres øvrige innganger til de forskjellige bygningene fra det indre torget vest for adkomsttorget.

Torg og møteplasser

De to aksene har samme plassering og funksjon som i Utsikt, men i dette konseptet forsterkes den øst-vestgående aksene som oppholdsareal i form av tre større torg / uteområder. Torgene har også tilgjengelighet i form av åpninger mellom bygningene, noe som gir god kontakt med landskapet fra hele øst-vestaksen.

De tre torgene/rommene har ulike karakter og funksjon; adkomsttorget håndterer både myke og harde trafikanter, det indre torget har en roligere karakter med oppholdskvaliteter og gode solforhold. Lengst mot vest er torget snarere en grønn hage som knyttes opp og henter sin identitet vel så mye fra Sinsen gård, utsikten mot byen og parkdraget mot vest.

Fra det indre torget knyttes en visuell kontakt mot parkdraget i nord via et grønt tak. Dette taket er på samme nivå som hagen på nordsiden, og er dermed lett tilgjengelig fra det øverste nivået. Åpningen mellom byggene gir også økt kvalitet til området og byggene mot nord (bygg 27), med tilhørende landskapsrom. Mellom de to torgene på øst-vestaksen tar et trappeanlegg høydeforskjellen på en etasje. Med vestvendt helning og god og variert utforming vil anlegget få fine oppholdskvaliteter.

De tre byggene til psykisk helsevern og rusbehandling er organisert slik at de danner et skjermet, men likevel åpent grønt uterom.

Delen for psykisk helsevern og rusbehandling er utformet slik at det oppstår uterom med ulike kvaliteter. Mot øst-vest aksene ligger to torg som henvender seg til aksene og terraseres sammen med denne mot vest. Mot syd er rommene mer solfylte, og av litt mer privat karakter med mindre innsyn fra besøkende til området. Bygningene her er plassert med såpass god avstand til Dag Hammarskjølds gate at det også gis mulighet for å lage en landskapsmessig støyskjerming av uterommene i form av voll eller lignende. I tillegg har avdelingene helt lukkede gårdsrom, fullstendig skjermet for innsyn og støy.

De tre byggene til psykisk helsevern og rusbehandling er organisert slik at de danner et skjermet, men likevel åpent grønt uterom. Dette uterom kan avsluttes mot Dag Hammarskjølds vei i form av en voll som vill bidra til støyskjerming

5.3.4 Teknikk

Tekniske anlegg

Konseptet legger godt til rette for etablering av kulvert med ringstruktur for tekniske føringer i nybyggene og med mulighet for utvidelse til også å omfatte Oslo storbylegevakt og Paviljonger. Teknisk ring vil gi tosidig forsyning til nettstasjoner / undersentraler.

Det anbefales å dele opp El- og VVS- anlegg i egne strukturer med dekningsområde ca. 20.000-40.000 m². For hvert dekningsområde etableres nettstasjoner (normalkraft og nødkraft), hovedkommunikasjonsrom (HKR) og VVS-undersentral. For nybyggene i konsept Paviljonger er

det forutsatt 2 stk. strukturer i delen for psykisk helsevern og rusbehandling, og 2 stk. som betjener den somatiske delen av byggene. Eksisterende bygg 60 og Refstad forsynes fra nærmeste område for den somatiske virksomheten. Paviljonger får egen struktur.

VVS-undersentral plasseres i underetasje og inntil teknisk kulvert. Ventilasjonstekniske rom er planlagt i underetasje alle bygg. I tillegg er det behov for teknisk rom på tak der antall etasjer overstiger ca. 5 etasjer. For tårn med opptil 10 etasjer må det vurderes ventilasjonstekniske rom også i enkelte mellometasjer, slik at sjaktarealet kan reduseres.

Nettstasjoner plasseres mot yttervegg på bakkeplan med kjørbare adkomst. UPS, hovedfordelinger og evt. SHKR og grensesnittrom plasseres i underetasje. Kommunikasjonsrom og rom for el- underfordelinger etableres på etasjenivå.

Byggeteknikk

Når det gjelder grunnforhold og fundamentering har konseptet med sin plassering sør på tomten svært gunstige forhold da det i dette området er kort ned til fjell. Men ved dype kjellere vil det bli behov for sprengning.

Flere like bygg kan gi god mulighet for standardisering og effektiv bygging.

5.3.5 Planprogram og regulering

Paviljonger er det konseptet som i sin helhet forholder seg både til planalternativ 1 og 2, så nær som på noen detaljer som f.eks. Oldtidsveiens ubrutte linjeføring gjennom området. Konseptet er i tråd med Plan- og bygningsetatens anbefaling fra område- og prosessavklaring med tyngde av utbygging i sør.

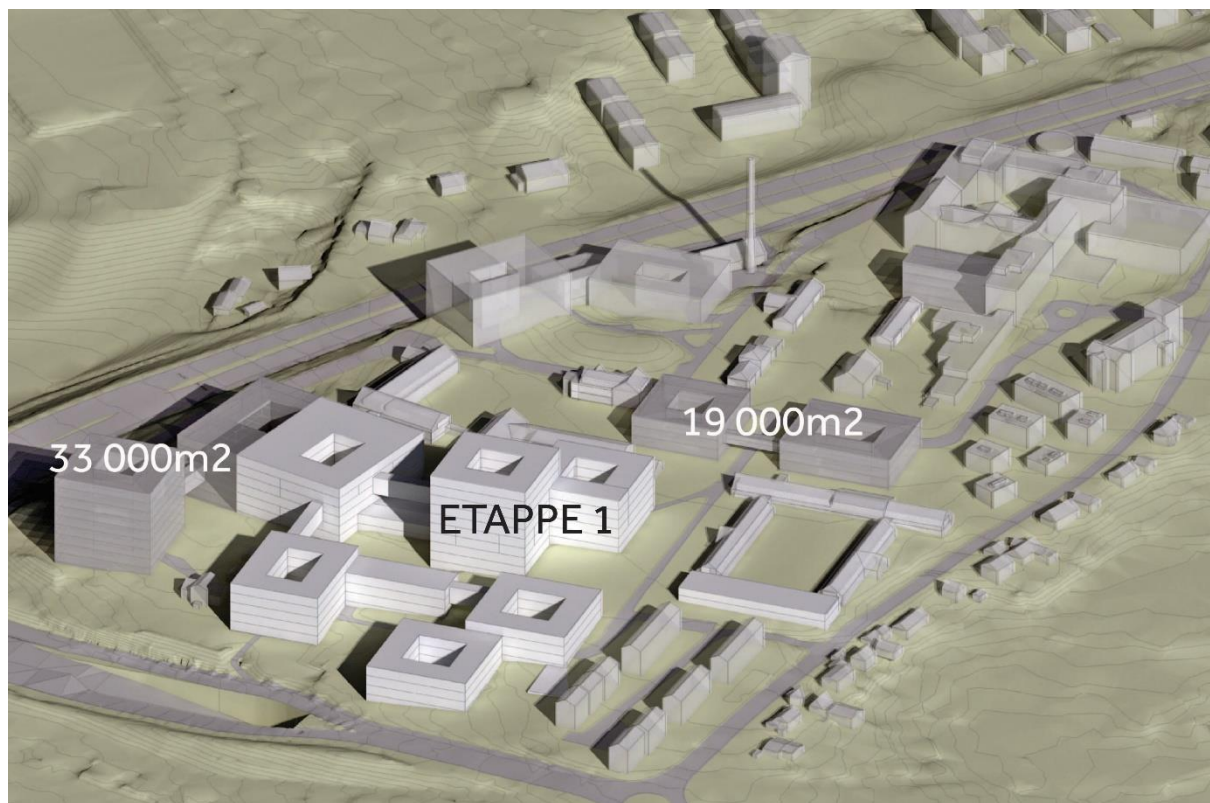
5.3.6 Fleksibilitet og elastisitet i planleggingsfasen.

Konseptet Paviljonger har et tydelig arkitektonisk grep, som kan tåle relativt store endringer i planleggingsfasen. Plassering av de enkelte bygningene på tomten kan justeres og tilpasses noe, da den har en såpass løs og ledig struktur, uten at konseptet svekkes. Tilsvarende gjelder for høyder og antall etasjer. Men det ligger noen begrensninger i bygningenes form. Det er viktig at det er en viss likhet og visuell sammenheng mellom de forskjellige bygningene for å beholde konseptets tydelighet. Det kan gi noen begrensninger i utformingen av de forskjellige funksjonene, f.eks. for psykisk helsevern.

5.3.7 Mulighet for etappevis utbygging

Paviljonger tar i etappe 1 i bruk den sørlige delen av tomten, og henvender seg med tyngdepunkt og adkomst mot øst. Det gir rom for en utvidelse i etappe 2 i forlengelse av anlegget mot vest. Behandlingsbygget ligger her sentralt plassert, og legger til rette for gode funksjonelle sammenhenger. Man mister dog i de nye bygningene for etappe 2 kontakt med de sentrale og samlende plassdannelsene, og både den funksjonelle og visuelle klarheten i konseptet blir noe svekket. Avstanden mellom de somatiske sengeområdene i etappe 1 og etappe 2 blir også relativt store. I og med at bygningene legges på en behørig avstand fra de eksisterende vernede og fredede bygningene, så er også arealet til rådighet for utvidelse noe begrenset.

En eventuell etappe 3 kan heller ikke utføres med funksjonell sammenheng til anlegget, men kan tenkes som en løsreven utvidelse nord på tomten, i og i tilknytning til det eksisterende Aker Sykehus. Det er her vist plass til 33 000 + 19 000 m², men man kan på lik linje med Utsikt også tenke seg en ytterligere utvidelse i det eksisterende Aker Sykehus, eller på boligtomten i sørøst.



Illustrasjon 24: Mulig utvidelse

5.3.8 Gjennomføringsrisiko

I og med at Paviljonger forholder seg til begge planalternativ, ikke utfordrer noen generelle høydebegrensninger samt ivaretar alle vernede og fredete bygninger på området, så anses dette konseptet å ha relativt lav gjennomføringsrisiko. Det er dog en viss usikkerhet knyttet til erverv av ekstern eiendom.

5.4 Konsept Diagonal

5.4.1 Arkitektonisk konsept



Illustrasjon 25: Konsept Diagonal

Diagonal er plassert opp mot eksisterende Aker sykehus og strekker seg diagonalt ned mot det grønne området sør og vest på tomten. Den nordre delen er en kompakt utbygging for somatikken, som en direkte utvidelse av det eksisterende sykehuset. Her rives også deler av det eksisterende sykehuset for å gi plass til det nye sykehuset. Bygningsmessig består dette konseptet av en kompakt base i 2-3 etasjer, med primært behandlingsfunksjoner og poliklinikker. Oppå denne ligger det sengeområder organisert som tre kuber med lysgårder, delvis bygget sammen og ellers forbundet med gangbroer.

På andre siden av nord-sør akse plasseres et sentralt forsknings- og undervisningsbygg, forbundet med somatikken med en gangbro som også danner overgangen mellom somatikken og anlegget for psykisk helsevern og rusbehandling. Dette strekker seg videre med en noe lavere utnyttelse og høyde ut over den sørvestlige delen av tomten, og det gis bedre tilgang til uteareal fra anlegget.

Diagonal mangler delvis et klart arkitektonisk grep, men fyller opp tomter som er til rådighet med en funksjonell organisering av program, og skaper på den måten allikevel en slags klarhet i bygningsstrukturen og en organisering av tomten. Det er et relativt 3-delt anlegg; somatikk, forskning/undervisning og psykisk helsevern, og de funksjonelle sammenhengene mellom disse er begrensede. Avstandene er av samme grunn ganske lange.

Hovedbygget og forsknings- og undervisningsbygget forholder seg aktivt til hovedaksen og det grønne hjertet, og knytter sine hovedinnganger dit. Anlegget for psykisk helsevern får

hovedinngang via undervisningsbygget, og her vil det også bli naturlig med flere bi-innganger grunnet lang avstand til en sentral hovedinngang.

Med hensyn til vernede og fredede bygninger er det kun den østre fløyen av bygg 27 som rives i dette alternativet. Alle andre bygninger blir bevart. De paviljonger som ligger på østsiden av alléen blir liggende helt opp mot det nye anlegget, og blir mer å betrakte som inngangsbygg til dette enn frittstående paviljonger. Refstad er ikke tatt i bruk i dette konsept, men de øvrige vernede og fredede bygningene inneholder programareal og blir dermed aktivt bevart gjennom bruk.

5.4.2 Funksjon

Diagonal baserer seg på en sykehusmodell der den somatiske delen er organisert med en base med behandlingsfunksjoner og overliggende sengeetasjer. Bygningene for psykisk helsevern er helt adskilt fra det somatiske sykehusbygget, men innendørs forbindelse er sikret ved broforbindelser fra begge anleggene til et sentralt plassert forsknings- og undervisningsbygg.



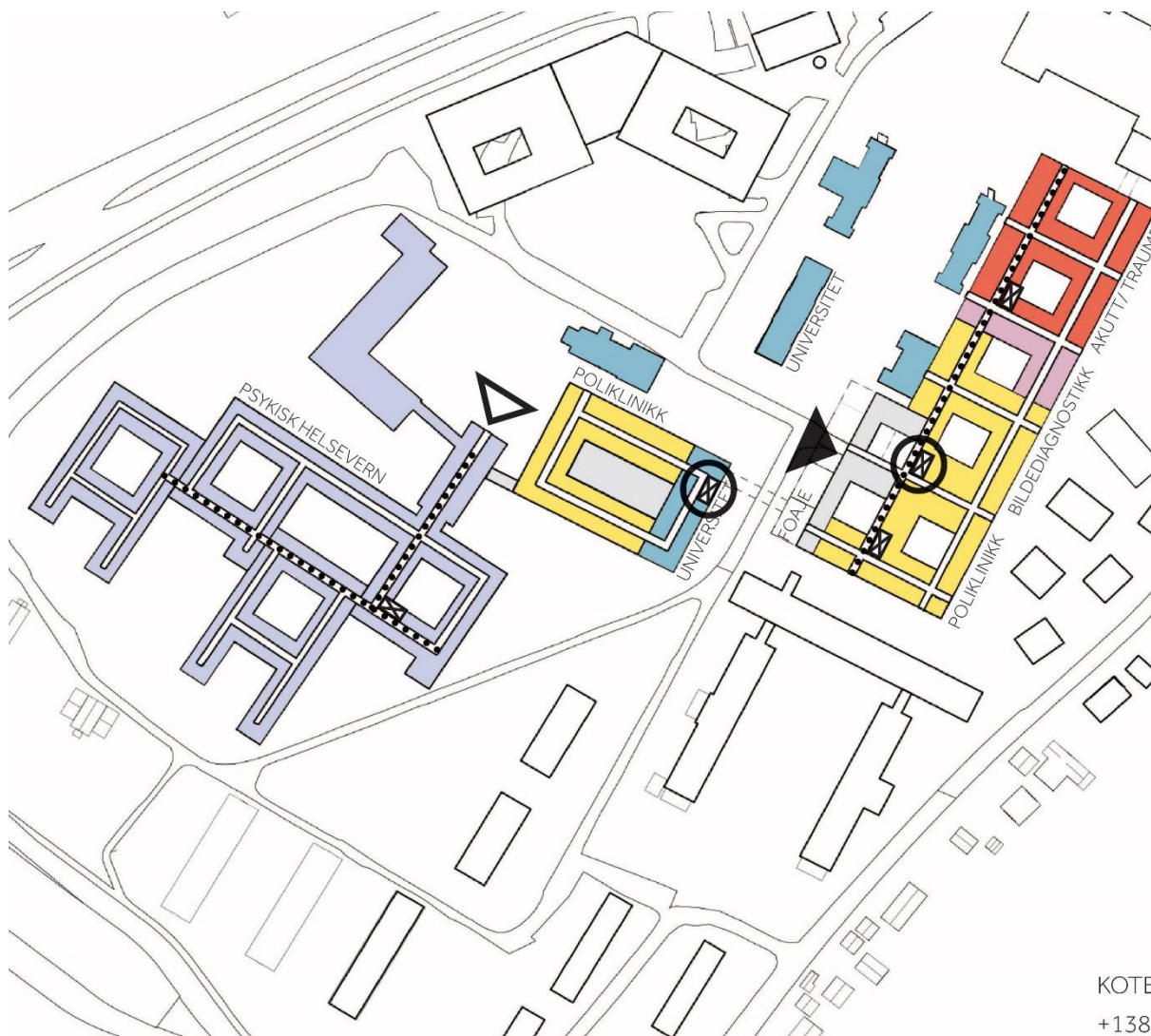
Poliklinikk og dagbehandling	Medisin/ kirurgi/ døgnplasser som.	Laboratorie	Teknikk
Psykisk helsevern/ TSB	Operasjon/ intensiv/ PO/ overvåk.	Vestibyle/ kommunikasjonsareal	Universitet
Kontor	Bilddiagnostikk	Akutt/ traume/ beredskap/ obs.	

Illustrasjon 26: Plassering av funksjoner

Fra adkomstområdet i nord-sør akse er det en hovedinngang til det somatiske sykehuset. På motsatt side av akse er det en inngang til forsknings- og undervisningsbygget. Inngangen i

sykehuset leder til en foajé med gode horisontale forbindelser til etasjens funksjoner og vertikale forbindelser til sengeetasjene.

På inngangsnivået ved vestibylen ligger poliklinikker, dagbehandling og fellesfunksjoner. Første etasje i forskningsbygget, rett over aksen, rommer også poliklinikker.



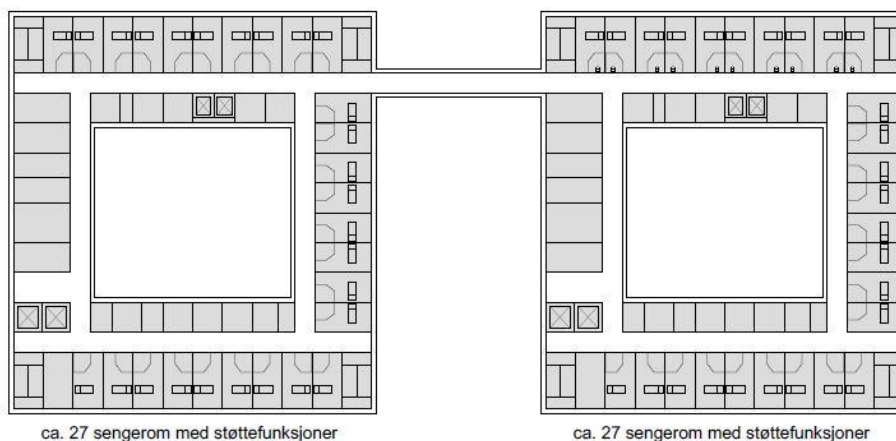
Illustrasjon 27: Mulig planløsning for inngangsetasje

Akuttmottaket ligger i første etasje mot nord. Ambulanseadkomst er som ved Aker sykehus i dag, med kort vei fra både Trondheimsveien og Sinsenveien. Helikopteradkomst vil være på taket på sengebygningen over akuttmottak.

Mellom akuttmottaket i nord og poliklinikkene i sør ligger bildediagnostikk, med direkte adkomst fra begge sider.

Intensiv og operasjon er plassert i etasjene direkte over akuttmottaket, med direkte heisforbindelse. Laboratoriene er også plassert i sokkelens andre etasje.

Sengebygningen for somatikk er utformet som tre sengebygg med gårdsrom på toppen av sokkelen. To av sengebyggene ligger samlet men forskjøvet, den siste er bundet sammen med gangbro. Alle sengerommene ligger mot ytterfasade, mrd lys og utsikt. Mot det indre gårdsrommet ligger støttefunksjoner og arbeidsstasjoner. I hver av kvadratene er det avsatt arealer til fellesfunksjoner, som møterom, grupperom og behandlingsrom.



Illustrasjon 28: Mulig løsning for sengeområder. To sengeområder med 25-30 senger.

Sengeområder og poliklinikker for psykisk helsevern og rusbehandling er plassert sør på tomta, i mindre og lavere bygninger. Bygning 60 og den bevarte delen av bygg 27 rommer kontorer og andre arealer for psykisk helsevern.

Universitetet sine arealer er fordelt både sentralt i forsknings- og undervisningsbygget og desentralt i de forskjellige behandlings- og sengeområdene. Noen universitets, forsknings- og undervisningsrom er også lagt til eksisterende bygninger.

Tilknytning til storbylegevakten

I Diagonal er det kulvertforbindelse til storbylegevakten, men med større avstand enn de to andre konseptene.

5.4.3 Tomt og landskap

Bygningsmassen strekker seg diagonalt over tomten fra nord-øst til sør-vest, med hovedinngang der diagonalen skifter side med hensyn til nord-sør akse. Dette medfører at tyngdepunktet, med tilhørende funksjonalitet og mobilitet, flyttes en del nordover enn i de to andre konseptene. Den sørlige delen av tomten fremstår dermed roligere og grønnere. Øst-vestaksen som funksjonell akse faller ut med denne organiseringen, mens nord-sør akse fremdeles opprettholdes.



Illustrasjon 29: Situasjonsplan for konsept Diagonal

Logistikk og trafikk

Adkomsttorget plasseres på akse mellom bygg 27 og Refstad transittmottak. Det er vesentlig at adkomsttorget gis nok plass til å håndtere all trafikk for at det skal bli funksjonelt.

Adkomsttorg får en direkte innkjørsel for motorisert trafikk fra Sinsenveien nord for Refstad. Dette medfører økt trafikk lengre opp på Sinsenveien, og krever en oppgradering av større deler av denne.

Torg og møteplasser

De to aksene tillegges mindre funksjon i dette konseptet, og øst-vest akse utgår i form og funksjon som beskrevet i hovedgrepet. Tilgjengeligheten til og fra Sinsenkrysset blir dermed svakere for de myke trafikantene, men denne kan likevel ivaretas i den videre bearbeidelsen av konseptet. Til gjengjeld forsterkes det grønne hjertet og adkomsttorget i nord.

Psykisk helsevern og rusbehandlingens plassering syd på tomten preges av lavere tetthet og god kontakt med det omkringliggende landskapet. Det gir gode muligheter for å skape varierte uterom med ulik grad av skjerming og grad av offentlighet.

Psykisk helsevern og rusbehandlingens plassering sør på tomten preges av lavere tetthet og god kontakt med det omkringliggende landskapet. Det gir gode muligheter for å skape varierte, støyskjermede uterom med ulik grad av offentlighet. Internveien på sørsiden vil imidlertid gi noen utfordringer i forhold til visuell skjerming.

5.4.4 Teknikk

Teknisk anlegg

Konseptet legger ikke til rette for etablering av kulvert med teknisk ring i underetasje på nybyggene. Dersom ring skal etableres, så må det bygges en forbindelse via Oslo storbylevevakt og kulverter under bakken.

Det anbefales å dele opp elektro- og VVS-anlegg i egne strukturer med dekningsområde ca. 20 000 - 40 000 m². For hvert dekningsområde etableres nettstasjoner (normalkraft og nødkraft), HKR og VVS-undersentral. For nybygg i konsept Diagonal er det forutsatt 2 stk. strukturer i delen for psykisk helsevern og rusbehandling og 1 stk. for mellombygget og 2 stk. som betjener byggene for somatikk. Eksisterende bygg 60 forsynes fra mellombygget og gjenværende del av Paviljonger forsynes fra somatikk.

VVS-undersentral plasseres i underetasje og inntil teknisk kulvert. Ventilasjonstekniske rom er planlagt i underetasje alle bygg. I tillegg er det behov for teknisk rom på tak der antall etasjer overstiger ca. 5 etasjer.

Nettstasjoner plasseres mot yttervegg på bakkeplan med kjørbart adkomst på bakkeplan. UPS, hovedfordelinger og evt. SHKR og grensesnittrom plasseres i underetasje. Kommunikasjonsrom og rom for el-underfordelinger etableres på etasjenivå.

Byggeteknikk

Når det gjelder grunnforhold og fundamentering har konseptet med sin plassering sentralt og nord på tomten utfordringer da det i dette området blir opp til 10-15 meter til fjell. Her vil det bli behov for peler og pilarer til berg. Det ligger derimot godt til rette for dype kjellere. Byggegrupp rundt eksisterende paviljonger må sannsynligvis spuntet. Økt kompleksitet for fundamentering vil gi økt miljømessig fotavtrykk. Nærhet til eksisterende bygninger og stor avstand til fjell gir vesentlig økt kostnad for byggegruppene.

5.4.5 Planprogram og regulering

Diagonal forholder seg til planalternativ 1, men med en lavere utnyttelse sørvest på tomten enn angitt i planalternativet. Bygg 60 blir beholdt, men den østre fløyen av bygg 27 blir isteden revet.

5.4.6 Fleksibilitet og elastisitet i planleggingsfasen

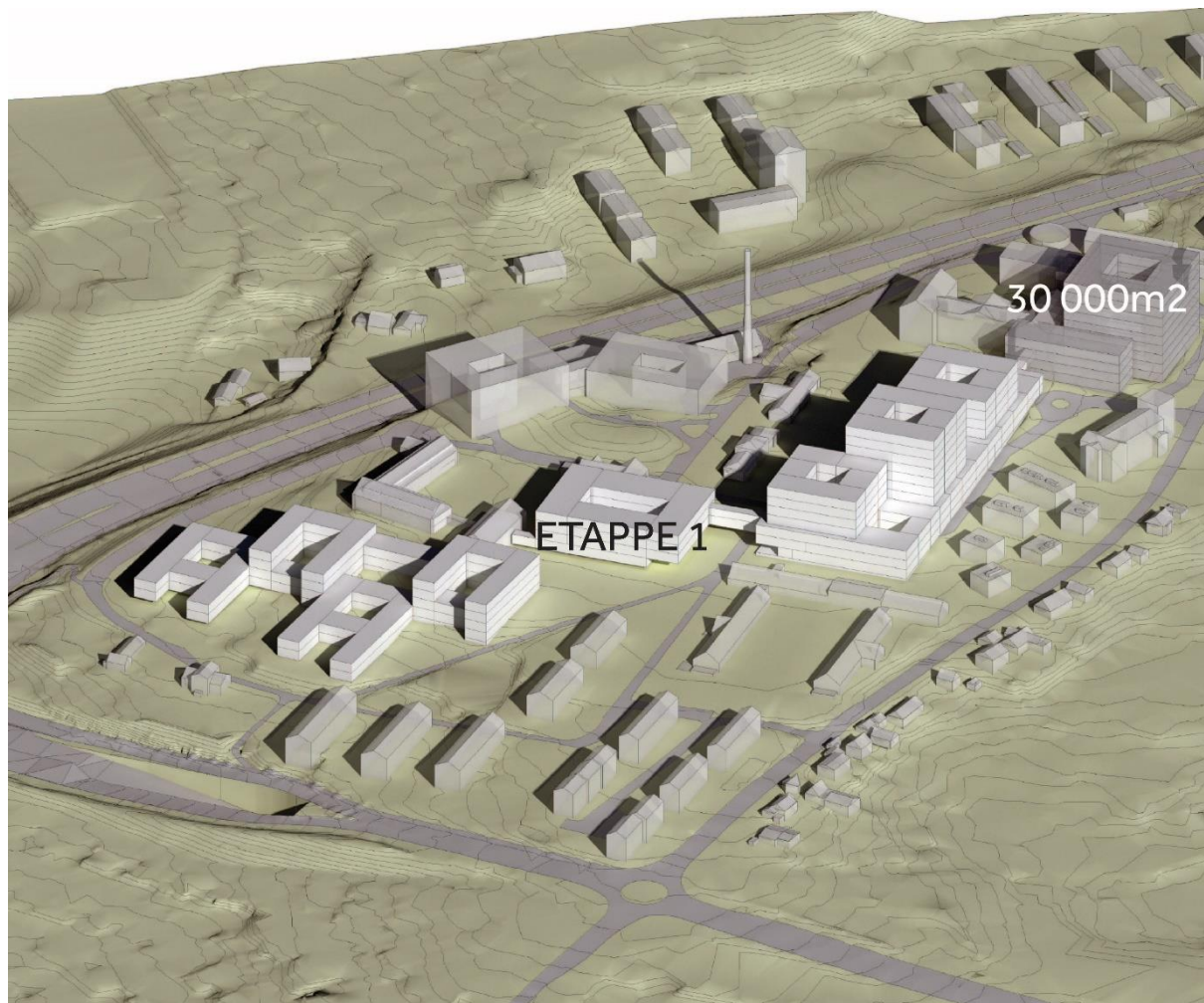
Konsept Diagonal har stort potensiale for en videre utvikling av anlegget for psykisk helsevern. Her er det relativt god plass til rådighet, og store muligheter for å utvikle gode og hensiktsmessige bygninger i lav høyde og med kontakt mellom inne og ute. Siden konseptet ikke har et sterkt formalt grep her, så gir det stor frihet i utformingen. Det samme kan også sies gjelde for det sentrale forsknings- og undervisningsbygget, som kan tilpasses både i størrelse og form.

Anlegget for somatikk har større begrensninger, ikke minst med hensyn til begrenset areal/fotavtrykk og føringer med hensyn til tilknytning til eksisterende Aker Sykehus og andre omkringliggende bygninger.

5.4.7 Mulighet for etappevis utbygging

Med sin plassering av tyngdepunkt for det somatiske anlegget og behandlingsfunksjoner helt knyttet opp mot eksisterende Aker Sykehus, er det en forutsetning at en utvidelse i etappe 2 skjer i form av en utvikling av disse bygninger. Det vil kreve omfattende inngrep i de gamle bygningene på Aker, med riving, ombygning og nybygg, for å få et nytt og moderne sykehus. Mye av bygningsmassen her vil på dette tidspunkt uansett være modent for oppgradering, så det kan sies være en fornuftig strategi, selv om det byr på store utfordringer å gjøre disse inngrep helt oppe i og i tett tilknytning til et sykehus i drift.

Det vil bli lite naturlig plass for en utvidelse fase 3, da man i konseptet har brukt opp alt tomteareal til rådighet. Man kan evt. tenke at en utvidelse fase 3 skjer gjennom et senere erverv av Fredensborg eiendom eller Refstad Transittmottak, som en mer frittstående enhet sørøst på tomten. Det er i illustrasjon vist ca. 30 000 m². utvidelse i det eksisterende Aker Sykehus. I dette må man trekke fra de arealer som eksisterer der per nå, slik at reell tilførsel av ny bygningsmasse blir betraktelig lavere.



Illustrasjon 30: Mulig utvidelse

5.4.8 Gjennomføringsrisiko

Konseptet utfordrer vern av bygg 27, og har med dette en høy gjennomføringsrisiko med hensyn til mulig innsigelser fra Riksantikvaren.

Gjennom sin plassering helt i nord på tomten, kan man unngå den gjennomføringsrisiko som går på erverv av eksternt eiendom i sør og øst (Fredensborg eiendom og Statsbygg). Det er ikke mulig å gjennomføre hele anlegget i vest på egen grunn, og der må man påregne erverv av Statsbyggs eiendom (Sophies Minde). Det kan også være at man får tilsvarende problematikk knyttet til Refstadhagen borettslag, som ligger tett inntil øst for den somatiske delen av anlegget.

Det vil videre være en betydelig gjennomføringsrisiko knyttet til bygging så tett opp mot eksisterende Aker sykehus, både med hensyn til tekniske utfordringer, men også organisatoriske med hensyn til drift av lokalene og rokadearal.

6 KALKYLE – ØKONOMISKE ANALYSER

6.1 Prosjektkostnad - sammenligning av tre alternativer

Det er utført kostnadsanslag for de tre alternativene. Anslagene er basert på prosjektrekskap for Sykehuset Østfold Kalnes, lokale vurderinger for Aker, generelt erfaringsmaterieil fra nyere sykehusprosjekter og norsk prisbok. Formålet med kostnadsanslaget er å identifisere eventuelle forskjeller mellom alternativene og eventuelle endringer sammenlignet med kostnadsestimatet i prosjektets mandat (9,80 mrd. kroner inkl. mva. prisnivå 2017).

Det understrekes at det i denne tidlige fasen av prosjektutviklingen er betydelig usikkerhet i de kostnadsanslagene som er utarbeidet. Det vil i steg 2 utføres nye vurderinger av investeringsbehov og usikkerhetsanalyse.

Sentrale forutsetninger for kostnadsanslaget er:

- Prisinivå: januar 2018
- Vurdering av byggetid er hensyntatt i anslagene (dvs. forlenget byggetid utover «normal» tid for byggefase er inkludert)
- Mva. er inkludert
- Tomtekjøp er ikke inkludert
- Finansieringskostnader er ikke inkludert
- Eventuelle bidrag til infrastruktur som Oslo kommune vil pålegge prosjektet
- Kostnader til organisasjonsutviklingsprosess eller flytting er ikke inkludert
- Tallene som framkommer er «forventede kostnader», dvs. en basiskalkyle pluss påslag for forventede tillegg (P50-nivå)

Prosjektkostnaden er i denne omgang basert på referansepriser fra andre prosjekter, men med en vurdering av hva som er forskjellig i de ulike alternativene her sammenlignet med referanseprosjektene.

Først er det vurdert de kostnadene som naturlig faller innenfor bygningsdeltabellen. Deretter er det vurdert særskilt for noen områder knyttet til utomhus infrastruktur (veier, forsyning, avløp etc. - ekstraordinære tiltak knyttet til omlegging), parkeringshus, helikopter, riving, erstatningsbygg, utstyr og overordnet IKT.

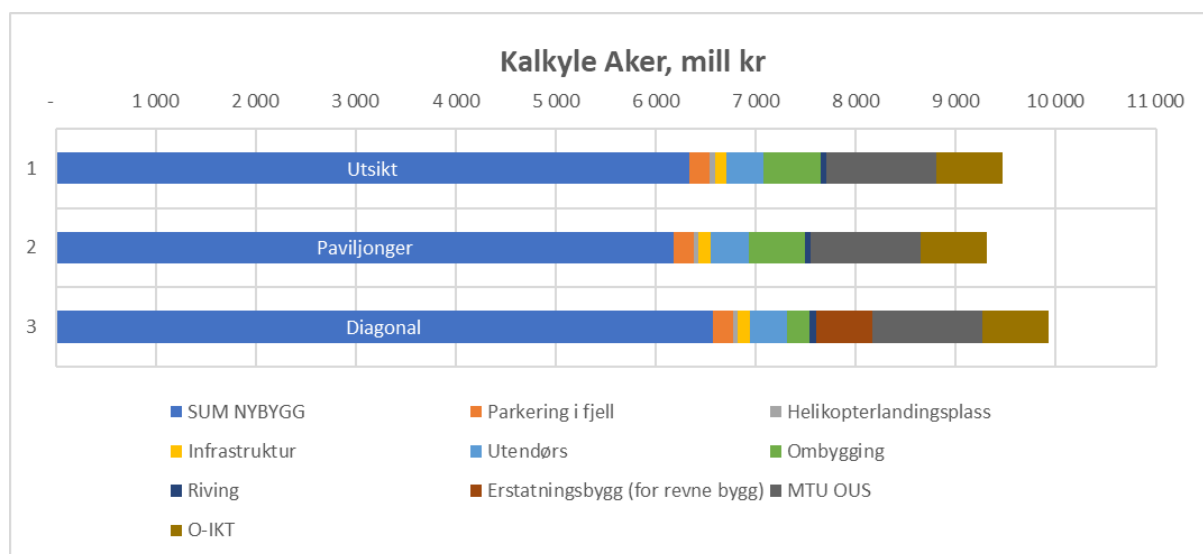
Kostnadsanslag for universitetsarealer er ikke inkludert i prosjektkostnadene da det er forutsatt separat finansiering.

Basert på denne tilnærmingen er det framkommet følgende oversikt over kostnader (alle tall i mill. kroner, avrundet):

Tabell 4: Kostnadskalkyle

	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Bruttoareal m2 BTA – Nybygg sykehus	99 928	98 968	103 387
Sum nybygg	6 330	6 170	6 570
Parkering i fjell	210	210	210
Helikopterlandingsplass	50	50	50
Infrastruktur	120	120	120
Utendørs	370	380	370
Ombygging	570	570	220
Riving	60	60	60
Erstatningsbygg (for revne bygg)	-	-	570
Utstyr	1 100	1 100	1 100
Sum delprosjekter	2 480	2 490	2 700
O-IKT	670	670	670
Sum inkludert O-IKT	9 480	9 330	9 940

Tabell 5: Kostnadskalkyle vist som søylediagram



I sum viser dette kostnader for de ulike alternativene på 9,5 mrd. kroner for Utsikt og 9,3 mrd. kroner for Paviljonger og 9,9 mrd. kroner for Diagonal. Tallene inkluderer overordnet IKT-konsept. Det betyr at det er høyest prosjektkostnad for Diagonal, mens det er en indikasjon på at kostnadene til Utsikt og Paviljonger er relativt lik (9,3-9,5 mrd. kr).

Kjøp av eiendom er ikke med i tallene. Omfang av eventuelt tomteerverv må avklares nærmere i neste fase, med tilhørende estimater av sannsynlig kostnad. Dette utgjør en betydelig usikkerhet i alle alternativer, og særlig i Utsikt og Paviljonger, der det er nødvendig å erverve deler av den sør-østlige delen av tomta slik alternativene er skissert i dag. I Diagonal kommer bebyggelsen tett inntil Refstadhagen borettslag, og det kan derfor forventes at dette kan innebære utfordringer

både med hensyn på løsninger og gjennomføring, med tilhørende økonomiske usikkerheter. Forholdene vil bli nærmere utforsket i steg 2.

Eventuelle behov for oppgradering av vei utenfor tomteområdet er heller ikke med i tallene.

For Diagonal må det etableres erstatningsarealer for de funksjonsarealer som må rives. I tillegg vurderes Diagonal til å ha lengst gjennomføringstid fordi man må etablere erstatningsarealer og utføre byggevirksomhet tett opp til bygninger som er i full operativ drift. Som følge av sistnevnte vurderes også usikkerheten størst for Diagonal med tilhørende størst forventet tillegg. Disse kostnadselementer utgjør en vesentlig del av forskjellen mellom Diagonal og de to andre alternativene.

For alle alternativene er grad av ombygging en usikkerhet sammenlignet med nybygg fordi det er mer usikkerhet knyttet til både kostnader og netto funksjonsareal per kvm brutto ved ombygging.

6.2 Usikkerhetsanalyse

Det vil som en del av steg 2 (høsten 2018) gjennomføres en usikkerhetsanalyse av investeringskalkylen for alternativet som er videre bearbeidet i skisseprosjektet.

De vurderinger av usikkerhet som er gjennomført så langt er primært knyttet til usikkerhet ved gjennomføring av byggeprosessen. Det vil si om man må bygge tett inntil eksisterende bebyggelse på en slik måte at dette skaper økt usikkerhet, eller om det må bygges i flere etapper, slik at tidsforløpet genererer økt usikkerhet. Tillegget som er lagt inn som «forventet tillegg», dvs. påslaget fra basiskalkyle til forventet kostnad, gir en foreløpig indikasjon på ulikheter i usikkerhet mellom alternativene.

I tillegg er det knyttet stor usikkerhet knyttet til behov og kostnader for tomteervervelse. Dette gjelder spesielt eiendommene i det sør-østlige hjørnet av tomta som i dag eies av Fredensborg eiendom, og Refsstad transittmottak som eies av Statsbygg.

6.3 LCC-analyser

LCC-analyse (Livssyklus kostnader¹) vil inngå som en del av arbeidet i steg 2 høsten 2018. Siden programarealet er det samme i de tre alternativene, vil ikke LCC-kostnaden skille vesentlig mellom alternativene. Ulik bruk av eksisterende bygg med en annen brutto/netto-faktor enn for nye bygg vil kunne skape forskjeller, men ikke i så stor grad at dette bør vektlegges ved valg av alternativ på nåværende tidspunkt.

6.4 Driftsøkonomiske vurderinger

I steg 1 av konseptfasen består de driftsøkonomiske vurderingene av en relativ sammenligning av hvor godt de tre alternativene legger til rette for mest rasjonell bruk av ressurser og en god driftsøkonomi. Alternativene er evaluert opp imot hverandre og på et kvalitativt og overordnet nivå. Formålet er å vurdere hvilket alternativ som vil kunne oppnå best driftsøkonomi, men er

¹ Livssyklus kostnader (LCC) er summen av projektkostnad og alle kostnader til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling i bruksfasen av et bygg eller anlegg, fratrukket restverdi ved avhending. Alle offentlige byggeiere og byggherrer er pålagt å vurdere LCC i forbindelse med anskaffelser

ikke en vurdering av prosjektets eller helseforetakets bæreevne. Detaljerte analyser av driftsøkonomi og økonomisk bæreevne vil gjennomføres i steg 2 av konseptfasen.

Evalueringen er utført med deltakelse fra Oslo universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst RHF, prosjekteringsgruppen og prosjektorganisasjonen, og inngår i den samlede evalueringen. Det vises til evalueringen dokumentert i kapittel 7.

For alternativet som videreføres til steg 2 av konseptfasen vil det som beskrevet i prosjektets mandat, utarbeides detaljerte driftsøkonomiske analyser og vurdering av økonomisk bæreevne og risiko. Dette arbeidet vil gjennomføres av prosjektorganisasjonen i Helse Sør-Øst RHF i samarbeid med Oslo universitetssykehus HF.

7 EVALUERING MED DRØFTING OG ANBEFALING

7.1 Generelt

Steg 1 av konseptfasen avsluttes ved at det alternativet som blir vurdert som det beste videreføres til steg 2 for videre utdyping gjennom detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger. Formålet med evalueringen er å komme frem til det alternativ som gir best måloppnåelse til lavest kostnad. I det følgende beskrives kriteriene for vurdering og valg av alternativ, og evalueringen av alternativene. Det vises til notat som beskriver prosess for evaluering av konseptvalg for Aker og Gaustad (dok. nr. NSG-8001-18-0014).

7.2 Kriterier og evalueringsmodell

Mandatet for konseptfasen beskriver prosjektets samfunns- og effektmål, og er styrende for hva prosjekteier ønsker å oppnå med gjennomføring av konseptfasen for det fremtidige målbildet.

Ved vurdering av hvilket konsept/utbyggingsalternativ som skal velges er det gjort en evaluering om og hvor godt konseptene understøtter effektmålene. I evaluering og valg mellom konseptene er det derfor naturlig å ta utgangspunkt i effektmålene.

Det vil i tillegg til effektmålene være andre sentrale forhold som må hensynstas og legges til grunn ved vurdering og valg av alternativ. Dette omfatter blant annet økonomi, gjennomføringsrisiko, påvirkning og ulemper med samtidig bygging og drift.

I matrisen nedenfor er effektmålene og andre viktige forhold kategorisert og koblet opp mot syv evalueringskriterier hvor effektmålene utgjør indikatorer for vurdering av hvor godt evalueringskriteriet er oppfylt.

I evalueringen er de tre alternativene vurdert innbyrdes mot hverandre og hvor det etter en samlet vurdering anbefales et alternativ som utdypes videre i steg 2.

Tabell 6: Evalueringskriterier med tilhørende indikatorer

Evalueringskriterier	Indikatorer
Kvalitet i pasientbehandling	<p>Vurdering opp mot følgende effektmål:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Et sykehus som tar utgangspunkt i pasientens perspektiv og som er lett tilgjengelig for brukerne</i>• <i>God oppgavefordeling innenfor regionen generelt og Oslo sykehusområde spesielt</i>• <i>Et sykehus som tilfredsstiller kapasitetsbehov samt funksjonelle og tekniske krav</i>• <i>Fremtidsrettet teknologi som understøtter god og effektiv pasientbehandling</i>• <i>Bygninger og utemiljø som støtter opp om pasienters og ansattes helse og trivsel</i> <p>Kriteriet presiseres å omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Nærhet og avhengigheter mellom pasienter og funksjoner. Bygg som fremmer gode pasientforløp, korte avstander, sammenheng mellom funksjonsområder for funksjonell og effektiv flyt (person, varer)</i>• <i>Tilgjengelighet: akutt (helikopter, ambulanse, egen bil, trafikk, avkjøring), elektive pasienter og pårørende (kollektiv, bil, parkering)</i>

Evalueringskriterier	Indikatorer
Godt og sikkert arbeidsmiljø	Vurdering opp mot følgende effektmål: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Et helsefremmende, godt og sikkert arbeidsmiljø</i> • <i>Bygninger og utemiljø som støtter opp om pasienters og ansattes helse og trivsel</i>
Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon	Vurdering opp mot følgende effektmål: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tilrettelegge for samarbeid mellom Oslo universitetssykehus HF og Universitet i Oslo innen forskning, utdanning og innovasjon tett integrert med klinisk virksomhet</i> • <i>Tett samarbeid om utvikling og integrering av universitetsfunksjonene</i>
Tilrettelagt for etappevis utbygging	Vurdering opp mot følgende effektmålene: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sykehus som er tilrettelagt for etappevis utbygging</i> • <i>Robust og tilpasningsdyktig bygningsmasse</i> • <i>God sammenheng mellom eksisterende og nye bygg</i>
Andre samfunnseffekter	Vurdering opp mot følgende effektmål: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Korte transportavstander for pasienter, ansatte og varer</i> • <i>Bærekraftige og klimavennlige løsninger</i> I tillegg inngår følgende: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Beredskap - OUS' evne til å håndtere store hendelser hvor normal drift må fravikes</i> • <i>Kvalitet bygg/arkitektur (konsept/ hovedgrep, utsikt, sol, dagslys, terreng, omkringliggende bebyggelse, kontakt ute-inne, fjernvirkninger), inkludert byutvikling</i>
Gjennomføringsrisiko / - tid	Dette omfatter f.eks.: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Risiko knyttet til parallell drift og bygging</i> • <i>Risiko knyttet til verneinteresser</i> • <i>Risiko knyttet til reguleringsprosess</i> • <i>Eventuell forskjell mellom alternativene knyttet til gjennomføringstid</i>
Økonomi	<i>Et økonomisk bærekraftig sykehus (effektmål i mandatet), berunder investering og drift</i>

Evalueringen er basert på en kvalitativ vurdering av alternativene med unntak av prosjektkostnader hvor det er utarbeidet kostnadsanslag. Evalueringen av alternativene er gjort relativt mot hverandre ettersom det ikke er et nullalternativ (nullalternativet skal kun tas med som basis for beregning av driftsøkonomiske effekter i steg 2).

Evalueringskriteriene er i utgangspunktet gitt lik vektning, og utvelgelse av alternativ baseres på en samlet vurdering etter utført evaluering. Som modell for karaktersetting er det benyttet en forenklet utgave av pluss/minus-metoden hvor det alternativet som scorer svakest på evalueringskriteriet gis karakteren 0. De andre alternativene gis enten 0 ved likeverdig score eller «+» etter følgende skala:

Likeverdig eller svakest	Noe bedre	Bedre	Mye bedre
0	+	++	+++

Ellers er det lagt til grunn følgende forutsetninger:

- Det skal ikke forekomme dobbelttelling i den forstand at de forhold som allerede er prissatt ikke skal inngå som vurderinger av ikke-prissatte effekter
- Det er så langt som mulig søkt å unngå dobbelttellinger i den forstand at samme virkning ikke medtas under flere ikke-prissatte effekter

Evalueringen er oppsummert i en tabell etterfulgt av en tekst til hvert evalueringskriterium hvor karaktersetningen begrunnes.

7.3 Evaluering og drøfting

Evalueringen av de tre alternativene er gjennomført i tråd med nevnte notat som beskriver prosess og oppgaver i forbindelse med evalueringen. Det er innhentet vurderinger fra Oslo universitetssykehus HF gjennom møteserie 4 i fokusgruppene og møte nr. 3 i Samhandlingsgruppen. Gruppene har særskilt evaluert funksjon, flyt, arbeidsmiljø og utvidelsesmuligheter.

Det er gjennomført en arbeidssamling for å evaluere driftsøkonomi med deltakelse fra Oslo universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst RHF, prosjekteringsgruppen og prosjekt-organisasjonen.

Oppsummering av evalueringen er vist i tabellen under:

Tabell 7: Oppsummering av evaluering

Evalueringskriterier	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Kvalitet i pasientbehandling	+++	+	0
Godt og sikkert arbeidsmiljø	+++	++	0
Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon	0	0	0
Tilrettelagt for etappevis utbygging	+++	+	0
Andre samfunnseffekter	++	++	0
Gjennomføringsrisiko og tid	+	++	0
Økonomi – prosjektkostnad (ekskl. tomt)	9,5 mrd.	9,3 mrd.	9,9 mrd.
Økonomi - drift	++	+	0

7.3.1 Kvalitet i pasientbehandling

Evalueringskriterium	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Kvalitet i pasientbehandling	+++	+	0

Diagonal

Diagonal vurderes å være det svakeste alternativet når det gjelder kriteriet kvalitet i pasientbehandling. Dette begrunnes med at løsningen skaper store avstander mellom den somatiske delen av sykehuset og delen for psykisk helsevern og rusbehandling. Sammenlignet med de to andre alternativene legger Diagonal i liten grad til rette for integrasjon mellom disse virksomhetsområdene. Diagonal har også lengre avstand fra operasjonsområdet i sykehuset og til Oslo storbylegevakt, enn hva som er tilfellet for Utsikt og Paviljonger.

Akuttmottaket er sentralt plassert med hensyn til den somatiske delen og med god adkomst inn til området, men med en vesentlig lengre avstand til psykisk helsevern og rusbehandling. Diagonal vurderes på denne bakgrunn å være det alternativet som i minst grad legger til rette for et felles akuttmottak.

Diagonal legger bedre til rette for innkjøring til ambulansmottaket enn hva som er tilfellet for Utsikt og Paviljonger.

De somatiske sengeområdene er plassert tett inntil hverandre, og er det alternativet med størst risiko for innsynsproblematikk, lite lys og begrenset utsikt.

Døgnområdene for psykisk helsevern og rusbehandling får i Diagonal gode forhold med lys, utsikt og tilgang til grøntområder. Ettersom denne delen av anlegget er trukket noe bort fra Sinsenkrysset og Dag Hammarskjølds vei, vil det sannsynligvis være det alternativet som i minst grad vil bli berørt av trafikkrelatert støy og andre trafikkrelaterte ulemper.

Diagonal vil ha lengst avstand fra trafikknutepunktet ved Sinsenkrysset til hovedinngang i nord, og dermed gi dårligst tilgjengelighet for myke trafikanter.

Paviljonger

Paviljonger vurderes å være noe bedre en Diagonal med hensyn til kvalitet i pasientbehandling. Avstanden mellom den somatiske delen av sykehuset og delen for psykisk helsevern og rusbehandling blir noe kortere, og anlegget blir lettere å orientere seg i. Det blir noe avstand fra sengeområder til behandlingsområder med fare for gjennomgangstrafikk i enkelte sengeområder.

Akuttmottak, diagnostikk- og behandlingsområder er sentralt plassert med en noenlunde lik avstand til den somatiske delen som til psykisk helsevern og rusbehandling. Dette vil gi en bedre mulighet for å kunne etablere et felles akuttmottak. Adkomst for ambulanse vurderes imidlertid å være mer krevende enn for Diagonal.

Avstand fra operasjonsområdet i sykehuset og til Storbylegevakta vurderes å være akseptabel og den samme som for Utsikt.

Det er gode uteområder ved forplass og internplass, men mørke og få skjermede uteområder og hager for psykisk helsevern og rusbehandling. Denne delen av anlegget er trukket lengre mot sør med nærhet til Dag Hammarskjølds vei, og vil sannsynligvis bli mere berørt av trafikkrelatert støy enn hva som er tilfellet for Diagonal.

Paviljonger vil i likhet med Utsikt ha kortere avstand fra trafikknutepunktet ved Sinsenkrysset til hovedinngang i forhold til Diagonal, og dermed bedre tilgjengelighet for myke trafikanter.

Utsikt

Utsikt vurderes å være det utbyggingsalternativet som best imøtekommer hovedkriteriet for kvalitet i pasientbehandling. Dette begrunnes blant annet med at Utsikt er det alternativet som samlet sett har den korteste avstanden mellom senge- og døgnområdene til områder for diagnostikk- og behandling. Anlegget vurderes å være det beste alternativet når det gjelder pasientflyt mellom de ulike funksjonsområdene som følge av korte avstander og minimal gjennomgangstrafikk i sengeområdene. Anlegget vurderes å være likestilt med Paviljonger når det gjelder mulighet for å orientere seg i byggene.

Akuttmottak, diagnostikk- og behandlingsområder er sentralt plassert med en noenlunde lik avstand til den somatiske delen som til psykisk helsevern og rusbehandling. Dette vil i likhet med Paviljonger gi en god mulighet for å kunne etablere et felles akuttmottak. Adkomst for ambulanse vurderes, også her i likhet med Paviljonger, å være mer krevende enn for Diagonal.

Avstand fra operasjonsområdet i sykehuset og til Storbylegevakta vurderes å være akseptabel og den samme som for Paviljonger.

Konseptet vurderes å være det beste med hensyn til lys og utsikt fra pasientrom i den somatiske delen. Delen for psykisk helsevern og rusbehandling vurderes å være likestilt med Diagonal når det gjelder dagslys og utsikt.

I likhet med Paviljonger er del for psykisk helsevern plassert med nærhet til Dag Hammarskjølds vei, og vil sannsynligvis bli mere berørt av trafikkrelatert støy enn hva som er tilfellet for Diagonal.

Utsikt vil i likhet med Paviljonger ha kortere avstand fra trafikkknutepunktet ved Sinsenkrysset til hovedinngang, i forhold til Diagonal, og dermed bedre tilgjengelighet for myke trafikanter.

7.3.2 Godt og sikkert arbeidsmiljø

Evalueringskriterium	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Godt og sikkert arbeidsmiljø	+++	++	0

Diagonal

Diagonal vurderes å være det svakeste alternativet når det gjelder kriteriet godt og sikkert arbeidsmiljø. Dette begrunnes med at byggene for den somatiske virksomheten kommer tett på eksisterende bygg i nord med fare for lite dagslys, utsikt og mindre gode uteområder.

Paviljonger

Det antas at Paviljonger vil kunne ivareta et godt og sikkert arbeidsmiljø bedre enn Diagonal. Alternativet vil gi oversiktlige arealer og god tilgang til sentrale og gode uteområder og torg mellom husene. Sammenlignet med Diagonal vil alternativet vil sannsynligvis gi bedre muligheter for dagslys og utsikt i den somatiske delen av anlegget.

Utsikt

Utsikt har i likhet med Paviljonger oversiktlige arealer med gode utearealer både på bakkeplan og taket på behandlingsarealene i basen av bygget. Store deler av arealene vil få særdeles gode lysforhold og god utsikt. Mulig løsning for sengeområder viser bedre muligheter for dagslys for arbeidsstasjoner og andre støttefunksjoner, sammenlignet med Paviljonger og Diagonal.

7.3.3 Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon

Evalueringskriterium	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Tilrettelagt for forskning, utdanning og innovasjon	0	0	0

Alle tre konsepter tilrettelegger godt for forskning, utdanning og innovasjon. Deler av dette arealet er integrert i funksjonsområdene mens deler er samlet sentralt og er godt synlig og tilgjengelig.

7.3.4 Tilrettelagt for etappevis utbygging

Evalueringskriterium	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Tilrettelagt for etappevis utbygging	+++	+	0

Diagonal

Diagonal er det konseptet som legger dårligst til rette for etappevis utbygging da etappe 1 strekker seg over store deler av tomten, og dermed etterlater lite areal for videre utbygging av den somatiske virksomheten.

Diagonal vurderes å være det alternativet som er mest krevende med hensyn til en evt. påbygging av fødeavdeling i etappe 2. Dette begrunnes med at en utvidelse må skje mot nord med begrenset mulighet for funksjonell tilkobling på grunn av nærhet til naboer, vernede bygg, riving av eksisterende sykehus og behov for erstatningsbygg. Diagonal vurderes av samme grunn å ha dårligst fleksibilitet og elastisitet i planleggingsfasen.

Paviljonger

I Paviljonger er det er moderat utvidelsesmulighet som følge av at de fredete bygningene ligger som en sperre mot nord. Det er også begrenset tilpasningsdyktighet som følge av bygningstypologien (de lukkede paviljongbyggene utgjør en sluttet form som begrenser en direkte horisontal utvidelse). Det blir avstand mellom sengeområder i etappe 1 og 2.

Paviljonger vurderes å være bedre enn Diagonal med hensyn til eventuell påbygging av fødeavdeling i etappe 2. Dette begrunnes med at en utvidelse kan skje mot vest, vegg i vegg med behandlingsbygget.

Utsikt

Utsikt er det alternativet som vurderes å være best til å ivareta etappevis utbygging på en god måte ved at det er mulighet for større utvidelser i flere retninger, både mot vest og nord-øst

Utsikt vurderes å være noe bedre enn Paviljonger med hensyn til eventuell påbygging av fødeavdeling i etappe 2. Dette begrunnes med at utvidelsesmulighetene mot vest, vegg i vegg med behandlingsbygget, er større.

Alternativet gir sammenlignet med Diagonal og Paviljonger det største arealet til rådighet for fremtidige utvidelser. Det funksjonelle konseptet kan også bevares etter en videre utbygging.

7.3.5 Andre samfunnseffekter

Evalueringskriterium	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Andre samfunnseffekter	++	++	0

Diagonal

Diagonal vurderes å være det alternativet som har det minst tydelige arkitektoniske grepet, og som i minst grad bidrar til utvikling av byrom i området. Løsningen aktiviserer imidlertid «det grønne hjertet» ved de gamle paviljongene. Det oppnås gode uteområder for psykisk helsevern og rusbehandling, og en spennende vev mellom gammelt og nytt.

Diagonal vil gi de lengte avstandene knyttet til person- og vareflyt.

Alternativet har i tillegg det største fotavtrykket og skårer derfor lavest med hensyn til energi og miljø.

Paviljonger

Konseptet har et tydelig arkitektonisk grep, gir et synlig sykehus med tydelig identitet og bidrar til utvikling av gode byrom i området. Løsningen vil imidlertid ikke i særlig grad aktivisere «det grønne hjertet» ved de gamle Paviljongene.

Utsikt

Utsikt har et tydelig arkitektonisk grep, og bidrar til et synlig sykehus med tydelig identitet. Det blir en god adkomstplass og alternativet aktiviserer «det grønne hjertet» ved de gamle paviljongene. Løsningen kan gi en spennende vev mellom gammelt og nytt.

Utsikt og Diagonal vurderes som like gode for dette tildelingskriteriet.

7.3.6 Gjennomføringsrisiko og tid

Evalueringskriterium	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Gjennomføringsrisiko og tid	+	++	0

Diagonal

Diagonal vurderes som det konseptet som har størst samlet gjennomføringsrisiko. Det er gjennomføringsrisiko knyttet til rivning av Bygg 27. Det forutsettes rivning av deler av dagens Aker sykehus, og dermed behov for provisoriske løsninger. Det blir en tett byggeplass for somatikken. Gjennomføringstiden kan bli forlenget som følge av behov for provisoriske løsninger og byggevirksomhet tett opp til bygninger som er i full operativ drift. Selv om konseptet i utgangspunktet forutsetter lite behov for ervervelse av eiendommer, vil nærheten til Refstadhagen borettslag representere en risiko.

Utsikt

For Utsikt er det gjennomføringsrisiko knyttet til rivning av Bygg 27, som er fredet, og boligbygg på Byantikvarens gule liste. I tillegg er det en reguleringsrisiko knyttet til at høyden overstiger kommunens bestemmelser for området. Videre skaper behov for kjøp av eiendom risiko både med hensyn til kostnader og gjennomføringstid.

Paviljonger

Paviljonger er det konseptet som er vurdert til å ha lavest gjennomføringsrisiko. Konseptet svarer til planalternativ 2 og er det foretrukne konsept hos Plan og bygningsetaten i Oslo kommune. Alle fredete bygg beholdes. Det er noe gjennomføringsrisiko knyttet til rivning av bygg på Byantikvarens gule liste. Videre skaper alternativet behov for kjøp av eiendom risiko både i forhold til kostnader og gjennomføringstid.

7.3.7 Økonomi – prosjektkostnad

Evalueringskriterium	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Økonomi – prosjektkostnad (ekskl. tomt)	9,5 mrd.	9,3 mrd.	9,9 mrd.

Det er mindre forskjell i prosjektkostnad mellom Utsikt og Paviljonger, mens det er en indikasjon på at prosjektkostnadene til Diagonal kan bli litt høyere enn for de to andre alternativene.

Kjøp av eiendom er imidlertid ikke inkludert i kostnadsanslagene. Gitt plassering av anlegget slik det er vist nå innebærer dette en betydelig usikkerhet for alle alternativer, og særlig for Utsikt og Paviljonger der erverv av betydelige deler av den sør-østlige delen aktualiseres. Diagonal kommer tett inntil Refstadhagen borettslag, og man må derfor forvente at dette kan innebære utfordringer både med hensyn på løsninger og gjennomføring (byggeperioden), med tilhørende økonomiske usikkerheter.

Eventuelle behov for oppgradering av vei utenfor tomteområdet er heller ikke inkludert i kostnadsanslagene.

7.3.8 Økonomi – drift

Evalueringskriterium	Utsikt	Paviljonger	Diagonal
Økonomi – drift	++	+	0

Som beskrevet i kapittel 7 er det overordnet vurdert hvor godt alternativene er tilrettelagt for god driftsøkonomi. I evalueringen er det vurdert hvor godt alternativene legger til rette for mest rasjonell bruk av ressurser og god driftsøkonomi.

Parametere som er benyttet i evalueringen er nærhet og avhengigheter mellom funksjoner, funksjonell og effektiv flyt (person og varer), fleksibilitet og senere vekst i pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon, og eventuelle andre forhold som påvirker driftsøkonomi. Det er søkt kun å vurdere forhold med vesentlig effekt for driftsøkonomi.

Nærhet og avhengigheter mellom akuttmottak, bildediagnostikk, operasjon/intensiv er ivarettatt i alle alternativene ved at dette er samlet i ett behandlingsbygg/-fløy. Nærhetsbehov som er vektlagt knytter seg til øvrig somatisk virksomhet og behandlingsbygg/-fløy, mellom somatikk og psykisk helsevern og rusbehandling, nærhetsbehov for senere etapper og storbylegevakt. Det er også overordnet vurdert hvordan alternativenes forskjellige utforming av sengeområdene vil kunne tilrettelegge for rasjonell bruk av ressurser og muliggjøre korte transportveier i både vertikal/horisontal retning.

Diagonal

Diagonal vurderes til å være det svakeste alternativet for dette evalueringskriteriet. I hovedsak skyldes dette lange horisontale avstander mellom arealer med funksjonelle avhengigheter. Dette vil kunne medføre et økt bemanningsbehov, spesielt knyttet til fag- og servicepersonell som betjener hele sykehuset. I tillegg vil denne løsningen sannsynligvis medføre noe urasjonell drift for avdelinger som må driftes i erstatningsbygg i byggeperioden for nytt sykehus.

Paviljonger

Paviljonger er noe mer kompakt enn Diagonal, og vurderes derfor til å være bedre med hensyn på avstander mellom arealer med funksjonelle avhengigheter.

Utsikt

Utsikt er vurdert som best på dette evalueringskriteriet. Løsningen vurderes som svært kompakt og effektiv med korte avstander mellom arealer med funksjonell avhengighet. Dette vil kunne gi mulighet for en mer rasjonell drift enn hva tilfellet er for Diagonal og Paviljonger.

Ingen av alternativene er vurdert med hensyn til sentralt forsyningscenter (økonomigård), da dette ikke er ferdig utredet.

Skissert utforming av sengetårnene vil også kunne tilrettelegge for rasjonell bruk av ressurser. God heiskapasitet og gode vertikale transportløsninger vurderes som viktige suksessfaktorer for dette alternativet.

7.4 Anbefaling

Med bakgrunn i samlet vurdering anbefales det at konseptet Utsikt videreføres til steg 2 av konseptfasen for en utdyping gjennom detaljerte skisser med tilhørende kalkyler og utredninger.

Utsikt vurderes å være det beste sykehuskonseptet og svarer godt til effekt- og samfunnsmålene for prosjektet. Konseptet er tydelig, fleksibelt og robust med stort potensiale for utvidelser og endringer.

Alternativet Utsikt har relativt store risikoelementer i seg knyttet til behov for riving av vernede og verneverdige bygninger samt behov for tomteervervelse. Dette vil bli gjenstand for bearbeiding og nærmere analyser i steg 2.

Endelig beslutning om valg av konsept som gir grunnlag for lånesøknad til Helse- og omsorgsdepartementet, og som skal bearbeides videre i en forprosjektfase, gjøres av styret for Helse Sør-Øst RHF i desember 2018.

8 VEDLEGG

Trykte vedlegg:

- 1- Mulighetsstudie – Fra mange til få konsepter

Utrykt vedlegg:

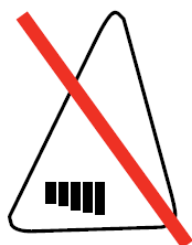
- 2- Fakta og analyser - Aker Sykehus Workshop 1
- 3- Presentasjon konseptstudier, 14 stk - Aker sykehus Workshop 2
- 4- Resultat / utvalgte konsepter – Aker sykehus Workshop 2
- 5- Presentasjon konseptstudier, 5 stk – Aker sykehus Workshop 3
- 6- Resultat / valgte konsepter steg 1 – Aker sykehus Workshop 3

VEDLEGG 1

MULIGHETSSTUDIER – FRA MANGE TIL FÅ

Nedenfor følger en kort redegjørelse for de opprinnelige 14 konsepter, med en kort beskrivelse av hovedgrep og begrunnelse for at de ble valgt bort eller videreført til nye runder. Funksjonsarealet er likt i samtlige alternativer, men med forskjellig grad av bruk av eksisterende bygningsmasse.

1. FINGRE (senere kalt RAMBLA)



Tyngdepunkt i sør. Organisert omkring indre gate i øst/vest retning, med somatikk mot nord og psykisk helsevern og rusbehandling mot sør. Sammenhengende bygningsvolum. Medium tetthet for psykisk helsevern og rusbehandling.



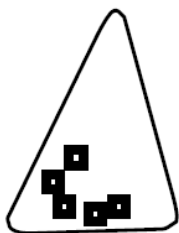
Videreført i første omgang med følgende begrunnelse:

- *Kjent og velprøvd organisering av sykehus*
- *Bygningsmasse i lav høyde*
- *God tosidig adkomst*

Ble valgt bort i workshop 3:

- *Passer dårlig til tomten, blant annet på grunn av høydeforskjeller i glassgate*
- *Begrenset areal til utvidelse*
- *Glassgate ikke godt egnet for psykisk helsevern og rusbehandling*
- *Behandlingsbygget ligger svært usentralt*

2. PAVILJONGER



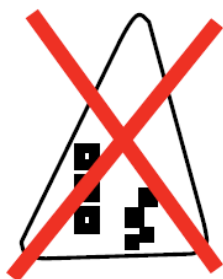
Tyngdepunkt i sør. Organisert med frittstående bygg, utvendig forbindelse i hovedplan (innvendig via broer/kulvert). Medium tetthet psykisk helsevern og rusbehandling.

Videreført til endelig alternativ med følgende begrunnelse:

- *Gode adkomstforhold*
- *Varierte uterom*
- *Klar og tydelig bygningsstruktur*
- *Svarer godt på bevaring og planalternativ 2.*



3. RYGG



Tyngdepunkt i sørvest, 2-delt anlegg, Kompakt utbygging av somatikk, lav høyde i psykisk helsevern og rusbehandling. Knytter seg på legevakten.

Konseptet ble ikke videreført i første workshop:

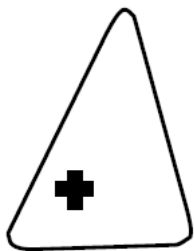
- *Behandlingsbygget ligger svært usentralt i anlegget.*
- *Kvaliteter i Rygg anses kunne videreføres i andre konsepter.*



Kvaliteter som videreføres, primært i konsept Tårn (senere kallet Utsikt):

- *God sammenkobling mellom behandlingsfunksjoner i basen.*
- *Gode utvidelsesmuligheter – struktur som fint kan utvides.*

4. TÅRN (videre kalt UTSIKT)



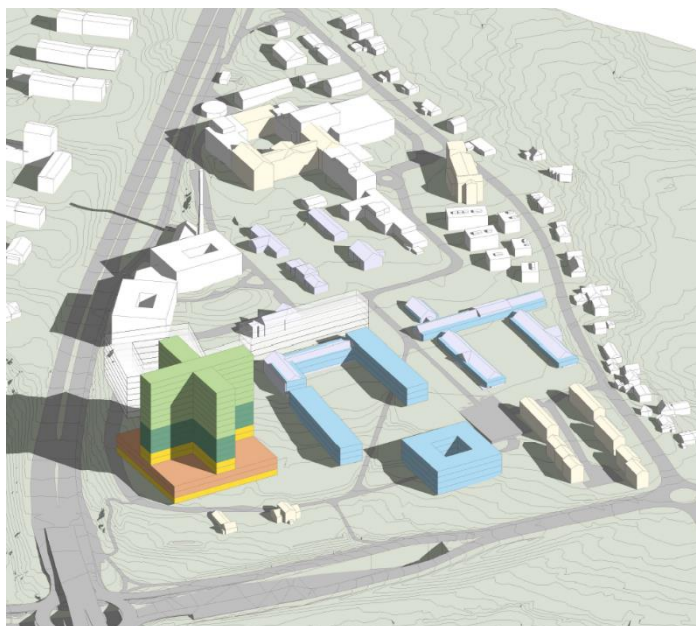
Tyngdepunkt i sørvest. Kompakt, høy (18 etg.) utbygging i somatikk, lav høyde i psykisk helsevern og rusbehandling. Sengeområder med flott utsikt.

Videreført i første runde med følgende begrunnelse:

- *Kjent kompakt sykehusløsning*
- *Gode muligheter for utvidelse, lite fotavtrykk.*
- *Tydlig arkitektonisk uttrykk.*

Tilføres også elementer fra konsept Rygg, Ryggrad og konsept Høyt/lavt.

Tårn ble til workshop 3 videreutviklet, med forskjøvet tyngdepunkt mot sentrum samt arkitektonisk og funksjonell bearbeiding, og ble på bakgrunn av dette valgt som et av de endelige alternativene under det nye navnet Utsikt. Se videre beskrivelse i kapittel 5.2.



5. KAM



Behandlingsfunksjoner sentralt på tomte. Lamellbebyggelse i vifteform mot sør. Nærhet til legevakt og eksisterende sykehusbygg, knytter sammen hele anlegget.

Ble valgt bort i første workshop med følgende begrunnelse:

- *Uryddig struktur*
- *Problematisk avstander, særlig ved utvidelse*



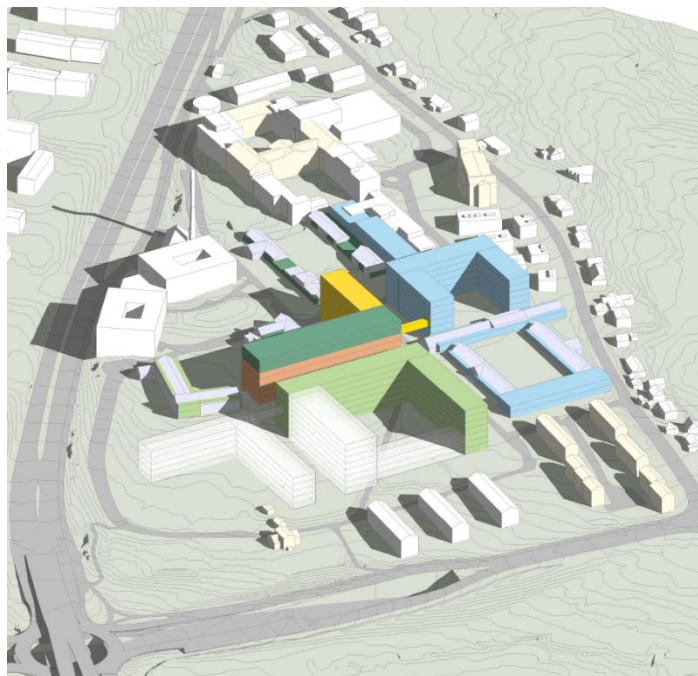
6. KVARTAL



Organisert i kvartalsstruktur, hovedakse som byggate. Behandlingsfunksjoner sentralt på tomte. Nærhet til legevakt og eksisterende sykehusbygg, strukturerer og knytter sammen hele anlegget.

Konseptet ble ikke videreført fra workshop 1:

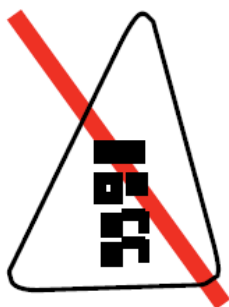
- *Problematisk form på bygg i forhold til effektive avdelinger og avstander*
- *Mange etasjer og kompakt anlegg for psykisk helsevern og rusbehandling.*



Har ellers gode elementer som tas videre i andre konsept, spesielt konsept Rygggrad.

- *Ryddig strukturering av området og god plass for utvidelse.*
- *God henvendelse til hovedakse og grønt hjerte.*

7. RYGGRAD



Tyngdepunkt i sentrum, med en klar retning (rygggrad) langs hovedaksen. Kompakt utbygging somatikk, medium tetthet psykisk helsevern og rusbehandling. Knytter sammen hele området.

Videreført i første workshop, og tilføyes elementer fra Høyt/lavt, Kvartal og Torg.



- *Klar henvendelse mot hovedaksen*
- *Rasjonell og tydelig strukturering av funksjoner.*
- *Fin integrering mellom nytt og gammelt ved det grønne hjertet.*

Konseptet ble videreutviklet til workshop 3, og fikk en tydeligere todeling av anlegget med en mer kompakt utbygging av somatikken mot nord og psykisk helsevern mot sør, og bedre tilpasset omgivelsene. Tilførtes også en innvendig glassgate parallelt med hovedaksen som bærende intern organisering.



Ble valgt bort i siste runde, selv om konseptet hadde riktig mange gode kvaliteter, med den hovedsakelige begrunnelsen at disse kunne videreføres i konsept Utsikt (Tårn).

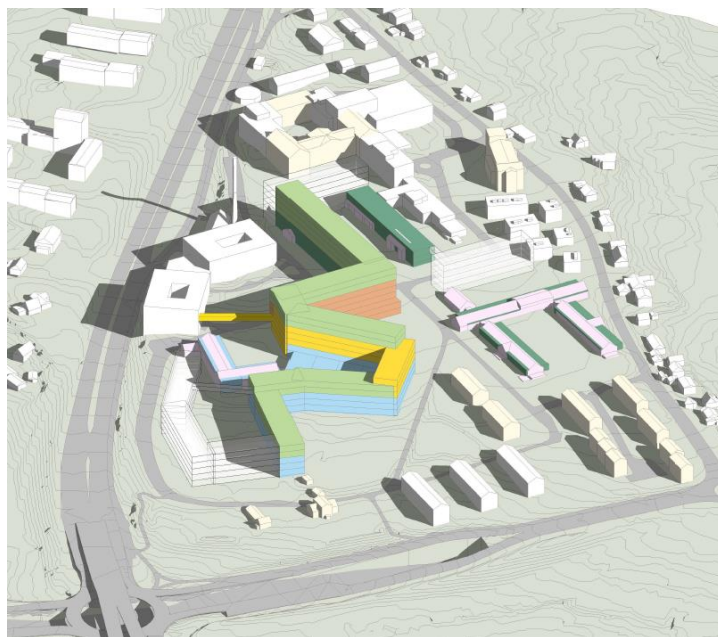
8. SLANGE



Slangeformet bygningsanlegg diagonalt over hele tomten. Interessant arkitektonisk grep med visse kvaliteter, men dårlig tilpasset sykehusfunksjoner.

Valgt bort i første omgang med følgende begrunnelse:

- *Anlegget deler tomten i to*
- *Lange avstander med gjennomgangstrafikk i funksjonsområdene*
- *Få skjermede uteområder for psykisk helsevern*
- *Dårlige utvidelsesmuligheter*



9. BELTE



Tyngdepunkt i sør og sentrum med somatikk plassert som et belte opp mot det grønne hjertet. Psykisk helsevern og rusbehandling plassert mot sør.

Valgt bort i første workshop med følgende begrunnelse:

- *Dårlig stedstilpasning*
- *Dårlige utvidelsesmuligheter*
- *Store interne avstander*



10. HØY OG LAV



Tyngdepunkt i sør med somatikk plassert opp mot det grønne hjertet. Psykisk helsevern og rusbehandling plassert mot sør med svært lave byggehøyder og stort fotavtrykk.

Fravalgt i første workshop med følgende begrunnelse:

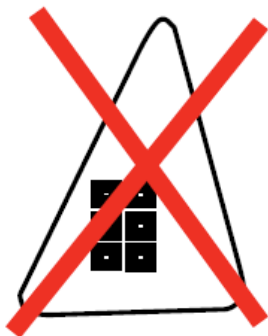
- *Legger dårlig til rette for etappevis utbygging.*
- *Stenger øst-vestaksen på tomten*

Kvaliteter som videreføres i konsept Tårn/Utsikt og Rygggrad:

- *Lav bygningshøyde i utformingen i anlegget for psykisk helsevern som gir god kontakt med utearealer.*



11. TORG



Tyngdepunkt i sentrum med somatikk plassert rundt det grønne hjertet. Psykisk helsevern og rusbehandling plassert mot øst.

Ble valgt bort i første runde med følgende begrunnelse:

- *Forutsetter rivning av både bygg 27,28 og Refstadbagen borettslag*
- *Anstand uten fysisk forbindelse mellom somatikk og psykisk helsevern.*
- *Kompakt løsning med lite utsyn og dagslys.*

Kvaliteter som videreføres i konsept Rygggrad:

- *Kompakte utformingen av somatikken.*
- *Henvendelsen til «det grønne hjertet».*



12. RINGEN



Tyngdepunkt i sentrum med somatikk plassert rundt paviljongene i «det grønne hjertet». Hovedaksen føres inn i den kvartalslignende strukturen. Psykisk helsevern og rusbehandling plassert i tverrgående lameller forbundet med gangbroer.

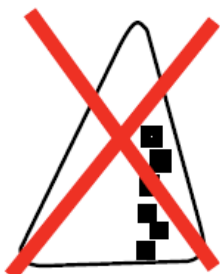
Valgt bort i første runde med følgende begrunnelse:

- *Dårlig stedstilpasning og integrering av gammel bebyggelse*



- *Problematisk avstander med mye gjennomgangstrafikk*
- *Problematisk gjennomføring tett på eksisterende sykehus*

13. ØST



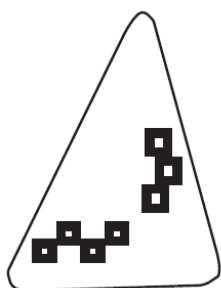
Tyngdepunkt i øst med somatikk mot nord og psykisk helsevern og rusbehandling mot sør. Svært kompakt løsning.

Valgt bort i workshop 1 med følgende begrunnelse:

- *Betydende gjennomføringsrisiko, tar i stor grad bruk av andre eieres grunn*
- *Massiv utbygging tett på naboer i Sinsenveien.*
- *Problematisk gjennomføring tett på eksisterende sykehus*
- *Svarer ikke til hverken planforslag 1 eller 2.*



14. DIAGONAL



Tyngdepunkt nord med somatikken opp mot eksisterende sykehus, men med stor utstrekning mot sørøst med arealer for psykisk helsevern og rusbehandling. Svært kompakt løsning for somatikk, lav høyde i psykisk helsevern.



Videreført som endelig alternativ med følgende begrunnelse:

- *Nærhet til eksisterende Aker sykehus*
Kan unngå oppkjøp av Fredensborg eiendom i sør

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 21. juni 2018

Saksbehandler: Direktør stab fag, pasientsikkerhet og samhandling

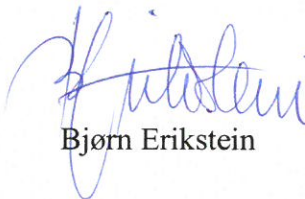
Vedlegg:

**SAK 43/2018 SYKEHUSINFEKSJONER OG ANTIBIOTIKARESISTENTE
BAKTERIER**

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 14. juni 2018



Bjørn Erikstein

En sykehusinfeksjon (helsetjenesteassosiert infeksjon, HAI) defineres som en infeksjon som ikke var til stede eller i inkubasjonsfasen da pasienten ble innlagt i sykehuset. Det inkluderer også infeksjoner som manifesterer seg etter utskrivelse, men som kan settes i sammenheng med sykehusoppholdet. Det finnes nasjonale og internasjonale definisjoner på HAI.

Prevalensregistrering

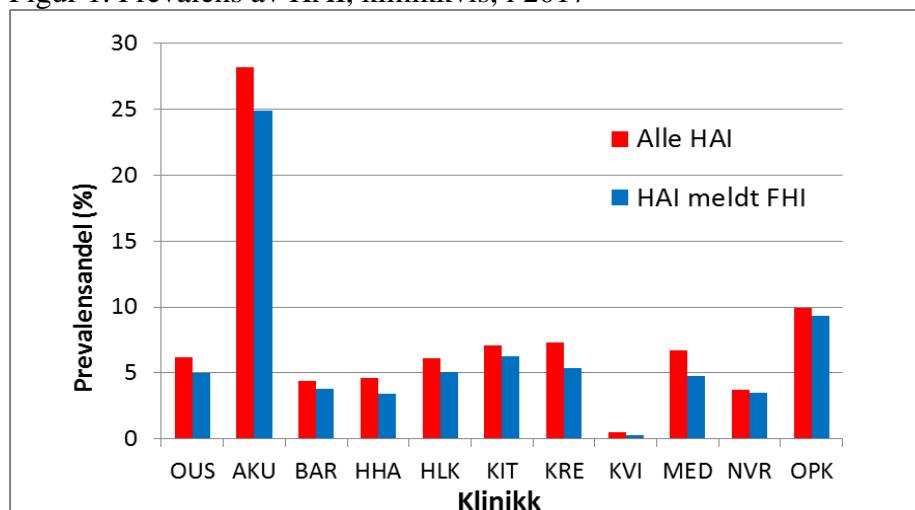
Forekomsten av HAI kan måles ved prevalensregistreringer, som angir antallet infeksjoner i forhold til antall pasienter og uttrykkes i prosent. Oslo universitetssykehus gjennomfører 4 prevalensregistreringer årlig. I 2017 var resultatene som følger:

- Til sammen 5682 inneliggende pasienter ble kartlagt (1 dag i hvert kvartal)
- 410 helsetjenesteassosierte infeksjoner ble registrert (prevalensandel 7,2 %) hos 352 pasienter (6,2 %)
- Det betyr at det gjennomsnittlig var 88 inneliggende pasienter som hadde en helsetjenesteassosiert infeksjon på hver av de 4 dagene

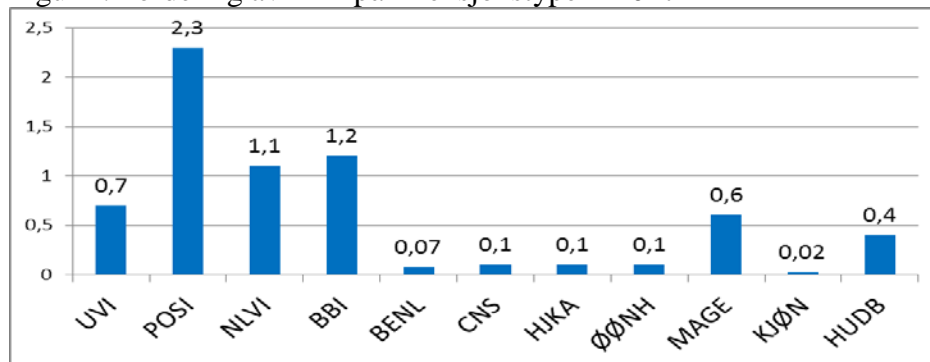
Ved tolkning av resultatene er det viktig å være oppmerksom på noen forhold:

1. Det er antall infeksjoner delt på antall pasienter som oppgis. Det vil si at pasienter med to infeksjoner teller dobbelt osv. Prevalensandelen av infeksjoner vil derfor være noe høyere enn andelen pasienter med infeksjon(er), i 2017 henholdsvis 7,2 % og 6,2 %
2. Alle pasienter med sykehusinfeksjon telles med, også pasienter med infeksjoner som er oppstått på andre sykehus. Ved Oslo universitetssykehus ligger andelen med infeksjon oppstått på annet sykehus på i underkant av 1 %.
3. Ved Oslo universitetssykehus registreres alle typer infeksjoner, men ved rapportering til Nasjonalt Folkehelseinstitutt er det bare 4 infeksjonstyper som skal inkluderes: Urinveisinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner og blodbaneinfeksjoner (sepsis). Det opereres derfor med to tall for prevalens: alle infeksjoner og FHI-rapporterte infeksjoner. Det er de sistnevnte som er benyttet i nasjonale statistikker og kvalitetsindikatorer.
4. Prevalensandelen forveksles ofte med risiko. Men prevalens er av flere grunner ikke egnet som en indikator på risiko for HAI. Men den er en god indikator på belastning, dvs. hvor mange pasienter som «belaster» sykehuset, f.eks. som følge av ekstra liggedøgn, isolering, utvidet diagnostikk (laboratorieprøver, radiologiske undersøkelser osv.) og terapi (antibiotika, kirurgi).

Figur 1. Prevalens av HAI, klinikkvis, i 2017



Figur 2. Fordeling av HAI på infeksjonstyper i 2017



UVI	Urinveier	BENL	Ben/ledd	MAGE	Magetarmsystemet
POSI	Operasjonsområde	CNS	Sentralnervesystemet	KJØN	Kjønnsorganer
NLVI	Nedre luftveier	HJKA	Hjerte/karsystemet	HUDB	Hud/bløtvev
BBI	Blodbanen	ØØNH	Øye/Øre/nese/hals		

Insidensregistrering av infeksjoner i operasjonsområde

Oslo universitetssykehus registrerer også postoperative infeksjoner etter 5 ulike kirurgiske inngrep i tråd med pålegg. Resultater fra disse registreringene vil bli presentert under sak 43/2018.

Registrering av blodbaneinfeksjoner

Oslo universitetssykehus har siden 2017 på eget initiativ kartlagt alle blodbaneinfeksjoner og risikofaktorer forbundet med disse. Resultater fra disse registreringene vil bli presentert under sak 43/2018.

Antibiotikaresistente bakterier

Det er en stadig økende forekomst av pasienter med multiresistente bakterier ved Oslo universitetssykehus. De fleste av disse har blitt smittet med resistente bakterier utenfor sykehuset og utenfor Norge.

Det siste året har det vært særlig store problemer med vankomycinresistente enterokokker (VRE) både ved Oslo universitetssykehus og flere andre sykehus. Dette har gjort at det har vært nødvendig med smitteoppsporing for VRE hos ca. 2.200 pasienter som har vært innlagt i Oslo universitetssykehus siden mars/april 2017.

Forekomsten av VRE og andre viktige antibiotikaresistente bakterier, og de tiltak som benyttes for å spore opp smittede og forebygge smittespredning vil bli presentert under sak 43/2018.

Resistente bakterier skaper økende utfordringer for det infeksjonsforebyggende arbeidet og driften av sykehuset, og tar nå så mye ressurser at det går på bekostning av det øvrige smitteforebyggende arbeidet. Avdeling for smittevern brukte i 2010 ca. 5 % av sine personellressurser på resistente bakterier. I 2017 var det økt til 17 %, og avdelingen brukte ca. 4,5 årsverk på håndtering og smitteoppsporing av pasienter med resistente bakterier. De kliniske avdelingene og Mikrobiologisk avdeling bruker også betydelig mer ressurser på dette enn bare for få år siden. Mangel på enerom og isolater øker risikoen for smittespredning og reduserer kapasiteten på diagnostikk og behandling.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 21. juni 2018

Saksbehandler: Direktør Oslo sykehusservice

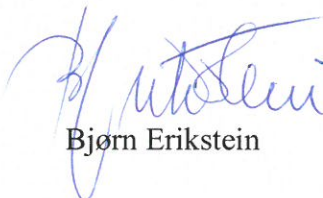
Vedlegg:

SAK 44/2018 PRINSIPPER FOR FINANSIERING AV BYGGING AV NY STORBYLEGEVAKT

Forslag til vedtak:

- 1. Styret gir sin tilslutning til de prinsipper for finansiering av ny storbylegevakt som fremgår av denne saken. I samsvar med finansstrategi for Helse Sør-Øst RHF ber styret administrerende direktør søke om godkjenning av en finansiell leieavtale med Oslo kommune basert på de forutsetninger som fremgår av saken, hvor grunnlaget for kapitalelementet i husleien utgjør 1,524 milliarder kroner.*
- 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å fremforhandle en husleieavtale med Oslo kommune basert på de prinsipper for kapitalelementet i husleien som fremgår av saken, samt vurdere om forvaltning, drift- og vedlikehold av storbylegevakt skal gjennomføres i egen regi eller ved kjøp av tjenester hos Oslo kommune. Endelig husleieavtale kan ikke fremforhandles før Helse Sør-Øst RHF har godkjent søknad om finansiell leie.*
- 3. Husleieavtale legges frem for styret for godkjenning.*

Oslo, den 14. juni 2018


Bjørn Erikstein

1. Sammendrag

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF driver i dag felles en legevakt i Storgata 40. Det har i flere år vært en felles målsetning å få etablert en ny felles storbylegevakt. I mars 2017 ble det inngått en samarbeidsavtale om gjennomføring av et forprosjekt for etablering av ny storbylegevakt på Aker, hvor Oslo kommune/Omsorgsbygg KF er byggherre. Forprosjektet skal ferdigstilles i løpet av denne høsten.

Oslo universitetssykehus HF har intensjon om å leie nødvendige lokaler for deler av sin virksomhet, primært ortopedisk poliklinikk og ortopedisk operasjonsavdeling, i den nye storbylegevakten etter samme modell som i dag. En husleieavtale mellom partene vil utarbeides i takt med at det foreligger mer nøyaktige beregninger av areal og kostnader. Avtalen som skal inngås med Oslo kommune blir en finansiell leieavtale og verdien av den vil overstige administrerende direktørs og styret ved Oslo universitetssykehus HF sine fullmakter, slik at den må godkjennes av foretaksmøte for Helse Sør-Øst RHF.

Oslo kommune forventer at Oslo universitetssykehus skal forplikte seg til å dekke sin andel av de investeringer kommunen har for bygging av ny storbylegevakt. For å ha tilfredsstillende sikkerhet for investeringen dersom ny felles storbylegevakt bygges, er det av betydning for Oslo kommune å få avklart prinsipper for prising av kapitalelementet i husleien for den delen av bygget (om lag 60 %) som skal disponeres av Oslo universitetssykehus HF. Prinsipper og betingelser for kapitalleien som det er oppnådd enighet om mellom partene forelegges styret i denne sak. Det redegjøres også for økonomiske effekter av kapitalleien vil ha for Oslo universitetssykehus HF.

Prinsippene vil legges til grunn i en fremtidig leieavtale mellom partene. I tillegg til kapitalleie vil det komme et leiebeløp for dekning av utgifter til forvaltning, drift, vedlikehold og eventuelt utvikling (FDVU). Husleieavtalen og eventuelt avtale for tjenestekjøp vil legges frem for styret for godkjenning på et senere tidspunkt.

2. Tidligere vedtak i styret på saken

”Ny storbylegevakt” har vært behandlet i styret flere ganger tidligere. Styret behandlet storbylegevakt i møte 15. desember 2016 i sak 76/2016. Styret gjorde følgende vedtak:

«Styret tar saken til orientering og støtter at det beskrevne ønske om areal i Storbylegevakten er et utgangspunkt for planleggingen i prosjektfasen.»

Styret behandlet salg av tomt til storbylegevakt i møte 17. februar 2017 i sak 9/2017. I denne saken ble styret forelagt et utkast til avtale om forprosjekt og anbefaling av salg av tomt på Aker sykehus til Oslo kommune. Styret gjorde følgende vedtak:

1. *Styret gir sin tilslutning til samarbeidsavtale for gjennomføring av forprosjekt for ny storbylegevakt og gir administrerende direktør fullmakt til å signere avtalen.*
2. *I forbindelse med nytt bygg til storbylegevakt anbefaler styret salg til Oslo kommune av den angitte eiendommen på Trondheimsveien 235, gnr 85 bnr 265 i Oslo kommune. Salget skal skje til markedspris.*
3. *Styret ber administrerende direktør formidle salgsanbefalingen til Helse Sør- Øst RHF for vedtak i foretaksmøtet.*

I foretaksmøte i Helse Sør- Øst 18. mai 2017 ble sak (sak 3) om salg av tomt til oppføring av storbylegevakt på Aker sykehus behandlet. Foretaksmøtet la til grunn at salget av

eiendommen ikke ville være til hinder for utviklingen av nytt lokalsykehus på Aker, og vedtok følgende:

1. *Foretaksmøtet godkjenner, ut fra sak 031-2017 med tilhørende vedtak i styret i Helse Sør-Øst RHF, salg av eiendom på Aker sykehus med gnr. 85, del av bnr. 265 i Oslo kommune.*
2. *Frigjorte midler ved salget skal benyttes til nedbetaling av gjeld eller investeringer i varige verdier.*
3. *Foretaksmøtet presiserer at ved vurderingen av resultatoppnåelse i Helse Sør-Øst RHF vil en se hen til engangseffekter som gevinst eller tap fra salg av eiendom.*
4. *Foretaksmøtet legger til grunn at salget vil inngå i departementets samlede vurderinger av Helse Sør-Øst RHF sitt framtidige behov for langsiktige lån.*
5. *Foretaksmøtet legger til grunn at eiendommen knyttet til oppføring av storbylegevakt avhendes direkte til Oslo kommune.*
6. *Foretaksmøtet legger til grunn at avhendingen gjennomføres på en slik måte at det ikke vil være til hinder for utviklingen av nytt lokalsykehus på Aker og at avhendingen først skjer på et tidspunkt hvor alle nødvendige avklaringer i denne forbindelse er gjort.*

3. Administrerende direktørs vurdering og anbefaling

Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF driver i dag legevakt i Storgata 40. Det har i flere år vært en målsetning å få etablert en ny storbylegevakt.

I denne saken anbefaler administrerende direktør at styret godkjenner at det inngås en finansiell leieavtale for storbylegevakt basert på et konkret tilbud som er fremforhandlet med Oslo kommune. De økonomiske vurderingene som er gjennomført viser at foretaket vil komme bedre ut med en leieavtale med kommunen enn alternativt å eie dette selv. Dette skyldes i hovedsak to forhold. Eierskap vil måtte finansieres med lånebevilgning gitt av Stortinget. Det ble i statsbudsjettet for 2018 vedtatt økt rente på 1 % på nye statslån til spesialisthelsetjenesten. Rentetilbudet fra kommunen er om lag 0,7 % bedre enn hva som ville vært dagens rentenivå med nytt renteregime. Et lån bevilget av Stortinget vil også ha maksimal nedbetalingstid på 25 år. I tilbudet fra Oslo kommune vil nedbetalingen av lånet gjennomføres over byggets levetid (40 år).

Administrerende direktør har tidligere anbefalt for styret en videreføring av felles legevaksordning, og viser til driftssynergier som kan komme ut av at storbylegevakten samlokaliseres med nytt lokalsykehus på Aker. Det er gjennomført vurderinger av driftsøkonomiske effekter av å flytte virksomheten ved Storgata inn i ny storbylegevakt på Aker. Foreløpige vurderingene viser at kostnader knyttet til drift av bygget forventes å øke med om lag 6 millioner, dette er delvis begrunnet i økte arealer. De driftsøkonomiske gevinstene ved kjernedriften i ny storbylegevakt er beregnet til om lag 3 %, en gevinst på 6 millioner årlig. Effektene er først og fremst knyttet til økt operativ kapasitet i nye lokaler og redusert behov for ambulanseoppdrag og bedret logistikk som følge av samlokalisering med nytt lokalsykehus.

For Oslo universitetssykehus HF vil det med dagens rentenivå bety en årlig økt kostnad ved ny storbylegevakt på om lag 35 millioner kroner. For foretaksøkonomien medfører dette at det må gjennomføres en omprioritering/effektivisering tilsvarende for å finansiere økte kostnader. I forhold til foretakets totaløkonomi på 23 milliarder kroner utgjør dette en effektivisering/omprioritering på om lag 0,15 %. Dette vurderes som realistisk å dekke innenfor foretaksøkonomien når erfaringer fra omprioriteringer og

produktivitetsforbedringer som er gjennomført senere år ved Oslo Universitetssykehus HF legges til grunn.

En samlokalisering av storbylegevakt med nytt lokalsykehus har medført redusert behov for areal i storbylegevaktbygget. Plasseringen av bygget på Aker tomta gir også en fremtidig fleksibilitet ved endrede behov for arealer.

Etablering av storbylegevakt er i tråd med Helse Sør-Øst RHF sin plan for etablering av lokalsykehus på Aker. Ut fra de opplysninger som er gitt anbefaler administrerende direktør at Oslo universitetssykehus forplikter seg til gjennom husleie å dekke sin andel av investeringer knyttet til oppføring av storbylegevakt i henhold til de prinsipper som er redegjort for i denne saken.

4. Faktabeskrivelse

Oslo kommune har siden år 1900 hatt en sentral legevakt i Storgaten 40. Virksomheten består av et bredt tverrfaglig tilbud som ytes delvis av Oslo kommune og delvis av Oslo universitetssykehus HF. Virksomheten omfatter tradisjonell allmennlegevakt, observasjonspost, overgrepsmottak, psykiatrisk legevakt, skadelegevakt med en operativ virksomhet og akutte psykososiale tjenester, inkludert døgnåpent sosialsosialkontor og et ambulant team. Oslo universitetssykehus HF har ortopedisk poliklinikk og ortopedisk operasjonsavdeling i lokalene. Oslo universitetssykehus HF betaler leie til Oslo kommune for sin arealbruk.

Det har siden 2006 pågått en utredning av en ny storbylegevakt i Oslo kommune til erstatning for dagen allmennlegevakt og skadelegevakt. Kapasiteten i lokalene i Storgata 40 er begrenset og er ikke egnet for fremtidig drift av en storbylegevakt. Den faglige utviklingen stiller krav til nye løsninger og økt samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Storbylegevakten ble først planlagt lagt nær Ullevål sykehus, deretter ble flere lokasjoner vurdert, deriblant Aker sykehus. Konseptrapporten ble ferdigstilt våren 2016. Det er dimensjonert for forventet aktivitet i 2035 og storbylegevakten skal i hovedsak ha samme rolle i behandlingsskjeden som legevakten i Storgata har i dag, men det legges til rette for at virksomheten kan utvikles videre. Det er et sentralt mål å oppnå mer effektive pasientsløyfer men også at samarbeidet kan utvikles på flere fagområder innen de medisinske spesialitetene. Bygget dimensjoneres for å gi rom for tilgrensende funksjoner ved Oslo universitetssykehus HF, slik at den effektive samordningen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan fortsette som i dagens lokaler.

Ny storbylegevakt planlegges med 24 senger på observasjonspost og 15 senger på 5-døgnpost, i tillegg til 7 operasjonsstuer og 14 oppvåkingsplasser, 9 triagerom, 10 samtalerom og ca. 100 undersøkelse/behandlingsplasser samt 8 radiologiske diagnostikkrom. En andel av akutt syke ankomende pasienter kommer med ambulanse, og det planlegges med en kapasitet på minimum 6 ambulanser samtidig i ambulansemottaket.

Etter at Helse Sør-Øst RHF i juni 2016 bestemte utbygging av et lokalsykehus på Aker sykehus samlet Oslo kommune seg om Aker sykehus som plassering for storbylegevakten. I september 2016 godkjente byrådet konseptutredningen for videreføring til forprosjektfase.

I forbindelse med oppstart av forprosjektet ble det mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus HF inngått en samarbeidsavtale (jf. sak 9/2017) som beskriver modellen for et nytt storbylegevaktbygg, hvor Oslo kommune/Omsorgsbygg KF prosjekterer, bygger og eier bygget, og at Oslo universitetssykehus skal bli leietaker. Avtalen sikrer deltakelse for Oslo universitetssykehus HF i forprosjektet og et fortsatt nært samarbeid i planleggingen av storbylegevakt med planleggingen av lokalsykehus på Aker.

Prosjekteringsgruppen for ny storbylegevakt ble kontrahert i juni 2017 og arbeidet startet umiddelbart etterpå. Prosjektet er gjennomført under ledelse av Omsorgsbygg KS og har blitt gjennomført ved en kontinuerlig brukerprosess med en brukergruppe bestående av representanter for Oslo Kommune og Oslo Universitetssykehus HF. Prosjektet har hatt en styringsgruppe med representanter fra Oslo kommune, Oslo universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst RHF og de ansattes organisasjoner.

I januar 2018 forelå det et skisseprosjekt med investeringskalkyle. Kalkylen som foreligger er et basisestimat. Tegninger og styringsdokumenter ligger til grunn for investeringskalkylen og som referansebygg er nytt sykehus på Kalnes benyttet der det er relevant.

Kalkylen viser til en samlet kostnadsramme P85 på 3,1 milliarder kroner. Det foreligger risiko for ytterlige kostnadskomponenter som mulig måtte inngå i prosjektets grunnlag for husleieberegning (eksempelvis krav fra veivesenet/nye kryss mv.). I den videre prosess må Oslo universitetssykehus HF gjennomgå kalkylen som legges til grunn for husleieberegningen, slik at eksempelvis de enkelte elementer som helseforetaket skal betale for gjennom leie, gjennomgås i detalj, og at det oppnås enighet om dette med Oslo kommune/Omsorgsbygg KF.

Første del av forprosjektet skal være ferdig 1. september 2018. Prosjektet bearbeides nå videre ved at alle programmerte rom tegnes ut. Dette forprosjektmateriale vil danne grunnlag for et detaljert planforslag og anskaffelses prosess knyttet til kontrahering av samspillentreprenør. Videre detaljering og utvikling av forprosjektet skal skje i denne samspillfasen som er planlagt med oppstart ved årsskiftet 2019. Totalentreprisen planlegges inngått i siste kvartal 2019. Storbylegevakten er planlagt med byggestart i 2020 og satt i drift første kvartal 2023.

Oslo kommune utarbeider et prosjektmandat med forslag til organisering og prosjektstyring for neste del av forprosjektet og dette må være tydelig og avklart. Oslo universitetssykehus HF vil være representert i prosjektets styringsgruppe. Kommunen har foreslått åpen bok prinsipp hvor det legges opp til at Oslo universitetssykehus har fullt innsyn i prosjektets økonomi til en hver tid.

I forbindelse med diskusjon om prinsipper for leieberegning, har Oslo universitetssykehus HF bedt om opsjon på å kjøpe lokalene. Så lenge det ikke er avklart at Oslo universitetssykehus HF vil benytte retten til kjøp, vil det måtte inngås en husleiekontrakt. Leien vil være splittet slik at prising av kapital beregnes etter prinsipper redegjort for nedenfor. I tillegg til k vil det komme et leibeløp for dekning av utgifter til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling (FDVU). Dette beregnes etter definering av grensene mellom utleiers og leietakers ansvar. Drift av bygget (FDV) og øvrige fellestjenester, må vurderes i sammenheng med at OUS allerede har en etablert driftsorganisasjon på plass på Aker.

Areal Storgata 40 vs. ny storbylegevakt

I dagens legevakt i Storgata 40 leier Oslo universitetssykehus HF i dag 6456 kvm. bruttoareal (BTA) I tillegg kommer andel fellesarealer beregnet til 1394 kvm BTA. Totalt 7850 kvm BTA. Sykehuset betaler 35,6 millioner (2018) i årlig leie, inkludert FDV og tjenestekjøp. Ny storbylegevakt er programmert med et bruttoareal på 23 193 kvm og Oslo universitetssykehus HF er tiltenkt omtrent 60 % av dette arealet.

Prinsipper for finansiering

Det er kommet til enighet i dialogen mellom Oslo universitetssykehus HF og Oslo kommune om følgende forutsetninger for beregning av kapitalen som skal inngå i husleieberegningen:

- Oslo kommune kjøper tomten på Aker som forutsatt
- De faktiske prosjektkostnadene for Oslo kommune sin andel av ny storbylegevakt husleie beregnes
- Det inngås en leiekontrakt for 30 + 10 år. Oslo universitetssykehus HF forplikter seg til å leie i en 30-årsperiode. Benyttelse av opsjon på ny 10-årskontrakt må varsles skriftlig ett år før utløp av den opprinnelige leieperioden
- Ved beregning av kapitalleie legges det til grunn avskrivningstid på 40 år (annuitet)
- Da prosjektkostnaden ved bygging av ny storbylegevakt i sin helhet vil være nedbetalt etter 40 år, er kommunen innstilt på å tilby Oslo universitetssykehus HF en rett til å leie lokalene ytterligere 10 + 10 år, til redusert leie. Leienivået vil tilsvare andel av FDVU som tilhører Oslo universitetssykehus HF eksklusivt, samt andel av fellesarealer.
- Kapitalleien beregnes og reguleres etter rente tilsvarende 3 måneders NIBOR + 50 punkter. Mekanisme for å konto betalinger og avregning beskrives nærmere i leiekontrakten. Det vil ikke være aktuelt med KPI-justering av kapitalleien, da justering av kapitaldel kun skjer basert på til en hver tid gjeldene rentenivå.
- Oslo universitetssykehus HF gis rett til å kjøpe sin andel av bygget til kostpris når prosjektet er ferdigstilt, eller etter 10 år og 15 år. Ved kjøp etter 10/15 år settes kjøpesummen tilsvarende restlånet. Oslo universitetssykehus HF varsler eventuelt kjøp 2 år i forkant. Oslo kommune er i tillegg bedt om å vurdere mulighetene for at Oslo universitetssykehus HF kan overta sin andel av bygget etter 40 år.
- Ved eventuelt kjøp dekker Oslo universitetssykehus HF alle kostnader i forbindelse med seksjoneringen og overdragelsen
- Oslo kommune gis rett til å seksjonere eiendommen i forbindelse med prosjektet

En avtale basert på ovenstående prinsipper vil falle inn under regelverk for finansiell leie i finansstrategien til Helse Sør-Øst RHF.

Det fremgår av finansstrategien i Helse Sør-Øst RHF at det må utarbeides bæreevnevurderinger for leiekontrakten («investeringen»). Det skal også belyses en eventuell merkostnad ved leie fremfor eie.

For å ivareta kravene i finansstrategien er følgende økonomiske vurderinger gjennomført:

- Prosjektkalkyle, grunnlag for kapitalleie
- FDV kostnader ny storbylegevakt sammenlignet med dagens drift i Storgata.
- Driftsøkonomiske effekter av ny storbylegevakt sammenlignet med dagens drift i Storgata.
- Nåverdianalyser, forskjell mellom leie og eie
- Bærekraftvurderinger for prosjektet og foretaket

Prosjektkalkyle

Investeringkalkyle	Grunnlag for beregning av kapitalleie OUS HF	Holdes utenfor grunnlag for beregning av kapitalleie	Total
Bygg inkl. kjeller	2 042		2 042
Parkeringshus		197	197
Utendørs	95		95
Riving eksisterende bygg 40 og 41	26		26
Reetablering av legevakt Aker		50	50
MTU		363	363
Kjøp av tomt	65		65
Omlegging teknisk infrastruktur	64		64
Avkjørsel/kryss, statens vegvesen	183		183
Kostnadsramme	2 474	610,4	3 084
OUS HF sin andel 60 %	1 484		
Forprosjektkostnad (50 %)	40		79
Kapital som inngår i husleieberegning	1 524		3 163

Grunnlaget for kapitalelementet i husleien fremgår av tabellen over. Denne er basert på prosjektkalkyle for skisseprosjekt datert januar 2018, og viser en samlet ramme for prosjektet på 3,084 mill. kroner. I kalkylen inngår byggelånsrenter og forventet prisstigning frem til byggestart og i byggeperioden.

Det fremgår av tabellen over at parkering, MTU og reetablering av legevakt på Aker holdes utenom beregning av kapitalelementet som skal inngå i husleieberegningen. Det er lagt til grunn at Oslo universitetssykehus HF sin andel av kapitalen som skal inngå i husleieberegningen utgjør 60 % av rammen for prosjektet fratrukket de elementer som fremgår av tabellen over.

I tillegg vil Oslo universitetssykehus HF sin andel av kostnader til forprosjekt tilkomme. Det er her lagt til grunn at Oslo universitetssykehus HF sin andel vil være 50 %.

Oslo universitetssykehus HF sin andel av prosjektkalkylen (P 85) er 1,524 MRD og vil inngå som grunnlag for beregning av kapitalelementet som skal inngå i husleieberegningen.

Driftsgevinster

Oslo universitetssykehus HF sin virksomhet i legevakten i Storgata har en budsjettert kostnad i 2018 på om lag 170 millioner. I tillegg tilkommer kostnader for leie av lokaler på om lag 35 millioner, hvorav 14 millioner er kapitalleie og resterende er kostnader til FDV inkl. kjøp av tjenester fra kommunen. Alternative driftsmodeller for utføring av fellestjenester må vurderes med tanke på kostnadseffektivisering. I dag kjøpes disse tjenestene fullt ut av kommunen. Drift i egen regi ved ny storbylegevakt samlokalisert med nytt lokalsykehus på Aker vil muliggjøre en kostnadseffektivisering på om lag 10% pr kvm. Den samlede FDV kostnaden forventes likevel øke med om lag 5,6 millioner sammenlignet med drift av bygg i Storgata i dag. Dette skyldes økning i areal for ny storbylegevakt sammenlignet med drift i dagens bygg.

Driftsøkonomiske gevinster i kjernedriften er vurdert i forhold til:

- Økt operativ kapasitet. 2 operasjonssaler mer fra 2023.
- Økt areal og dobling av modaliteter for røntgen.
- Laboratorium

Den elektive kirurgien i ny storbylegevakt vil få bedre lokaler og økt kapasitet (økning på 2 operasjonssaler) som vil understøtte god effektiv drift. Skadelegevakten vurderes som meget effektiv i dagens drift i Storgata. Spesielt knyttet til den elektive ortopedien forventes en økt aktivitet og bedre gjennomføring av operasjonsprogram som vil kunne gi driftsøkonomiske gevinster.

I forbindelse med ny Storbylegevakt etablert på Aker har radiologi fått større arealer knyttet til sin virksomhet. Det innebærer en samling av de akutte tjenestene og en samling av de mer elektive tjenester. Arealene er planlagt for å gi best mulig logistikk for pasientbehandling og er fremkommet i samarbeid med klinisk drift. Nye lokaler vil i hovedsak bedre arbeidsmiljøet for de ansatte og i mindre grad gi økonomiske gevinster for røntgen.

Forutsatt at laboratorievirksomheten blir værende på Aker frem til nytt lokalsykehus er på plass, vil aktiviteten fra storbylegevakta bidra til bedre ressursutnyttelse av dagens laboratorievirksomhet på Aker, samt enklere logistikk knyttet til transport av prøver. Det vil være mindre gevinster da volumet uansett er såpass lite fra storbylegevakten.

For prehospital klinikk er det i dag om lag 3500 ambulanseoppdrag fra Oslo kommunale legevakt (2400) og Oslo skadelegevakt (1100) til Ullevål sykehus. Samlokalisering av skadelegevakt på Aker med nytt lokalsykehus må forventes å gi en reduksjon i ambulanseoppdragene da det ikke er planlagt med biltransport internt på Aker, men båretransport fra storbylegevakt til sykehuset. Det skal gjennomføres nærmere analyser av de driftsøkonomiske gevinstene for prehospital klinikk.

Samlet er det lagt til grunn at de driftsøkonomiske effektene knyttet til etablering av ny storbylegevakt på Aker er på samme nivå som økning i FDV kostnader på 5,6 millioner. Dette gir en samlet driftsgevinst i forhold til dagens kostnadsnivå på om lag 3 %. Til sammenligning er det lagt til grunn driftsøkonomiske gevinster på 3,5 % i forbindelse med realisering av målbildet for foretaket.

Forskjeller mellom eie og leie

Sammenligning (mill. kr)	Leie	Eie	Forskjell
Nåverdi	-956	-1 152	196
Totale husleiekostnader (40 år/25 år)	-2 015	-1 964	-51
Årlig likviditetseffekt	-36	-78	42

I begge alternativene er flytende rente lagt til grunn. For leiealternativet er tilbudet fra Oslo kommune beregnet med annuitet på 40 år. For eie alternativet er det lagt til grunn HOD lån med nytt renteregime fra 1.1.2018, og serielån på 25 år. Kommunens rentetilbud er om lag 0,7 % bedre enn hva foretaket måtte betalt for HOD lån etter at renta ble hevet med 1 % fra 1.1.2018. Det er en fordel i forhold til nåverdien at kapitalleien kan strekkes ut i tid. Samlede utbetalinger knyttet til husleie kommer forholdsvis likt ut i begge alternativene, men nåverdien er 196 millioner bedre i leiealternativet.

Bærekraft prosjekt/ foretak

Bærekraften for prosjektet er negativ for begge alternativene. Det fremgår av tabellen over at den negative likviditetseffekten for alternativene er henholdsvis – 36 millioner og - 78 millioner årlig.

For Oslo universitetssykehus HF betyr dette at det må gjennomføres en omprioritering/effektivisering på henholdsvis 0,15 % for leie - alternativet og 0,35 % for eie-alternativet i forhold til foretakets brutto omsetning.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 21. juni 2018

Saksbehandler: Direktør stab fag, pasientsikkerhet og samhandling

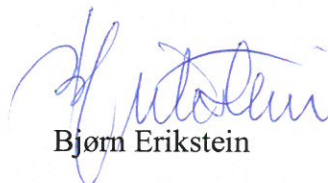
Vedlegg:

SAK 45/2018 NY PERSONVERNLOV

Forslag til vedtak:

Styret tar saken til orientering.

Oslo, den 14. juni 2018



Bjørn Erikstein

Bakgrunn

I april 2016 ble EUs personvernforordning (GDPR) vedtatt, og den begynte å gjelde i EUs medlemsland 25. mai 2018. Forordningen vil i Norge tidligst komme til anvendelse 1. juli 2018, den skal innlemmes i EØS-avtalen, og gjennomføres gjennom ny norsk personopplysningslov.

Formål, systematikk, terminologi og grunnprinsipper i forordningen er i hovedsak videreføring av gjeldende rett. Tilsvarende gjelder de materielle reglene. Samtidig innebærer forordningen flere endringer, både på detaljnivå og av mer grunnleggende karakter. Rettighetene til de registrerte individer er på flere punkter styrket. Tilsvarende er kravene til oversikt over databehandlinger mer tydelig og detaljert. Nytt er også kravet om innebygget personvern, og personvern som standardinnstilling, noe som innebærer tydelige krav til planlegging, utvikling, testing, ibruktakelse og terminering av tekniske løsninger. Melde- og konsesjonsplikten til Datatilsynet faller bort, og erstattes med nye plikter til dokumentasjon og personvernkonsekvensvurderinger. Dersom konsekvenser for personvern er store også etter planlagte tiltak, forutsettes det forhåndsdrøftinger med Datatilsynet før databehandlingen gjennomføres. Atferdsnormer vil ha større betydning, og vil kunne bidra til sterkere felles føringer. Dette vil også ha betydning om det likevel avdekkes avvik som vil kunne innebære overtredelsesgebyr.

Overtredelsesgebyr som Datatilsynet kan ilegge, vil være vesentlig større med forordningen enn hva som er størrelsen ved inneværende lov.

Administrerende direktørs vurdering

Oslo universitetssykehus behandler store mengder sensitive data, og arbeider kontinuerlig for å sikre oppfølging av personvern og informasjonssikkerhet i virksomheten. Oslo universitetssykehus har siden etableringen hatt et sykehusomfattende styringssystem for informasjonssikkerhet, som jevnlig er oppdatert, blant annet i takt med endrede lover og forskrifter.

Ledelsen i foretaket involveres i personvern og informasjonssikkerhet. Saker behandles i foretakets ledermøte, herunder lederlinjens ansvar for arbeid og oppfølging innen personvern og informasjonssikkerhet. Dette omfatter både internkontroll, opplæring og fremleggelse av resultater fra revisjon og risikovurderinger.

Foretaket har hatt eget personvernombud fra sammenslåingen i 2009.

Oslo universitetssykehus gjør nå en gjennomgang av status og tiltak i foretaket i forbindelse med den nye personvernloven. I denne saken legges det fram forhold som har framkommet i gjennomgangen så langt. Styret vil bli orientert om endelige resultater fra gjennomgangen i et senere møte.

Aktivitet som er godt etablert, og som videreføres og styrkes er:

- Årlig sykehusomfattende revisjon gjennomføres innen tema personvern og informasjonssikkerhet. Disse har avdekket behov for oppfølging, som er registrert i Achilles forbedringssystem og fulgt opp i linjen.
- Et godt etablert system for gjennomføring av risikovurdering i forkant av nye og endrede databehandlinger for å sikre at nødvendige sikkerhetstiltak etableres.

- Etablerte oversikter over databehandlinger - inkludert dekkende hjemmelsgrunnlag, ansvarlig personell, type opplysninger, gjennomførte risikovurderinger og databehandleravtaler - videreføres og oppdateres løpende. For eldre løsninger er det avdekket manglende risikovurderinger, noe som håndteres ved oppdateringer. Videre er det avdekket noen mangler i databehandleravtale med underleverandør og som håndteres sammen med Sykehuspartner.
- Informasjon til registrerte individer er et sentralt tema i ny personopplysningslov. Informasjon er lagt inn i papirbrev som sendes pasientene ved innkalling, og den ligger ute på sykehusets websider. Det gjøres en gjennomgang av denne for å sikre best mulig tilgjengelighet når det gjelder både tekst og søkemuligheter.
- Alle rutiner i styringssystem for informasjonssikkerhet og personvern gjennomgås og oppdateres i forhold til kommende regulering.
- Med det store volum av ansatte, innleide personer og studenter som er under Oslo universitetssykehus' ansvar, er det hele tiden en utfordring å sikre at alle disse kjenner gjeldende føringer og forholder seg til disse. Det er derfor lagt stor vekt på å sikre jevnlig opplæring av alle ansatte, og at dette følges opp, herunder både e-læring og bevisstgjøring av ansatte på andre måter.

I tillegg til å sikre nødvendig styrket fokus på tema som også tidligere har vært gjeldende i personvernlovgivningen, som beskrevet over, kommer det med ny lov noen nye krav. Det pågår nå arbeid i Oslo universitetssykehus med å få gjennomført og etablert regime for hvordan de nye kravene skal forstås og etableres. Dette omfatter:

- Innebygd personvern
Innebærer krav til at personvern er gjennomtenkt for tekniske løsninger/applikasjoner helt fra kravsett og design, til koding, test, produksjonssetting og drift. Dette skal også hensyntas ved opplæring. For egenutviklede løsninger gjennomgås nå Datatilsynets veiledere for å sikre nødvendig dokumentasjon og gjennomgang. Dette vil så danne kravene som må stilles til nye anskaffelser og leverandører av løsninger som er anskaffet. Det vil være en større jobb å ettergå tidligere anskaffede løsninger.
- Personvern som standardinnstilling
Det er krav om at løsninger skal etableres og settes opp med hensyn til personvern. Den mest personvernvennlige innstilling skal velges. Også dette vil være noe arbeid, og må også involvere spesielt Sykehuspartner som vår databehandler.
- Personvernkonsekvensvurdering
For alle databehandlinger må det etter den nye loven gjennomføres en egen vurdering av personvernkonsekvenser. Når det gjelder kravene til slike personvernkonsekvensvurderinger så vil helseforetaket ha mye på plass gjennom de konsekvensvurderinger som er gjort i forbindelse med lovpålagt dokumentasjon som pasientjournal osv. Konsekvensvurderingene vil være mest krevende i forbindelse med forskning. Det vil arbeides med å finne en håndteringsmåte som sikrer en mest mulig smidig gjennomføring av konsekvensvurderingene.

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 21. juni 2018

Saksbehandler: Direksjonssekretær

Vedlegg:

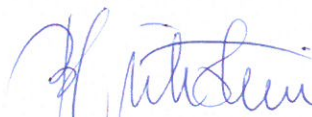
SAK 46/2018 STYREMØTER I 2019

Forslag til vedtak:

Styret vedtar følgende møteplan for 2019:

<i>Fredag 15. februar 2019</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Torsdag 28. mars 2019</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Fredag 10. mai 2019</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Fredag 14. juni 2019</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Torsdag 26. september 2019</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Fredag 1. november 2019</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
	<i>Styreseminar</i>	<i>16-20</i>
<i>Torsdag 19. desember 2019</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Reservetider:</i>		
<i>Torsdag 30. mai 2019</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>
<i>Torsdag 28. november 2019</i>	<i>Styremøte</i>	<i>10-16</i>

Oslo, den 14. juni 2018



Bjørn Erikstein

Forslag til møteplan for 2019 tar utgangspunkt i at styret har syv møter i året. I tillegg foreslås det at det reserveres to møtetidspunkter som kan brukes om det er behov.

Styrets møter bør legges slik at styret kan behandle saker til rett tid og raskt etter at behandlingsgrunnlaget er på plass. Dette gjelder for eksempel årlig melding og årets oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF i februar, årsoppgjør i april, budsjett i desember etc.

Det er en målsetning at styret får oppdaterte og kommenterte resultater fra virksomheten til sine møter. For å oppnå dette, uten ettersendelser, bør styremøtene legges til slutten av måneden i perioden fra den 25. til den 31. En ytterligere fordel ved at styret behandler resultatene fra virksomheten raskt og før månedsskifte er at det gir bedre sammenheng med oppfølgingen av virksomheten i Oslo universitetssykehus HF fra Helse Sør-Øst RHF og Helse- og omsorgsdepartementet.

Dersom styremøtene legges til slutten av uken vil det gi mulighet for å fremlegge viktige saker i foretakets ledermøter før utsendelse.

Klokketid for oppstart og slutt for møtene vil som hovedregel være 10.00 – 16.00 med mindre annet framgår av innkallingen.

I styrets arbeid skal det gjøres plass til seminar hvor styret mer uformelt kan drøfte utvalgte tema. Styret skal også ha anledning til å gjennomføre egenvurdering av styrearbeidet.

Det foreslås følgende tidspunkter for møtene i 2019:

Dato	Samling	Tidspunkt	Saker
Fredag 15. februar 2019	Styremøte	10-16	Oppdrag 2019
Torsdag 28. mars 2019	Styremøte	10-16	Årsoppgjør 2018
Fredag 10. mai 2019	Styremøte	10-16	Øk. langtidspan
Fredag 14. juni 2019	Styremøte	10-16	
Torsdag 26. september 2019	Styremøte	10-16	
Fredag 1. november 2019	Styremøte	10-16	
	Styreseminar	16-20	
Torsdag 19. desember 2019	Styremøte	10-16	Budsjett 2020
Reservetider:			
Torsdag 30. mai 2019	Styremøte	10-16	
Torsdag 28. november 2019	Styremøte	10-16	

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 21. juni 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg: Årsplan

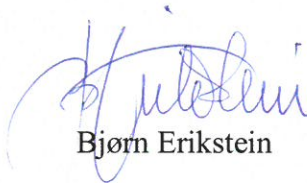
SAK 47/2018 PLAN FOR STYRET I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Forslag til vedtak

Styret vedtar å avholde styremøte 29. november 2018.

Styret vedtar å flytte styremøte 14. desember 2018 til 19. desember 2018.

Oslo, den 14. juni 2018



Bjørn Erikstein

Årsplan for styret i Oslo universitetssykehus HF

Møte	Vedtaksaker	Orienteringssaker
27. september 2018 kl 10-16		Tertialrapportering 2. tertial Plan for styret Eierskap i selskaper Oppfølging styresaker Budsjett 2019 Møte med Brukerutvalget ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 10-16		Tertialrapportering med risikovurdering for 3. tertial 2018 Ny personvernforordning Plan for styret Budsjett 2019 ADs orienteringer
25. oktober 2018 kl 16-20	Styreseminar	Styreevaluering IKT
29. november 2018 kl 10-16	<i>Reservetid må benyttes.</i>	Konseptfaserapport Gaustad og Aker
14. desember 2018 kl 10-16	<i>For å sikre tilstrekkelig tid til arbeidet med budsjett 2019 foreslås det å flytte møtet til onsdag 19. desember 2018.</i> Budsjett 2019 Strategi Oppnevne valgstyre	Rapportering per november Plan for styret ADs orienteringer

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 21. juni 2018

Saksbehandler: Leder Direktørens kontor

Vedlegg:

SAK 48/2018 ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ORIENTERINGER

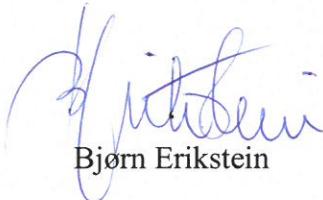
Følgende legges frem til orientering:

1. Finans
2. Strategi 2019 - 2022
3. Juridiske forhold - rettsvister
4. Helseforetaket i mediene april til mai 2018
5. Referat og øvrige vedlegg

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Oslo, 14. juni 2018



Bjørn Erikstein

1. FINANS

Replassering av pensjonsmidler

I styresak 131/2011 fattet styret vedtak om at plassering av pensjonsmidler i Statens pensjonskasse har som intensjon at man på sikt skal ha en sammensetning og risikoprofil som speiler de øvrige store pensjonskassene. Basert på vedtaket replaserte foretaket om lag 1,9 milliarder kroner i desember 2011, herav ble om lag 1,4 milliarder kroner plassert i norske statsobligasjoner og det resterende beløpet ble plassert i Statens pensjonsfond utland.

Ett av foretakets plasseringer i statsobligasjoner har forfalt og om lag 364 millioner kroner ble replasert i mai. I forkant av beslutningen ble det innhentet råd fra Mercer AS. Mercer anbefalte at halvparten plasseres i norske statsobligasjoner med ett års løpetid og halvparten i norske statsobligasjoner med tre års løpetid. Endring av andelen i Statens pensjonsfond utland tilbys ikke av Statens pensjonskasse ved replaseringer i mai.

Beløpet på 364 millioner kroner ble replasert med halvparten i norske statsobligasjoner med ett års løpetid og halvparten i norske statsobligasjoner med tre års løpetid. Sammen med regelstyrte plasseringer i Statens pensjonskasse ble dette vurdert å gi en hensiktsmessig forfallsfordeling og løpetid.

2. STRATEGI 2019 - 2022

Sykehusets Strategi 2013 – 2018 er en rullerende strategi.

Arbeidet med ny strategi 2019 – 2022 skal ta med seg det gode og bevaringsverdige fra nåværende strategi, og tilpasses med de endringer som vil være aktuelle for den nye tidsperioden. Arbeidet med ny strategi skal være preget av åpenhet, involvering, respekt og forutsigbarhet; men det legges opp til en mindre omfattende prosess enn den som ble gjennomført i utviklingen av strategi 2013 – 2018.

3. RETTSTVISTER

Arbeidsrettssakene – individuelle saker:

Varsling - gjengjeldelse

En stipendiat stevnet sykehuset med krav om oppreisning og erstatning med grunnlag i påstand om varsling av kritikkverdige forhold i virksomheten og gjengjeldelse for dette. Oslo tingrett avsa dom 6. mars med resultat frifinnelse for foretaket samt tilkjennelse av sakskostnader. Saken er anket av saksøker til lagmannsretten og ankeforhandlingene ble gjennomført i tiden 5.-9. mars 2018. Dom har falt med frifinnelse for sykehuset og innrømmelse av sakskostnader. Saken er i ettertid anket til Høyesterett. Det arbeides med anketilsvar og en må videre avvente om saken blir sluppet inn.

Midlertidig ansettelse på prosjekt

Sykehuset er stevnet for tingretten av en ansatt på forskningsprosjekt. Saken gjelder spørsmål om det foreligger ulovlig midlertidig ansettelse og krav om fast ansettelse. Det er avlevert tilsvar og saken er berammet til 10. september.

Påstand - usaklig oppsigelse

Sykehuset er stevnet av en ansatt med påstand om usakelig oppsigelse og usakelig oppsigelsesgrunn. Det er avlevert tilsvar og saken skal behandles i rettsmekling 21. juni.

Kontraktsforhold

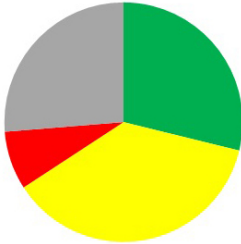
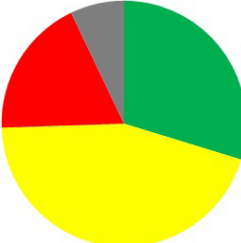
Sykehuset er stevnet av en leverandør med påstand om at sykehuset har brutt regelverket for offentlige anskaffelser i forbindelse med anskaffelse av medisinsk teknisk utstyr (røntgenapparat til bruk ved operasjon ved hånd- og fotkirurgi). Det er varslet erstatningskrav. Saken ble behandlet ved Oslo tingrett 23-24 april 2018 og dom falt med frifinnelse for sykehuset. Leverandøren har nå anket saken og det avventes tidspunkt for beramning.

Pasientforhold – erstatning

Sykehuset er stevnet av pårørende til tidligere pasient som døde. Det gjelder krav om oppreisning til etterlatte etter dødsfall. Ambulansepersonell fra OUS var på pasientens bopel 2 ganger. Ved første besøk ble det vurdert at pasienten ikke hadde behov for innleggelse ved sykehus. Det er nedlagt påstand om erstatning for ikke økonomisk tap/oppreisning fastsatt etter rettens skjønn med hjemmel i det ulovfestede organansvaret. Det arbeides med tilsvaret. Saken er prinsipiell når det gjelder rammene for organansvaret. Saken er prinsipielt viktig for helseforetak i sin alminnelighet. Kjernen i saken er anførsler fra saksøker om at OUS har ansvar grunnet manglende rutiner/systemsvikt og at dette utgjør et grovt uaktsomt forhold. I helsetjenesten skjer det feil og ordningen med NPE er opprettet for at det enkelte sykehus ikke skal måtte håndtere erstatningssaker i sin alminnelighet. NPE ordningen omfatter imidlertid ikke krav om oppreisning, slike saker må det enkelte helseforetak håndtere på egen hånd. Det er lite relevant rettspraksis og juridisk teori om rammene for organansvaret. OUS mottar med jevne mellomrom krav om oppreisning på dette grunnlag parallelt med at krav om erstatning for økonomisk tap fremmes for NPE. Da dette ansvaret er ulovfestet og det er lite veiledning i praksis vil denne saken være med på å belyse hvordan slike saker kan og bør vurderes i fremtidige saker. Saken er i stor utstrekning av teoretisk juridisk art, selv om det også er sentralt å klargjøre hva som har skjedd i saken og grad av klanderverdighet mv. Det avventes tidspunkt for beramning.

4. OUS I MEDIENE APRIL – MAI 2018

Samlet for april og mai var OUS nevnt eller omtalt i 2511 mediesaker, mot 2463 i februar og mars.

Periode	Antall saker	Vekting/etterlatt inntrykk	Vekting (%)	Kommentar
Mai 2018	1343		Positiv: 29 Nøytral: 37 Negativ: 8 Ikke vektet: 26*	Den høye andelen positive saker er et resultat av at eksperter og fagpersoner fra sykehuset er synlige eksternt.
April 2018	1168		Positiv: 30 Nøytral: 45 Negativ: 18 Ikke vektet: 7*	Høy andel negative saker skyldes hovedsakelig debatt om transeksualisme og fremtidens sykehus.

*Nyheter som gjelder personskade blir ikke vektet.

Sentrale saker i perioden

Avlysningen av Innføring av nytt røntgensystem i HSØ

Nyheten om at Helse Sør-Øst avlyste videre innføringen av en felles IKT-løsning for radiologi i regionen (RIS/PACS).

Ekspertrollen om sammenhengen mellom kreft og overvekt

En ny rapport viser at overvekt er en betydelig årsak til kreft. Ekspertter fra OUS uttalte seg i media.

Minimumskrav i legeutdanning

Fagfolk og tillitsvalgte fra OUS markerte seg i flere saker med krav om minimumskrav i legeutdanningen.

Transseksualisme og den nasjonale behandlingstjenesten

Stor debatt om transseksualisme og den nasjonale behandlingstjenesten, hvor det etterlatte inntrykket ble negativt for OUS sitt fagmiljø.

Fremtidens OUS

Det var kritikk både i redaksjonelle saker, i leserinnlegg og kronikker om Ullevål sykehus. Flere av kronikkene ble svart ut fra sykehusledelsens side.

Spinraza-behandling

Kritikk fra pårørende mot OUS, for at det ikke arbeides fort nok med behandling av spinal muskelatrofi (SMA) med Spinraza. Klinikkleder svarte ut kritikken.

Sykehuset i sosiale medier

Mest lest på sykehusets Facebook:

- Viktig å øve på håndtering av høyrisikosmitte (egen video)
- Liv Trogstad tildeles Kongens fortjenstmedalje (egen artikkel)
- Forsker med sjelden nysgjerrighet på leversykdom (egen artikkel)
- 9 råd til russen (egen blogg)
- Pårørenderom – et sted for hvile (egen blogg)

Instagram

Instagram har blitt en god kanal for å skape intern stolthet. Siden nyttår har medarbeidere foreslått kollegaer som fortjener en hyggelig omtale. Denne satsingen har bidratt til å øke engasjementet blant ansatte.

Formidling av fag og forskning i «Ekspertsykehuset»

Mannehelse var «Ekspertsykehuset»s tema i april. OUS publiserte 12 blogger og 3 redaksjonelle saker. Bloggene ble til sammen lest 14000 ganger. I tillegg hadde God morgen Norge innslag om facialisparese og steroideprogrammet.

Eldre helse var tema i mai. OUS publiserte 12 blogger og 1 redaksjonell sak. Bloggene ble til sammen lest 18600 ganger.

Kommunikasjon med medarbeidere

Intranett er sykehusets primære kanal for informasjon til ansatte, supplert av Facebook, Instagram og nyhetsbrev. Alle nyhetssaker på intranett har kommentarfelt, og vi har et debattfelt for ansatte i tillegg. Disse brukes hyppig. I tillegg har alle enheter egne sider

på intranett og noen klinikker har egne nyhetsbrev til ansatte.

De sakene som har fått særlig oppmerksomhet i sykehusets intranett i april og mai er:

- Oslo trenger nye sykehusbygg (kronikk av Erikstein og Reymert i Klassekampen)
- HM Kongens Garden besøker sykehuset 14. mai (bildereportasje)
- Hipp hurra for våre kontoransatte (markering av kontoransattes dag 27. april)
- Fødselslegens råd til partner under en fødsel (blogg på Ekspertsykehuset)
- Diana Solms hjelper OUS med å bli grønnere (intervju med miljøkoordinator, 7. mai)

Flere større prosjekter følges tett med jevnlig nyheter på intranettet. I vår gjelder dette særlig byggeprosjektene, innføring av ny LIS-utdanning og miljøsertifiseringsprosjektet.

Flere ansattrettede nyheter legges også ut på en ekstern nettside, noe som gjør det mulig å dele dem i sosiale medier. Her har særlig oppslagene om nytt pårønderom ved Medisinsk intensiv og overrekkelsen av en bannerutgave av Barnekonvensjonen til Barne- og ungdomsklinikken fått god spredning disse to månedene.

5. REFERAT OG ØVRIGE VEDLEGG

Foreløpig protokoll fra foretaksmøte 7. juni 2018 (vedlegg)

Protokoll fra Brukerutvalgets møte 28. juni 2018 (vedlegg)

Foreløpig protokoll fra styremøte i Helse Sør-Øst RHF 26. april 2018 (vedlegg)

**PROTOKOLL
FRA
FORETAKSMØTE I OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF**

Torsdag 7. juni 2018 klokken 08:00 ble det avholdt foretaksmøte i Oslo universitetssykehus HF i Møtesenteret Grev Wedels plass 5, Oslo. Møtet ble gjennomført som et felles foretaksmøte for Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF og Vestre Viken HF.

Dagsorden:

1. Foretaksmøtet konstitueres
2. Dagsorden
3. Årlig melding 2017, jf. vedtektene §§ 6 og 14
4. Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2017, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6
5. Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44
6. Presisering av kravet om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk

Til stede var:

Helse Sør-Øst RHF, 100 % eier av foretaket, representert ved styreleder Svein Gjedrem, som også ledet møtet.

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Sør-Øst RHF:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus

Direktør medisin og helsefag Jan Frich

Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen, som også førte protokollen

Fra styret i Oslo universitetssykehus møtte:

Styreleder Gunnar Bovim som deltok på telefon

I tillegg møtte fra administrasjonen i Oslo universitetssykehus:

Administrerende direktør Bjørn Erikstein

Direksjonsekretær Jørgen Jansen

Foretakets revisor var varslet i samsvar med helseforetaksloven.

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med riksrevisjonsloven.

Sak 1: Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Svein Gjedrem ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Gunnar Bovim ble valgt til å underskrive protokollen sammen med møteleder.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen godkjennes. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2: Dagsorden

Styreleder Svein Gjedrem spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden godkjennes.

Sak 3: Årlig melding 2017, jf. vedtektene §§ 6 og 14

Vedtektenes § 14 pålegger Oslo universitetssykehus HF å oversende årlig melding til Helse Sør-Øst RHF. Meldingen skal omfatte styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. Rapport om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøte eller satt som vilkår for økonomisk kompensasjon, er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av oppdrag og bestilling 2017 til Oslo universitetssykehus HF. Årlig melding for 2017 er behandlet i helseforetakets styre og oversendt Helse Sør-Øst RHF innen fristen.

Meldingen er gjennomgått i Helse Sør-Øst RHF og vurdert opp mot de krav som er stilt til helseforetaket i oppdrag og bestilling 2017 og foretaksmøter i løpet av året. Generelt vurderes den årlige meldingen å være dekkende og relevant for de etterspurte rapporteringspunktene. Det vises for øvrig til eget brev oversendt 30. mai 2018 fra Helse Sør-Øst RHF med vurderinger etter gjennomgangen.

- ***Ventetid og fristbrudd***

For Oslo universitetssykehus HF er det i 2017 registrert en gjennomsnittlig ventetid for hele 2017 på 60,3 dager, mens det i perioden frem til 30. april 2018 er registrert ventetid på 58,0 dager. Gjennomsnittlig ventetid i 2017 var på nivå med målkravet på 60 dager. Gjennomsnittlig ventetid er redusert fra 2016 til 2017. Sammenlignet med samme periode i 2017 er gjennomsnittlig ventetid redusert per april 2018.

Andel fristbrudd i 2017 er registrert som 1,1 prosent, mens det er registrert 1,1 prosent frem til 30. april 2018. Andel fristbrudd er i 2017 på samme nivå som i 2016. Sammenlignet med samme periode i 2017 har andel fristbrudd økt per april 2018.

Arbeidet med ventetider og fristbrudd viser gode resultater i de fleste helseforetak og sykehus, men må fortsatt følges opp. Erfaringer fra de fagområdene som har oppnådd gode resultater, må deles både med andre helseforetak og sykehus og med andre deler av egen virksomhet.

Foretaksmøtet er fornøyd med utviklingen, men understreker at dette fortsatt er et meget viktig område for å sikre god kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen. Det forutsettes at det gode arbeidet videreføres med sikte på full måloppnåelse i 2018. Det vises til at målkravene for ventetid i 2018, målt som årlig gjennomsnitt, er en reduksjon i forhold til 2017 og et resultat på under 57 dager innen somatikk og 40 dager innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

- ***Sykehusinfeksjoner er redusert til under tre prosent***

Andel sykehusinfeksjoner registreres i Helse Sør-Øst fire ganger i året. For Oslo universitetssykehus HF er andelen sykehusinfeksjoner som er registrert i siste måling 2017 på 4,9 prosent.

Foretaksmøtet understreket at arbeidet med å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner fortsatt må prioriteres høyt i Helse Sør-Øst. Det vises også her til en positiv utvikling de siste årene, men det finnes fortsatt helseforetak og enkeltavdelinger der resultatene ikke er gode nok. Foretaksmøtet fremhevet at dette arbeidet er en del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet og må gis høy prioritet videre også hos de som kan fremvise god måloppnåelse.

Det langsiktige arbeidet med å redusere skadevirkningene av sykehusinfeksjoner omfatter også å forebygge resistensutvikling. I dette er redusert bruk av antibiotika et viktig element. Helseforetaket har iverksatt flere tiltak for å redusere forbruk av antibiotika. Foretaksmøtet forutsetter at det gode arbeidet videreføres slik at det langsiktige målet om å oppnå 30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012 blir oppfylt.

- ***Pasienten får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning***

For Oslo universitetssykehus HF er det i 2017 registrert en andel på 83 prosent for pasienter som får timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning innen ti virkedager etter mottatt henvisning. Frem til og med mars 2018 er det registrert at 85 prosent får slik timeavtale ved Oslo universitetssykehus HF.

Mange pasienten får innfridd sin lovfestede rett til å få informasjon om konkret time eller uke for oppstart av helsehjelp sammen med svar på henvisningen. Foretaksmøtet forutsetter at arbeidet videreføres med sikte på at alle skal få innfridd denne rettigheten.

- **Bruk av tvang i psykisk helsevern**

I 2017 ble det registrert 1 213 tvangsinnleggelses i psykisk helsevern for voksne og 159 pasienter med vedtak om tvangsmiddelbruk Oslo universitetssykehus HF.

Det har vært stor oppmerksomhet omkring bruk av tvang i psykisk helsevern. Foretaksmøtet er tilfreds med at arbeidet med å redusere bruk av tvang de siste årene ser ut til å gi gode resultater ved de fleste helseforetak og sykehus. Systematisk samarbeid med kommunehelsetjeneste og fastleger må inngå i arbeidet.

E-helse - Modernisering og digitalisering:

- Flere helseforetak rapporterer i årlig melding om problemer med å avsette tilstrekkelig midler til utvikling av IKT og MTU. Samtidig påpekes manglende kapasitet og kvalitet i leveranser fra Sykehuspartner. Sykehuspartner fikk i foretaksmøte med Helse Sør-Øst RHF 31. mai 2017 i oppdrag å stille det planlagte arbeidet med modernisering av IKT-infrastrukturen i bero. Sykehuspartner fikk samtidig i oppdrag å gjennomføre nødvendige aktiviteter for å ivareta krav til informasjonssikkerhet og personvern. Foretaksmøtet er kjent med at den forsinkede fremdriften i modernisering av IKT-infrastrukturen og en prioritering av risikoreduserende tiltak og re-planlegging i Sykehuspartner har vært utfordrende for helseforetakene og medført forsinkelser i planlagte leveranser.
- Sanering og konsolidering av den samlede applikasjonsporteføljen i foretaksgruppen er en forutsetning for sikker og stabil drift. Gjennomføring av dette i samarbeid med Sykehuspartner må prioriteres i 2018 i tråd med de planer som er lagt.

Arbeid med å redusere uønsket deltid:

- De fleste helseforetak i Helse Sør-Øst har positiv utvikling i arbeidet med å fjerne uønsket deltid. Det vises til gode tiltak som er tilpasset lokale forhold. Kunnskap om tiltak som virker må formidles mellom helseforetakene. Arbeidet med å redusere uønsket deltid må videreføres i 2018.
- Oslo universitetssykehus HF har videreført en lav deltidsandel i 2017.

Foretaksmøtet vedtok:

1. Foretaksmøtet tar årlig melding 2017 fra Oslo universitetssykehus HF til orientering.
2. Foretaksmøtet forutsetter at driften ved Oslo universitetssykehus HF innrettes slik at gjenstående styringskrav fra tidligere år følges opp sammen med nye styringskrav for 2018.

Sak 4: Godkjenning av styrets forslag til årsregnskap og årsberetning 2017, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6

Forslag til årsregnskap og årsberetning 2017 for Oslo universitetssykehus HF er behandlet i helseforetakets styremøte 22. mars 2018.

Styret i Oslo universitetssykehus HF har fremlagt et positivt årsresultat på 281 millioner kroner. Det regnskapsmessige overskuddet overføres til annen egenkapital.

Foretaksmøtet viste til resultatkrav for Oslo universitetssykehus HF slik det fremgår i oppdrag og bestilling 2017:

«Årsresultat 2017 for Oslo universitetssykehus skal være på minst 250 millioner kroner.»

Det fremlagte årsresultatet innebærer at årsresultatet er 31 millioner kroner høyere enn resultatkravet. Foretaksmøtet er tilfreds med at resultatkravet for 2017 er oppfylt.

Det fremlagte regnskapet er godkjent av helseforetakets revisor.

Foretaksmøtet merket seg at Oslo universitetssykehus HF har tatt inn erklæring om ledernes ansettelsesvilkår, jf. allmennaksjeloven § 6-16 a og vedtektene § 8 a, som en note i årsregnskapet. Det minnes i denne forbindelse på at erklæringen i henhold til krav i allmennaksjeloven skal inneholde retningslinjer for fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse for det kommende regnskapsåret.

Foretaksmøtet vedtok:

Styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2017 godkjennes.

Sak 5: Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning. Oslo universitetssykehus HF har i 2017 mottatt regning på kr 618 995 for lovpålagt revisjon. I henhold til helseforetakslovens § 44 annet ledd, godkjente foretaksmøtet at revisors godtgjørelse dekkes etter regning.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet godkjenner revisors godtgjørelse for 2017.

Sak 6: Presisering av kravet om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk

Foretaksmøtet viste til oppdrag og bestilling 2018 der krav om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk er tatt inn som et mål 2018. Det er presisert at veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold). Det har vært lav måloppnåelse for særlig psykisk helsevern siden gjeninnføringen av regelen i 2014.

For ventetider og fristbrudd er utviklingen fra 2016 til april 2018 for Oslo universitetssykehus HF tatt inn i nedenstående tabeller. Når det gjelder poliklinisk aktivitet inkluderer tabellen kun utviklingen fra 2017 til 2018 på grunn av endring i registreringspraksis fra 2016 til 2017.

Gjennomsnittlig ventetid	2016 (dager)	2017 (dager)	1. tert 2018 (dager)	Endring 2016 til 2017	Endring 2017 til april 2018
Somatikk	67,6	60,9	58,7	-9,9 %	-3,7 %
VOP	46,8	48	44,5	2,4 %	-7,2 %
BUP	58,3	62,9	59,1	8,0 %	-6,1 %
TSB	32,2	25,8	33,7	-19,9 %	30,8 %

Målet om større reduksjon i ventetider for psykisk helsevern og TSB enn for somatikk ble ikke nådd for psykisk helsevern i 2017. For TSB er målet nådd i 2017, men det har vært en stor økning i ventetid hittil i 2018. Utviklingen innen psykisk helsevern ser tilfredsstillende ut i 2018, men det er fortsatt stor avstand til målet om en ventetid på 40 dager.

Kostnader	Endring 2016 til 2017	Endring 1. tert. 2018 ift. 1. tert. 2017
Somatikk	2,6 %	4,2 %
VOP	7,4 %	4,3 %
BUP	-1,2 %	12,4 %
TSB	4,0 %	7,8 %

Med unntak av psykisk helsevern barn og unge ble målet om større økning i kostnad for psykisk helsevern og TSB enn for somatikk nådd i 2017. For 2018 er kostnadsøkningen høyere innen psykisk helsevern og TSB enn innen somatikk.

Aktivitet (polikliniske opphold)	Endring 1. tert. 2018 ift. 1. tert. 2017
Somatikk	3,9 %
VOP	-2,5 %
BUP	2,4 %
TSB	-0,1 %

Utviklingen hittil i 2018 gir grunn til bekymring for om målet vil bli nådd, slik det forutsettes i budsjett og oppdrag og bestilling 2018.

Foretaksmøtet vedtok:

Utviklingen hittil i 2018 for dette høyt prioriterte området tyder ikke på at målet samlet sett kan oppfylles uten en betydelig innsats. Foretaksmøtet forutsetter at det iverksettes tiltak og at styret i Oslo universitetssykehus HF følger utviklingen nøye slik at målet nås.

Møtet ble hevet klokken 08:20.

Oslo, 7. juni 2018.

styreleder Svein Gjedrem

styreleder Gunnar Bovim

MIDLERTIDIG

Sign.: SG GB

PROTOKOLL

Møtetema: **Brukerutvalgsmøte 18. mai 2018 kl 14.00-18.00**

Til: Brukerutvalget ved OUS

Kopi: Kari Skredsvig, Styret ved OUS

Dato dok: 19.05.2018

Dato møte: 18.05.2018

Referent: Stine Arntzen Selfors

Tilstede: Tove Nakken, Solveig Rostøl Bakken, Anne Giertsen, Pål Kjeldsen, Susan Smerkerud, Arne Olav G. Hope, Stine B. Dybvig, Marius Korsell, Mari Ourom, Brita Rønnebech Bølgen
Fra OUS: Kari Skredsvig, Stine A. Selfors

Forfall: Kjell Silkoset, Twinkle Dawes, Kim Fangen

Sak nr	
	Godkjenning av innkalling og agenda
29/2018	Vedtak Innkalling og agenda er godkjent
30/2018	Erfaringsutveksling En kort gjennomgang av aktivitet siden forrige møte. <ul style="list-style-type: none"> • Flere hadde deltatt på fokusgruppemøter i konseptfasen og temaer fra disse ble diskutert; Ønske om barnesykehus i første byggetrinn, ønske om å involvere samarbeidspartnere i konseptfasen, ønske om å bygge hele sykehuset i en etappe. • Brev om personvernforordningen • Brukerråd KIT, Aker Helsearena, Nevro, Bar og Med • Læringsnettverk pasientforløp • Arbeidsgruppe forløpskoordinatorrollen Vedtak Tas til orientering
31/2018	Status og oppfølging av handlingsplan Vedtak Saken utsettes til et senere møte
32/2018	"Vel hjem" - Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasienten Sigrun Skåland Brun ga en sluttrapport for prosjektet. Samtale om brukermedvirkning for denne målgruppen. Brukerutvalget håper metoden implementeres for samtlige opptaksbydeler. Vedtak Tas til orientering

33/2018	<p>Palliasjon til barn og unge Vigdis Margrethe Ziener informerte om nasjonale retningslinjer for palliasjon til barn og unge, om nåværende tilbud på Oslo universitetssykehus og om utfordringene med å få til et godt nok palliativt tilbud til barn og unge. Spørsmål i brukerutvalget om inklusjonskriteriene for å få et palliativt tilbud er for omfattende?</p> <p>Vedtak Brukerutvalget ønsker et godt nok tilbud om palliasjon for barn og unge på Oslo universitetssykehus og vil henstille OUS om å prioritere dette.</p>
34/2018	<p>På liv og død — Palliasjon til alvorlig syke og døende Stein Kaasa redegjorde kort for NOU 2017:16 – På liv og død. Brukerutvalget opptatt av at samhandling med kommunen er avgjørende for å få til et godt palliativt tilbud. Høringsfristen gikk ut 21. mai, men brukerutvalget sender inn et innspill direkte til Stein Kaasa.</p> <p>Vedtak Brukerutvalget tar redegjørelsen til orientering og sender inn et høringsinnspill.</p>
35/2018	<p>Konseptfase Gaustad/Aker Einar Hysing informerte om status i konseptfasen. Leder av brukerutvalget deltar i en risiko- og sårbarhetsanalyse som skal gjennomføres denne uken.</p> <p>Vedtak Redegjørelsen tas til orientering og ønskes inn som et fast punkt på agendaen. Brukerutvalget ber om at det gjøres en risikovurdering av at det planlegges å bygge ut sykehuset i to faser.</p>
36/2018	<p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen saker meldt

Møteprotokoll

Styre:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Helse Sør-Øst RHF, Hamar
Dato:	Styremøte 26. april 2018
Tidspunkt:	Kl 0830-1500

Følgende medlemmer møtte:

Svein Ingvar Gjedrem	Styreleder	
Anne Cathrine Frøstrup	Nestleder	
Kirsten Brubakk		
Christian Grimsgaard	Forfall	Vara: Karin Solfeldt
Bushra Ishaq		
Vibeke Limi		Til kl 1340
Einar Lunde		
Geir Nilsen		
Sigrun E. Vågeng		
Svein Øverland		

Fra brukerutvalget møtte:

Rune Kløvtveit
Nina Roland

Følgende fra administrasjonen deltok:

Administrerende direktør Cathrine M. Lofthus
Direktør styre- og eieroppfølging Tore Robertsen
Konserndirektør Atle Brynestad, direktør for medisin og helsefag Jan Frich, økonomidirektør Hanne Gaaserød, kommunikasjonsdirektør Gunn Kristin Sande og direktør for personal- og kompetanseutvikling Svein Tore Valsø

Saker som ble behandlet:

032-2018	GODKJENNING AV INNKALLING OG SAKLISTE
----------	---------------------------------------

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret godkjenner innkalling og sakliste.

033-2018	GODKJENNING AV PROTOKOLL OG B-PROTOKOLL FRA STYREMØTE 8. MARS 2018
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Protokoll og B-protokoll fra styremøte 8. mars 2018 godkjennes.

034-2018	KVALITETS-, AKTIVITETS- OG ØKONOMIRAPPORT PER MARS 2018
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

Styret tar kvalitets-, aktivitets- og økonomirapport per mars 2018 til etterretning.

035-2018	ÅRSBERETNING MED REGNSKAP OG NOTER 2017
----------	---

Styrets enstemmige

VEDTAK

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2017.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne mindre endringer i årsberetningen og årsregnskapet for 2017, basert på innspill gitt i møtet.
3. Styret ber administrerende direktør følge opp eksternt revisors påpekte forhold knyttet Sykehuspartner HF

036-2018	GJENNOMFØRING AV FORETAKSMØTER I JUNI 2018
----------	--

Styrets enstemmige

VEDTAK

Det avholdes foretaksmøter med helseforetakene i Helse Sør-Øst i juni 2018 med behandling av følgende saker:

- Godkjenning av helseforetakenes årsregnskaper og årsberetninger for 2017
- Honorar til revisor i 2017
- Behandling av helseforetakenes årlige meldinger 2017

037-2018	PRESISERING AV ADMINISTRERENDE DIREKTØRS FULLMAKTER INNENFOR «DAGLIG LEDELSE» OG DELEGERING AV RETTSLIGE FULLMAKTER TIL ADMINISTRERENDE DIREKTØR
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret vedtar presiseringene av administrerende direktørs fullmakter innenfor «daglig ledelse», i henhold til helseforetaksloven § 37.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til på vegne av Helse Sør-Øst RHF å:

I straffesaker:

- Anmelde straffbar handling, begjære offentlig påtale for straffbare handling og begjære pådømt sivile krav i straffesak
- Ivareta partsrettigheter i straffesaker, herunder anvende rettsmidler (erklære anke og begjære ny behandling av sivile krav)

I sivile saker:

- Opptre som lovlig stedfortreder.
- Inngå forlik, reise sak, herunder forliksklage og søksmål.
- Anvende rettsmidler mot rettslige avgjørelser (herunder erklære anke)

038-2018	INSTRUKS FOR STYRETS REVISJONSUTVALG OG INSTRUKS FOR KONERNREVISJONEN HELSE SØR-ØST
----------	--

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret godkjenner revidert instruks for styrets revisjonsutvalg med de innspill som ble gitt i møtet
2. Styret godkjenner revidert instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst

039-2018	VIDERE INNFORING AV ELEKTRONISK KURVE- OG MEDIKASJONSLØSNING
----------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

1. Styret slutter seg til at elektronisk kurve- og medikasjonsløsning innføres ved de seks helseforetakene i regionen som ikke har slik løsning i dag, innenfor en kostnadsramme på 338 millioner kroner (p85).
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale med EVERY om kjøp av nødvendige lisenser og utvikling av den elektroniske kurve- og medikasjonsløsningen. Styret gir også administrerende direktør fullmakt til å inngå ny vedlikeholdsavtale med EVERY som skal omfatte alle helseforetakene som har innført eller skal innføre elektronisk kurve- og medikasjonsløsning.
3. Styret ber administrerende direktør følge opp at gevinstene sikres.

040-2018	RADIOLOGILØSNING FOR HELSE SØR-ØST
----------	---

Styrets enstemmige

1. Styret slutter seg til plan for anskaffelse av radiologiløsning slik den er beskrevet i saken.
2. Administrerende direktør utarbeider endelig mandat til Oslo universitetssykehus HF for planlegging av anskaffelsen. Mandatet skal utarbeides i tråd med de hovedprinsipper som er beskrevet i saken.
3. Administrerende direktør gis fullmakt til å beslutte en eventuell samordnet anskaffelse av radiologiløsning og multimediearkiv.

4. Etter gjennomført planleggingsfase vil styret behandle opplegg og prosess for anskaffelse av ny løsning.

041-2018	STATUS OG RAPPORTERING REGIONAL IKT-PORTEFØLJE PER 2017
-----------------	--

Styrets enstemmige

Styret tar status per 2017 for gjennomføringen av IKT-prosjektporteføljen til orientering.

042-2018	MØTEPLAN FOR STYRET I HELSE SØR-ØST RHF I 2019
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret godkjenner følgende møtekalender 2019 for styret i Helse Sør-Øst RHF:

- Torsdag 31. januar 2019 - Hamar
- Torsdag 14. mars 2019 – Besøk helseforetak
- Onsdag 24. (seminar) og torsdag 25. april 2019 – Hamar
- Torsdag 20. juni 2019 - Hamar
- Torsdag 22. august 2019 – Besøk helseforetak
- Torsdag 19. september 2019 – Hamar
- Torsdag 17. oktober 2019- Besøk helseforetak
- Onsdag 20. (seminar) og torsdag 21. november 2019 – Hamar
- Torsdag 19. desember 2019 - Hamar

I tillegg planlegges det en samling med alle helseforetaksstyrene i februar/mars.

043-2018	ORIENTERINGSSAK: STYRESAKER I HELSE SØR-ØST RHF – STATUS OG OPPFØLGING
-----------------	---

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar den fremlagte oversikten over status og oppfølging av styrevedtak til og med mars 2018 til orientering.

044-2018

ORIENTERINGSSAK: ÅRSPLAN STYRESAKER 2018

Styrets enstemmige

V E D T A K

Årsplan styresaker tas til orientering.

045-2018

ORIENTERINGSSAK: DRIFTSORIENTERINGER FRA
ADMINISTRERENDE DIREKTØR

Styrets enstemmige

V E D T A K

Styret tar driftsorienteringer fra administrerende direktør til orientering.

Andre orienteringer

1. Styreleder orienterer
2. Foreløpig protokoll fra brukerutvalget 6. og 7 mars 2018
3. Foreløpig protokoll fra møte i revisjonsutvalget 7. mars 2018
4. E-post fra Per Sørensen vedr. trombektomi-behandling ved Sørlandet Sykehus
5. Protokoll datert 25. april fra drøftinger mellom Helse Sør-Øst RHF og de konserntillitsvalgte

Temasaker:

- Fellesmøte med Brukerutvalget
- Informasjonssikkerhet.
Presentasjon v/administrerende direktør Gro Jære, Sykehuspartner HF

Møtet hevet kl 1445

Hamar, 26. april 2018

Svein Ingvar Gjedrem
Styreleder

Anne Cathrine Frøstrup
Nestleder

Kirsten Brubakk

Christian Grimsgaard

Bushra Ishaq

Vibeke Limi

Einar Lunde

Geir Nilsen

Sigrun E. Vågeng

Svein Øverland

Tore Robertsen
styresekretær

Oslo universitetssykehus HF

Styresak

Dato møte: 21. juni 2018
Saksbehandler: Direksjonssekretær
Vedlegg:

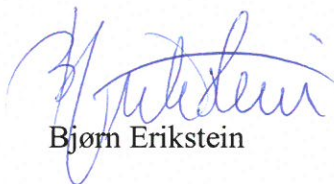
**SAK 49/2018 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA
STYREMØTE 21. JUNI 2018**

Protokoll blir lagt frem for vedtak i slutten av styremøtet.

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner protokoll fra styremøte 21. juni 2018.

Oslo, den 14. juni 2018



Bjørn Erikstein